Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Cláudia Catarina Gomes Moreira Ribeiro de Carvalho

Viana do Castelo, abril de 2018

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, do Mestrado em consórcio, ao abrigo do Despacho nº 345/2012 do Diário da República, 2ª. Série – nº 8 – 11 de janeiro de 2012

Cláudia Catarina Gomes Moreira Ribeiro de Carvalho

Orientadora: Maria Augusta Moreno Delgado da Torre - Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Viana do Castelo, abril de 2018

Carvalho, C. G. M. R. (2018) **Relatório de Estágio de Natureza Profissional**. Viana do Castelo: Relatório de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

DESCRITORES: AMAMENTAÇÃO; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PATERNIDADE; RELAÇÃO PAI-FILHO.

“Não somente para crianças pequenas, agora isto está claro, mas para seres humanos de todas as idades se constata que a alegria pessoal e a disposição e a confiança para empregar os talentos individuais para um aproveitamento positivo tem por trás a existência de uma ou mais pessoas em que o indivíduo confia e se apoia em momentos de dificuldades. A pessoa de confiança fornece uma base segura pela qual o outro pode funcionar.”

Bowlby (1984)

AGRADECIMENTOS

À orientadora Professora Augusta Torre Delgado pelo apoio, preocupação, exigência, disponibilidade e incentivo ao longo de todo o processo.

Às tutoras Enfermeiras Nancy, Marta e Isabel pelo apoio, dedicação e profissionalismo e à restante equipa do serviço de Obstetrícia pela integração e disponibilidade durante o Estágio de Natureza Profissional.

Às minhas colegas de Curso! Obrigada pelo apoio e partilha de emoções.

Aos meus Pais e Irmã, pelo amor, atenção e cuidado que me dedicam todos os dias.

A todos os pais e casais que aceitaram participar e assim permitiram realizar o meu investimento pessoal no envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido.

SIGLAS e ABREVIATURAS

ATPPT - Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

BP – Bloco de Partos

CHAM - Centro Hospitalar do Alto Minho

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DMC - Departamento da Mulher e da Criança

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESS - Escola Superior de Saúde

HCE - História Clínica de Enfermagem

HSL - Hospital de Santa Luzia

IHAB - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

RN - Recém-nascido

RPM - Rutura Prematura de Membranas

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TP - Trabalho de parto

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Índice

INTRODUÇÃO 19

I PARTE - ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1. TEORIA DE ENFERMAGEM E A PRÁTICA DE CUIDADOS 27

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL 31

II PARTE - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO PERÍODO PRÉ-NATAL 37

2. CUIDAR A MULHER E RECÉM-NASCIDO INSERIDOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO 49

3. ENVOLVIMENTO DO PAI NO APOIO E SUPORTE À MÃE NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO 59

3.1 Transição para a Parentalidade 59

3.1.1 Transição para a Paternidade 62

3.2 Amamentação e a participação do pai 64

3.2.1 Amamentação 64

3.2.2 Participação do Pai na Amamentação 68

3.3 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido 73

3.4 Metodologia da Intervenção 76

3.4.1 Objetivos da intervenção 76

3.4.2 Plano da Intervenção 77

3.4.3 Apresentação, análise e discussão dos resultados 79

3.4.4 Conclusões 89

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 93

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 95

ANEXO E APÊNDICES

Índice de Tabelas

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PAIS 79

TABELA 2 - RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PAI NO APOIO E SUPORTE À MÃE NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO 80

TABELA 3 - ÁREAS TEMÁTICAS E CATEGORIAS EMERGENTES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DISCURSOS PROFERIDOS PELOS PAIS 82

Índice de Anexos e Apêndices

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética da ULSAM xcix

APÊNDICE A – Consentimento Informado ciii

APÊNDICE B – Guião de Entrevista Semiestruturada cvii

APÊNDICE C – Grelha de observação da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido cxi

APÊNDICE D – Quadro Matriz de Redução de Dados cxv

Resumo

INTRODUÇÃO: O Estágio de Natureza Profissional foi realizado, no sentido de cumprir as necessidades pessoais e as orientações estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros e Comunidade Económica Europeia para obtenção do título de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Teve como alvo uma intervenção em contexto real com o objetivo de promover a participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido.

OBJECTIVOS: Adquirir competências em cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; Promover a participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido.

METODOLOGIA: A prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família e a intervenção promotora da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido, pautou-se pelos pressupostos teóricos de Horta (2005) e Meleis (2010). A intervenção iniciou-se na admissão através do diagnóstico de situação, seguida da observação da participação e por uma entrevista semiestruturada para compreender a vivência do pai na participação no apoio e suporte na amamentação, os constrangimentos/dificuldades e a perceção deste sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

RESULTADOS: Aquisição de competências em cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Da intervenção promotora da participação do pai no apoio e suporte à amamentação, os pais participantes relatam: experiência positiva; vinculação pai/recém-nascido/mãe; inexperiência e falta de conhecimentos são constrangimentos/dificuldades apontadas; e reconhecem a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na transmissão de informação, momento de aplicação da teoria na prática, no seu apoio e a oportunidade de participar na intervenção.

CONCLUSÕES: A realização de um estágio de natureza profissional permitiu a aquisição de competências de cuidados especializados na área da saúde materna e obstetrícia e a capacidade para a tomada de decisão fundamentada. Considera-se terem sido obtidas evidências da importância da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido.

Palavras-chave: AMAMENTAÇÃO, ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PATERNIDADE; RELAÇÃO PAI-FILHO.

Abstract

INTRODUCTION: The Professional Internship in order to fulfil the personal needs and to comply with the guidelines established by both the Order of Nurses and the European Economic Community for the title of Master and Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing. The goal was to promote the father participation in helping the mother regarding breast-feeding during the new-born's first hour of life, through a real-life intervention.

OBJECTIVES: To acquire skills in Maternal Health and Obstetrics Nursing specialized care; to promote the father participation in helping the mother during the new-born's first hour of life.

METHODS: The specialized nursing care for the women, new-borns and their family as well as promoting the father participation in helping the mother during the new-born's first hour of life were guided by the theoretical assumptions of Horta (2005) and Meleis (2010). Th intervention began with the admission, through the diagnosis of the situation, followed by witnessing the participation and conducting semi-structed interview in order to understand the fathers' perception during the participation in helping with the breast-feeding period, their constraints/difficulties and their opinion on the intervention lead by the Maternal-Newborn Nurse.

RESULTS: Acquisition of skills concerning Maternal Health and Obstetrics Specialised Nursing. Concerning the intervention to promote the fathers participation in helping during the breast-feeding period, the fathers report the following: a positive experience, a father/new-born/mother bonding; both inexperience and lack of knowledge are the main constraints/difficulties; and they understand the importance of the Maternal Health and Obstetrics Specialized Nurse in the transmission of information, the moment of practical application, in their support and the opportunity of participating in the intervention

CONCLUSIONS: Attending a professional internship allowed the acquisition of skills concerning maternal health and obstetrics and the ability to take well-founded decisions. Evidence of the importance of the participation of the father in supporting the mother regarding breast-feeding during the new-born's first hour of life was obtained.

Key-words: BREAST-FEEDING; OBSTETRIC NURSING; FATHERHOOD; FATHER-SON RELATIONSHIP.

Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS), integrado no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, decorreu o Estágio de Natureza Profissional (ENP), no período compreendido entre 6 de Junho de 2017 e 12 de Janeiro de 2018. Este estágio foi concretizado no serviço de obstetrícia do Hospital de Santa Luzia (HSL), localizado em Viana do Castelo e inserido na Unidade Local de Saúde do Alto Minho E. P. E. (ULSAM), especificamente, nas valências de Bloco de Partos (BP), Consulta Externa de Obstetrícia e Internamento de Grávidas.

Este hospital tem uma oferta de cuidados de saúde diferenciados, efetuados por diferentes departamentos, entre os quais, o Departamento da Mulher e da Criança (DMC) que adota um papel importante e diferenciado no que respeita à prestação de cuidados, nomeadamente, a grávidas, recém-nascidos, crianças e adolescentes. Está integrado dentro deste departamento, o serviço de Obstetrícia que é constituído pela Consulta Externa de Obstetrícia, Urgência Obstétrica, Internamento de Grávidas, BP, Internamento de Puerpério, Neonatologia e Pediatria.

O ENP está direcionado para uma intervenção no âmbito do exercício profissional na área da enfermagem de especialidade em saúde materna, obstétrica e ginecológica, em contexto real, facultando a transição da identidade profissional e pessoal, no âmbito da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

Os motivos que levaram a optar pela realização de um ENP prenderam-se com a necessidade sentida de aprofundar competências, desenvolvidas nos estágios anteriores, com vista a favorecer o desempenho profissional no futuro. Por outro lado, também se revela imprescindível para o cumprimento das exigências da Diretiva n.º80/155/CEE de 21 de janeiro de 1980, alterada pela Diretiva n.º89/594/CEE de 30 de outubro, transposta para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei n.º322/87 de 28 de agosto e pelo DL n.º15/92 de 4 de fevereiro, com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Dentro do ENP e, no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), surgiu a possibilidade de realizar uma intervenção do EESMO, tendo em conta as necessidades verificadas na prestação de cuidados. Ainda, foi desenvolvida uma intervenção que teve por objetivo desenvolver

capacidades tanto ao nível pessoal e profissional, como na melhoria da qualidade de cuidados prestados. A intervenção desenvolvida foi realizada ao nível do envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido (RN).

Esta necessidade de intervenção foi detetada durante o decorrer do estágio II do presente curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Este serviço tem por prática a promoção do contacto pele-a-pele entre a mãe e o RN, promovendo a amamentação materna durante a primeira hora de vida do RN pelo *Breast Crawl*. Tendo em conta estas práticas, considerou-se importante associar o pai ao momento da amamentação durante a primeira hora de vida do RN, sendo o EESMO o promotor das competências do pai. Desta forma, a atuação do EESMO passaria por capacitar o pai com informação técnico-científica, possibilitando que se torne num recurso de apoio e suporte à mãe durante todo o processo de amamentação.

Neste Hospital, após o nascimento do RN, o pai pode permanecer as 24 horas do dia e assim, com as competências adquiridas poderá detetar as necessidades/dificuldades da mãe/RN, prestando o seu apoio e suporte durante a fase do processo de amamentação. Por outro lado, proporciona a integração do pai num momento único como este, beneficiando a transição para a parentalidade e favorecendo a vinculação da tríade – mãe-RN-pai.

O presente relatório estrutura-se em duas partes. A primeira parte descreve o enquadramento do ENP, sendo apresentados os pressupostos teóricos que sustentaram a prática do cuidar em enfermagem e o contexto hospitalar no qual decorreu o estágio. A segunda parte remete para as atividades desenvolvidas no decurso do ENP, sendo efetuada a análise dos cuidados de enfermagem prestados à mulher e RN, inseridos na família e comunidade, durante o trabalho de parto, tal como a exposição, análise e interpretação dos resultados obtidos com o envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN e respetivas conclusões e recomendações. Por último, sucedem-se as considerações finais com a síntese das ideias principais e as referências bibliográficas.

I Parte

Enquadramento do Estágio de Natureza Profissional

Nos últimos 150 anos a área da Saúde Materna e Obstetrícia passou por uma complexa evolução e progresso nos cuidados prestados à gravida, parturiente, puérpera, RN e família. Esta mudança de cuidados de saúde permitiu aos enfermeiros especialistas alterar e melhorar a suas práticas de cuidados, proporcionando o desenvolvimento de estratégias para favorecer o bem-estar das mulheres, RN e suas famílias, o que tem estimulado esforços na implementação de linhas orientadoras para a prática clínica, utilizando uma abordagem com base na evidência (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para a qualidade de cuidados, o EESMO deve possuir competências técnico-científicas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas para assistir a grávida inserida na sua família, preparar para a parentalidade, assistir a parturiente na evolução do trabalho de parto (TP), executar o parto eutócico e cuidar a puérpera e o RN no período pós-parto.

Os beneficiários da prestação de cuidados especializados por parte do EESMO, necessitam de sentir o respeito pela sua perspetiva individual e na inter-relação com os pais/conviventes significativos no ambiente sociofamiliar em que vivem e se desenvolvem. Por outro lado, as teorias de enfermagem devem ser orientadoras do seu exercício profissional especializado, tendo em conta as caraterísticas das situações clínicas, de forma a incrementar a qualidade dos cuidados proporcionados.

Esta primeira parte do relatório inicia-se com o referencial teórico de Enfermagem que sustentou a componente prática do EESMO durante o ENP, seguida da caraterização dos contextos de práticas clínicas e da reflexão crítica da prestação de cuidados à grávida, parturiente e RN.

1. Teoria de Enfermagem e a Prática de Cuidados

A utilização de teorias de enfermagem teve por objetivo nortear a prática clínica de enfermagem numa perspetiva científica e metodológica. Atendendo ao benificiário dos cuidados de enfermagem, durante o desenvolvimento do ENP, optou-se por priorizar a satisfação das necessidades humanas básicas segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (2005).

Neste sentido, primeiro, tornou-se necessário definir o conceito de enfermagem segundo esta teórica. Assim, Horta (2005, p.29) afirma que a enfermagem é "*(…) a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".* Para tal, é necessário assistir em enfermagem, ou seja, fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar parcialmente o impossibilitado de se auto-cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar.

Ao longo dos tempos, as necessidades humanas sempre foram um foco de atenção dos cuidados de enfermagem. Estas poderão ser o resultado de estados de tensões, conscientes ou inconscientes, consequentes de desequilíbrios homodinâmicos dos fenómenos vitais. Num estado de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. Deste modo, as necessidades humanas básicas são condições ou situações que o indivíduo, família ou comunidade apresentam, sendo decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas e que exigem uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não (Horta, 2005).

As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos, sendo a sua manifestação e a maneira de a satisfazer, o único que varia de um indivíduo para outro. São inúmeros os fatores que interferem na manifestação e satisfação da necessidade, nomeadamente, a individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconómicos, o ciclo saúde-doença e o ambiente físico.

A autora supracitada exemplifica a situação da necessidade de amor como sendo uma o processo dinâmico de troca de energia emocional positiva entre os seres vivos. Podendo esta necessidade manifestar-se através da ansiedade, insegurança, tensão,

rejeição, negativismo, indiferença, depressão, solidão, frustração, fuga, medo, dores, diminuição ou aumento da motricidade, angústia, agressividade, anorexia, emagrecimento, dependência, obesidade, insônia, choro, apatia, prostração, euforia, exibicionismo, delinquência e outros desvios de comportamento. As necessidades humanas básicas podem ser classificadas em: psicobiológicas – a oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso; psicossociais – a segurança, o amor, a comunicação, a orientação no tempo e espaço; psicoespirituais – a religião, a ética ou filosofia de vida do indivíduo.

Assim, o EESMO deve ter em atenção a satisfação das necessidades básicas tanto da grávida/parturiente, em pareceria com a família e a comunidade, assim como a preparação dos pais para a satisfação das necessidades básicas do RN, como é a amamentação.

Por outro lado, o nascimento do primeiro filho implica que o casal passe por um período de adaptação e, consequentemente, de transição. O nascimento vai marcar o início de um novo período a nível do ciclo familiar, transformando-a de forma permanente (Néné & Sequeira, 2016). Deste modo, foi necessário recorrer, também, à teoria das transições de Meleis (2010).

Segundo esta teoria, a transição caracteriza-se por ser uma mudança no estado de saúde, nos relacionamentos, nas funções, nas expectativas ou habilidades, exigindo que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento e, consequentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social (Meleis, 2010).

O termo *transição* é um conceito contemporâneo que surge da teoria de crise, que foi exaustivamente estudada no passado. A transição exerce um papel bastante importante nas ciências sociais e na área da saúde, com o contributo recente dos enfermeiros para a compreensão do seu processo enquanto relacionado com a vida e a saúde. Meleis (2010) refere que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às suas mudanças e exigências que essas transições produzem nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Desta forma, compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas.

Afirma, ainda, que as reações às mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo podem revelar-se em bem-estar ou, pelo contrário, expor os indivíduos a diversos riscos acrescidos.

A mesma autora classifica as transições fundamentalmente em quatro tipos: desenvolvimentais, caracterizadas por períodos transitórios do ciclo vital; situacionais, que implicam alterações de papéis, incluindo acontecimentos como a gravidez, o nascimento e a morte; de saúde-doença, onde há aparecimento de um estado patológico potencialmente indutor de inadequação do indivíduo; e, por último, organizacionais, quando representam transições no ambiente, podendo ter sido precipitadas por mudanças sociais, politicas, económicas ou mudanças na estrutura ou dinâmica intra-organizacional.

Neste sentido, a prestação de cuidados em saúde terá de ser vista num âmbito de trabalho multidisciplinar, onde a enfermagem para além de ser uma profissão, é também uma disciplina do saber, pois o seu o foco de atenção relaciona-se com o estudo da resposta humana perante a confrontação de transições da vida, períodos estes com maior fragilidade e risco para a saúde. Por outro lado, a forma como cada pessoa reage à transição, sofre grande influência do contexto no qual se insere (Meleis, 2010).

De todas as transições que os indivíduos se deparam ao longo da vida, a que mais se destaca é o momento em que se tornam mãe ou pai. Esta teoria será mais aprofundada e desenvolvida na segunda parte deste relatório.

2. Caracterização do Contexto do Estágio de Natureza Profissional

O presente ENP realizou-se em contexto de práticas clínicas no BP, Consulta Externa de Obstetrícia e Internamento de Grávidas do Serviço de Obstetrícia da ULSAM.

A ULSAM foi criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro, sendo constituída por duas unidades hospitalares, HSL em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima, doze centros de saúde (Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), uma unidade de saúde pública e, por último, duas unidades de convalescença. Esta Unidade, constitui-se uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde e que abrange a totalidade do distrito (ULSAM, 2013).

O Serviço de Obstetrícia está integrado no DMC, do HSL, cuja missão é garantir a qualidade da assistência em cuidados de saúde, nomeadamente, na vigilância da gravidez, parto e puerpério, assim como na assistência ao RN e lactente, e a prestação de cuidados de saúde seguros e adequados à criança, adolescente e jovem, através de uma equipa de profissionais qualificados, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável, a custos socialmente suportáveis. Este departamento encontra-se constituído pelos serviços de Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria (idem, 2013).

No que concerne ao serviço de Obstetrícia, estruturalmente encontra-se no piso cinco do referido hospital e encontra-se organizado da seguinte forma: Internamento de Grávidas; BP; Internamento do Puerpério; Urgência Ginecológico-Obstétrica e Consulta Externa de Obstetrícia.

Em abril de 2012, a Consulta Externa Obstétrica passou a pertencer ao Serviço de Obstetrícia, incluindo as consultas da especialidade, Diagnóstico Pré-Natal, Reavaliação do Risco Obstétrico e controle ecográfico. Esta deslocação permitiu melhorar o acesso das grávidas à área das consultas externas, oferecendo melhores condições no atendimento assistencial por EESMO's. Os cuidados prestados às grávidas são efetuados por EESMO, obstetras e outros profissionais, como

nutricionistas e psicólogos, dependendo da especificidade de cada grávida, das 8 às 20 horas de segunda a sexta.

Em relação à ala ou setor do Internamento de Grávidas, recebe grávidas com patologia e/ou gravidez de risco, em processo de abortamento e em início de TP. Este serviço encontra-se situado no mesmo piso e admite grávidas vindas do serviço de Urgência, da Consulta Externa de Obstetrícia ou da transferência de um outro hospital.

Relativamente ao BP, situa-se na ala sul do piso cinco e articula-se com o Internamento de Grávidas, Bloco Operatório, Neonatologia, Consulta Externa, Urgência Obstétrica e Unidades de Saúde de Cuidados de Saúde Primários.

Estruturalmente, o BP usufrui de uma sala de trabalho da equipa de enfermagem; uma sala de armazenamento de bens individuais da parturiente/acompanhante/RN; cinco unidades individualizadas onde a parturiente permanece durante o seu TP e Parto; uma sala de reanimação do RN; duas salas de material de *stock* e três salas de apoio à manutenção do BP; e, no corredor, possui, ainda, um carro de emergência de forma a facilitar o acesso a todas as unidades.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço de Obstetrícia integra uma equipa de 39 enfermeiros, dos quais 26 são especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo os restantes, enfermeiros de cuidados gerais, 19 médicos (ginecologistas/obstetras e pediatras), 15 assistentes operacionais, uma assistente social, uma administrativa e uma gestora de departamento. Colaboram neste serviço em regime de 24 horas, um médico anestesista do Bloco Operatório Central e um neonatalogista, do serviço de Neonatologia.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, utiliza-se o método de trabalho individual, suportada, ainda, no trabalho em equipa multidisciplinar.

O EESMO, no âmbito da sua prestação, detém autonomia para assistir, vigiar, avaliar e gerir situações de baixo risco obstétrico e delinear as atitudes terapêuticas necessárias para assegurar o bem-estar materno-fetal durante o TP e parto, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Um dos objetivos da sua intervenção visa facilitar a criação da vinculação precoce da tríade, quando o pai está presente, assim como, na sua ausência, facilitar o envolvimento com a pessoa significativa.

A metodologia científica de trabalho, inicia-se aquando da admissão da grávida e pai/convivente significativo com uma análise da situação e necessidades, através da

realização da história clínica de enfermagem. Em função dos achados são definidos os diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções, que são continuamente avaliadas e reavaliadas, adaptando-as às necessidades da grávida, parturiente, puérpera, pai/convivente significativo e RN. A documentação dos cuidados realiza-se no sistema de informação *SClínico* com recurso à utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

II PARTE

Atividades Desenvolvidas no Decurso do Estágio de Natureza Profissional

1. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade no Período Pré-Natal

O EESMO é um profissional que apresenta níveis elevados de apreciação clínica e de tomada de decisão, transpostos num conjunto de competências específicas em Saúde Materna e Obstetrícia, assumindo a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito da assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pré-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que a prestação de cuidados de Saúde Materna e Obstetrícia tem por finalidade assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, RN e família. Neste sentido, a supervisão e acompanhamento de toda a gravidez são de extrema importância.

A primeira componente deste estágio teve como finalidade a aquisição de aptidões relativas à competência do EESMO de *Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade no Período Pré-Natal* (Ordem dos Enfermeiros, 2011), desenvolvida através da prestação de cuidados à mulher, família e comunidade, em contexto de prática clínica de Consulta Externa de Obstetrícia e de Internamento de Grávidas do Serviço de Obstetrícia do HSL.

No que concerne a prática de cuidados na assistência à grávida em contexto de consulta externa de obstetrícia, esta esteve centrada nas necessidades de cada grávida e família, aplicando práticas acolhedoras e que melhor se identificassem com a mesma, afirmando-se que o cuidado pré-natal para *"além dos esforços para uma gestação tranquila e a chegada de uma criança saudável, amplia também um horizonte de oportunidades para a promoção da saúde da mulher a longo prazo, além de ajudá-la a cuidar de toda a família."* (Gomes, 2010, p.17).

Neste âmbito, a organização da Consulta Externa de Obstetrícia ocorreu na prestação de cuidados a grávidas em contexto de consulta de: Diagnóstico Pré-Natal (Protocolo I e II), Gravidez Gemelar, Gravidez na Adolescência e de Termo, assim como, consulta a gravidas com patologia associada ou concomitante como de diabetes e diabetes gestacional, hipertensão ou disfunções/patologias hematológicas.

No que respeita à consulta de Diagnóstico Pré-Natal, Protocolo I, era realizada a grávidas entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias de gestação, combinando a história clínica da grávida, nomeadamente: a história obstétrica, os antecedentes pessoais e familiares, com os dados ecográficos e o rastreio bioquímico. Esta consulta tinha por principal finalidade determinar o tempo de gestação, a viabilidade da gravidez, avaliar o número de embriões, despistar malformações fetais e anomalias cromossómicas, nomeadamente as trissomias 21, 18 e 13. Durante a prática de cuidados, houve atenção ao consentimento informado explicando, previamente, à grávida/casal os procedimentos a seguir durante este rastreio e da importância da sua realização. O resultado da avaliação do grau de risco era obtido através do somatório do rastreio bioquímico, história clínica e dados ecográficos. Às grávidas com resultado negativo, era-lhes explicado como se tinha obtido esse resultado e informado, ainda, caso a grávida não tivesse nenhuma patologia associada ou complicação da gravidez, o retorno da sua vigilância pré-natal nos cuidados de saúde primários, regressando apenas por volta das 36 semanas, aquando da consulta de termo. Em caso de resultado positivo, a grávida era aconselhada a realizar a amniocentese, sendo, também, recomendado às grávidas com idade superior a 35 anos. Para a execução da amniocentese, as grávidas eram previamente informadas e esclarecidas acerca de todos os procedimentos para a execução/realização da técnica, riscos associados e resultados obtidos com a mesma, obtendo o consentimento informado. Segundo Néné e Sequeira (2016), embora a amniocentese seja uma técnica relativamente segura e de rápida execução e com uma acuidade diagnóstica elevada, existem complicações associadas, tanto para a grávida como para o feto, nomeadamente, a infeção, o risco de aborto e, muito raramente, o risco de traumatismo de órgãos maternos ou do feto. Neste âmbito, o EESMO exerce um importante papel no aconselhamento, na prestação de informação esclarecida e ao nível do apoio e suporte emocional à grávida/casal.

A consulta de Diagnóstico Pré-Natal, Protocolo II, destinava-se a grávidas de risco obstétrico e para aquelas que não tinham realizado o rastreio combinado no primeiro trimestre de gestação. Esta consulta segue os mesmos procedimentos da consulta de Protocolo I, à exceção da realização do rastreio combinado por parte das grávidas de risco obstétrico, que já o tinham efetuado no primeiro trimestre.

Relativamente à consulta por Gravidez Gemelar, esta era dirigida a todas as grávidas com gestação gemelar, referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários. Este diagnóstico associado a um maior risco de complicações, maternas e fetais, como:

parto pré-termo, restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), distúrbios hipertensivos, complicações específicas das gestações monocoriónicas ou monoamnióticas (Lowdermilk & Perry, 2008). Contudo, era fundamental abordar o tema da gemelaridade com a grávida/casal, esclarecendo-os sobre o seu tipo, características e riscos associados. Nesta consulta, o EESMO, para além de realizar uma apertada vigilância do bem-estar materno e dos fetos, dava uma especial atenção à preparação e adaptação à gravidez, facilitando o processo de transição para a parentalidade. Outro tema que despertava bastante o interesse das grávidas e casais era o tema da amamentação de gémeos, sendo fornecida informação sobre as técnicas e posicionamentos adequados, assim como a disponibilidade do apoio e suporte, por parte da instituição, durante este processo. As grávidas e os casais eram informados sobre a possibilidade de alimentarem ao mesmo tempo os RN's, uma vez que a amamentação simultânea promove a rápida produção de leite necessária para ambos os RN's, o que faz com que o leite que iria ser desperdiçado no reflexo de vazamento esteja disponível para um dos gémeos (Hockenberry, 2006).

No que diz respeito à consulta de Diabetes e Diabetes Gestacional, esta era destinada a todas as grávidas com diabetes gestacional e grávidas com diabetes prévia à gravidez. Nesta consulta, eram prestados cuidados tendo em conta a avaliação do estado físico da grávida, dando especial atenção à medição da altura do fundo uterino, como um indicador de estimativa do tamanho do feto. Relativamente às pesquisas de glicemia, as grávidas eram instruídas para a realização de quatro pesquisas de glicemia, nomeadamente em jejum, 1h30 após o pequeno-almoço, almoço e jantar. O EESMO explicava à grávida a importância da realização das pesquisas e a relevância de manter os valores glicémicos dentro dos valores indicados, a necessidade/importância de praticar exercício físico, nomeadamente, a realização de exercício físico pós-prandial e a imprescindibilidade da realização do controlo glicémico, mesmo após o parto. Outra intervenção importante realizada, era o apoio e suporte emocional à grávida/casal, no sentido de promover a adesão ao regime terapêutico. Em termos alimentares, as orientações e o plano da dieta alimentar era concretizado pela nutricionista do serviço. Este tipo de consulta tinha por principal objetivo realizar um seguimento minucioso da evolução da gravidez, prevenir ou despistar precocemente possíveis complicações que esta patologia poderia interferir, tanto na grávida como no feto.

Em relação à consulta de Hipertensão, cujo objetivo prendeu-se com a vigilância minuciosa do bem-estar materno-fetal, a vigilância/controlo de sintomas de alarme e o

despiste de complicações materno-fetais, na medida em que hipertensão associada à gravidez constitui uma causa de morbilidade e mortalidade materna e perinatal. A nível internacional o grau de incidência desta patologia pode afetar o 15% das grávidas com, pelo menos, um fator de risco associado, nomeadamente: fatores maternos ou familiares de pré-eclâmpsia, nuliparidade, gravidez gemelar, idade materna avançada, doenças prévias com potencial vasculopatia (diabetes mellitus, doença renal, lupus) e obesidade (Néné & Sequeira, 2016). Nesta perspetiva, a intervenção do EESMO teve como foco de atenção principal a avaliação da tensão arterial e nos níveis de proteinúria; a identificação e avaliação da presença de sinais de risco associados; o controlo da tensão arterial em ambulatório e o seu registo, bem como os valores de referência; capacitar a grávida para o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta que podem indiciar a evolução para um quadro de pré-eclâmpsia; avaliar/gerir o intervalo entre as consultas em função do diagnóstico e da avaliação clínica; e efetuar a vigilância do crescimento fetal mediante a medição da altura do fundo uterino da grávida associada à avaliação ecográfica, dado o risco de RCIU (Néné & Sequeira, 2016).

Quanto à consulta da Gravidez na Adolescência, esta tinha por finalidade vigiar de uma forma mais próxima do hospital as adolescentes, efetuando um especial enfoque de atenção ao estilo de vida da grávida, na medida em que este se pode tornar um forte influenciador pela negativa. A grávida adolescente atravessa uma etapa da sua vida bastante fragilizada pois, simultaneamente, está a sofrer alterações, quer ao nível da gravidez, quer ao nível da adolescência, pelo que se tornou essencial promover um estilo de vida saudável e detetar eventuais desvios no comportamento. Segundo Néné e Sequeira (2016), a gravidez na adolescência está relacionada com um risco aumentado de Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), Parto Pré-Termo (PPT), infeções génito-urinárias, RCIU e hipertensão gestacional; relacionado com o estilo de vida das adolescentes e a uma deficiente adaptação uteroplacentária. Relativamente à parte comportamental das adolescentes, tornou-se essencial realizar um apoio ao nível da transição para a parentalidade, na medida em que estas estavam a passar em simultâneo por dois processos de transição, nomeadamente a transição da adolescência para a vida adulta e a transição para a parentalidade.

Por último, a consulta de Termo que tinha como alvo a prestação de cuidados a todas as grávidas com 35/36 e 39/40 semanas de gestação tendo por objetivo a assistência no termo da gravidez e planear o término da mesma às 41 semanas. Esta consulta

tinha por base efetuar uma aproximação da grávida/casal com equipa que a vai receber e assistir no TP e parto.

Nesta consulta era realizada uma avaliação completa de todos os parâmetros da grávida/casal, nomeadamente emocionais, físicos e relacionais. Era, ainda, realizado um balanço da gravidez, realizando uma síntese de todo o processo e um reconhecimento das expectativas da grávida/casal, sobretudo dos conhecimentos de ambos relativamente à parentalidade. Posteriormente, eram ouvidas e discutidas a expetativas da gravida/casal, face aos recursos disponíveis no BP.

A Consulta Externa disponha, ainda, de uma visita guiada à maternidade, direcionada para todas as grávidas que estivessem interessadas em realizar o nascimento do(s) seu(s) filho(s) nesta instituição, podendo ser acompanhadas pelo pai/convivente significativo e que vai acompanhar a grávida durante o TP. A visita era realizada por um EESMO, que guiava as grávidas e seus acompanhantes pelo BP e Internamento do Puerpério para concretizar um reconhecimento da estrutura e organização do serviço, contribuindo para uma maior aproximação da equipa profissional e fomentar confiança nos cuidados a prestar. Nesta visita, as grávidas são, ainda, esclarecidas sobre o que deve levar para a maternidade no dia do parto, tanto para ela como para o RN.

Em síntese, os cuidados prestados à grávida/casal em contexto de Consulta Externa de Obstetrícia, eram seguidos pelas normas da Direção-Geral de Saúde (DGS) relativos à vigilância pré-natal, nomeadamente, a avaliação o bem-estar materno-fetal, através da história clínica e de exames complementares de diagnóstico; a deteção precoce de situações desviantes do normal curso da gravidez que possam afetar a evolução da gravidez, o bem-estar materno-fetal e a orientação correta, em cada situação; a promoção da educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da gravidez; a preparação para o parto e parentalidade; e, finalmente, a informação sobre os direitos e deveres parentais (DGS, 2015).

No que respeita à assistência de cuidados especializados à grávida e família com patologia associada ou concomitante com a gravidez em situação de internamento, aquando da sua admissão era efetuada uma leitura atenta e cuidada do processo da mesma, de forma a elaborar o plano de cuidados em resposta às necessidades identificadas.

Ao longo da prestação de cuidados foi fundamental saber intervir individualmente em cada uma das diferentes patologias, prestando uma assistência personalizada a cada grávida/casal. Por outro lado, a implementação de cuidados era realizada em estreita relação com a equipa multidisciplinar, sendo esta metodologia a chave fundamental para a reversão da situação e otimização do estado de saúde das grávidas e fetos.

Com o decorrer do ENP, foram identificadas grávidas com diferentes patologias obstétricas. As mais comuns: pré-eclâmpsia, RCIU, diabetes mellitus gestacional descompensada, hiperémese gravídica, hemorragias na gravidez e ameaça de parto pré-termo.

As principais intervenções desenvolvidas prenderam-se com avaliação do bem-estar materno-fetal, com a monitorização do estado de saúde da grávida de acordo com a sua situação específica e, também, a monitorização do bem-estar fetal (através da interpretação dos traçados da cardiotocografia) e monitorização do TP. A escuta ativa tornou-se fundamental, pois verificou-se que muitas das grávidas e suas famílias apresentavam, habitualmente, um nível elevado de ansiedade devido a vários fatores como a separação da família, o internamento, a gestão da situação e dos possíveis resultados para si e para o feto. A grávida e os seus familiares eram acompanhados pelo EESMO, no sentido de lhes explicar a situação de internamento, os riscos potenciais e os cuidados a serem prestados, tendo por objetivo contribuir para que se sentissem mais calmos e colaborantes, devidamente informados/conscientes, o que permitiu prevenir complicações e, sobretudo, a sua identificação precoce.

Muitas vezes, o internamento da grávida surgia numa fase em que esta se encontrava a frequentar sessões de preparação para o parto e parentalidade, nesta situação eram proporcionados momentos de continuidade de cuidados.

Como referido anteriormente, as intervenções e os cuidados prestados pelo EESMO eram realizados de forma individualizada e específicos para cada situação. As situações de grávidas com pré-eclampsia foram muito frequentes. Estas situações caracterizam-se por uma condição em que a hipertensão se desenvolveu na grávida previamente normotensa, e provocou um processo patológico vasoespástico multissitémico, caracterizado por hipertensão e proteinúria. A hipertensão foi definida por Lowdermilk e Perry (2008) como uma tensão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou a diastólica superior a 90 mmHg.

Em consequência, os cuidados prestados e as intervenções de enfermagem implementadas, constaram de: vigilância da tensão arterial; avaliação e monitorização de edemas; avaliação e monitorização da dor, principalmente dor epigástrica, sendo este um dos principais sintomas de pré-eclâmpsia; a monitorização do débito urinário; a intenção de colheita de sangue e urina para análise e avaliação de resultados; monitorização por cardiotocografia, tornando-se fundamental, dado à possível menor perfusão placentar; a vigilância do estado neurológico e a gestão de ambiente calmo, conforme recomendam Lowdermilk e Perry (2008).

Outro diagnóstico frequente que levava a grávida ao internamento era o RCIU. Segundo Lowdermilk & Perry (2008), a RCIU é o termo aplicado ao feto cuja taxa de crescimento não reuniu as normas esperadas, podendo ser: simétrica, quando o feto tem todos os parâmetros abaixo dos valores considerados normais; assimétrica, quando o crescimento da cabeça e dos restantes seguimentos é diferente. Nestes diagnósticos, foi fundamental: manter vigilância do crescimento do feto e a circulação útero-fetal; assegurar a maturidade fetal, através da administração de corticoides por via intramuscular à grávida, como a betametasona (12mg por via intramuscular, a cada 24 horas, no total de duas tomas) ou de dexametasona, fármaco de segunda linha de atuação (quatro tomas de 6mg de 12 em 12 horas, por via intramuscular); promover o parto assim que o feto tivesse atingido a maturidade ou quando existissem sinais de sofrimento fetal. Paralelamente era proporcionado o apoio e suporte à grávida/casal, pretendendo acalmá-los e mantê-los informados sobre todo o processo que estão a vivenciar, e, ainda, a realização de uma vigilância apertada do bem-estar materno-fetal.

A ATPPT constitui-se outro motivo de internamento da grávida que, segundo Graça (2010), é caracterizado pelo aparecimento de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com segmento inferior uterino distendido mas sem extinção por dilatação do colo, antes das 37 semanas de gestação. O mesmo autor afirma que o nascimento antes do termo é uma das mais significativas causas de morbilidade e mortalidade perinatais, pelo que a prevenção o diagnóstico e o tratamento destas situações exigiram uma rápida e eficaz resposta de toda a equipa multidisciplinar.

Nestas situações, a prestação de cuidados centrou-se na vigilância materno-fetal e na contractilidade uterina, através da monitorização por cardiotocografia; o repouso da grávida; a administração de medicação tocolítica; e a maturação pulmonar, através da administração de corticoides. A medicação tocolítica tem como objetivo diminuir a contractilidade uterina, e os fármacos utilizados foram o Atosiban, a Nifedipina e o

Indometacina. O Atosiban era administrado em três etapas: a primeira etapa era constituída pela administração endovenosa de Atosiban 6,75mg/0,9ml, em bólus de 0,9ml, durante um minuto; a segunda etapa, com administração de Atosiban 7,5mg/ml-37,5mg/5ml em perfusão de 18mg/h – 2 frascos diluídos em 90ml de soro fisiológico - durante três horas a 24ml/h; a terceira etapa, era constituída pela administração de Atosiban com a mesma concentração anterior, ao ritmo de 8ml/h até completar as 45 horas de tratamento. A Nifedipina era administrada por via oral, sendo a dose inicial de 20mg e de 10 a 20mg de 4 a 6 horas, até perfazer a dose máxima de 160mg/dia. Quanto à Indometacina era o fármaco tocolítico menos utilizado, pois o seu uso está contraindicado após as 32 semanas de gestação devido ao possível encerramento prematuro do canal arterial. A sua dose inicial era de 100mg por via rectal, seguida 25mg de 4 a 6 horas por via oral. Para além destas medidas terapêuticas prescritas, a grávida mantinha repouso no leito.

Neste internamento, verificou-se, também, a admissão de grávidas em início de TP (durante o primeiro estadio) e em processo de indução do mesmo.

Relativamente, às grávidas em início de TP espontâneo e, de acordo com a situação clínica, a prestação de cuidados focalizava-se na vigilância materno-fetal, gestão da dor (não farmacológica e farmacológica) e na promoção da evolução do TP, permitindo a deambulação e a liberdade de movimentos. Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que a livre movimentação durante o TP, ajuda a parturiente a lidar com a sensação de dor, melhora a atividade uterina, sendo uma forma de minimizar os desconfortos, aumentar o autocontrolo e a progressão da apresentação.

A indicação para a indução de TP tratou-se, com maior frequência para as situações de patologia materna, como a pré-eclâmpsia; colestase gravídica; RCIU; rotura prematura de membranas; contrações uterinas inadequadas em parto de termo; e gestação igual ao superior a 41 semanas. A indução do trabalho de parto é um processo químico ou mecânico utilizado para provocar contrações uterinas e, desta forma, provocarem o trabalho de parto, antes que este se inicie espontaneamente (Néné & Sequeira, 2016). De acordo com Graça (2010), quando o colo do útero favorável (Índice de Bishop superior a 5) é possível usar apenas ocitocina para estimular a contractilidade uterina e induzir o trabalho de parto. Assim, antes de se iniciarem as contrações uterinas pela ação da ocitocina, há a necessidade de favorecer/provocar o amadurecimento do colo uterino, utilizando prostaglandinas (Néné & Sequeira, 2016). As principais prostaglandinas utilizadas foram: a Dinoprostona e o Misoprostol (comprimidos). A Dinoprostona 10mg era administrada

em forma de fita impregnada (Propess®) no fundo do saco Dougles, durante um período de 24 horas. O protocolo de atuação do Misoprostol visava realizar o registo cardiotocográfico antes de efetuar a primeira aplicação, eram introduzidos 25µg de misoprostol (em comprimidos) no fundo de saco vaginal posterior, este processo poderia ser repetido de 4 em 4 horas até um máximo de 150µg.

Durante a prestação de cuidados à grávida em processo de indução de TP, foi fundamental a vigilância contínua materno-fetal para identificar possíveis complicações, sobretudo a hiperestimulação uterina, que pode provocar a restrição da oxigenação fetal e, também, a rotura uterina ou outras complicações (Lowdermilk & Perry, 2008).

Neste internamento, também, eram admitidas grávidas em situação de abortamento, interrupção médica da gravidez ou em caso de morte fetal no 2º e 3º trimestre. Nestas situações, onde existia a possibilidade de confronto da grávida com o som do cardiotocógrafo, foram implementadas estratégias que minimizassem a possibilidade desta situação ocorrer, reduzindo, ao mínimo o som, dos cardiotocógrafos.

Os cuidados prestados tiveram como objetivo o da expulsão completa do conteúdo de conceção. Nesta fase tão complicada das suas vidas, prestou-se a maior atenção à administração de terapêutica, à vigilância de complicações (hemorragias, náuseas, vómitos) e ao acompanhamento das mulheres e sua família. Neste sentido foi muito importante compreender o que a perda da gravidez significava, quer para a mulher, quer para a sua família, oferecendo a possibilidade ao casal de ver o produto de conceção, uma vez expulso, respeitando a sua decisão. Perante estas situações foi necessário prestar cuidados e intervenções de enfermagem com sensibilidade e experiência, de forma a auxiliar o casal no luto e na sua recuperação.

Em síntese, ao longo do ENP e no âmbito da prestação de cuidados especializados no período pré-natal, tornou-se fundamental o desenvolvimento de competências ao nível da criação de uma relação empática com a grávida/casal e família e, ao mesmo tempo, reconhecer a importância desta relação na prestação de cuidados. Esta relação empática permitiu ao EESMO, de uma forma mais facilitadora, os cuidados especializados à grávida/casal e a participação/colaboração da mesma neste processo de cuidados.

No que respeita à prática de cuidados do EESMO, tornou-se primordial desenvolver competências ao nível da educação para a saúde, uma vez que muitas das

grávidas/casais, às quais foram prestados cuidados, em contexto de consulta e em contexto de internamento, possuíam algum risco associado à gravidez. Como tal, a atuação do EESMO teve por objetivo promover o bem-estar materno-fetal, através da explicação do estado de saúde materno-fetal, riscos associados ou potenciais e os cuidados necessários.

Neste âmbito, também, foram desenvolvidas competências ao nível da preparação do parto e parentalidade. Esta preparação era concretizada para auscultar as expetativas da grávida/casal em relação ao parto, efetuando-se uma aproximação do casal ao contexto, através da visita à maternidade, na consulta de Termo ou durante o internamento. Relativamente à preparação para a parentalidade foram desenvolvidas competências sobretudo na identificação de desvios de comportamento durante a gestação e posteriormente era realizada uma intervenção, no sentido de promover estratégias que favorecessem a parentalidade. Mereceram atenção e/ou intervenção por parte do EESMO, os casais com algum risco associado à gravidez, pois vivenciavam dois processos de transição em simultâneo e, no caso da gestação gemelar, esta transição para a parentalidade visava a integração de dois, ou mais, RN's no seio familiar.

Constata-se a aquisição de competências técnico-científicas na vigilância da gravidez, nomeadamente, na avaliação do bem-estar materno-fetal através dos equipamentos apropriados e, da identificação e monitorização dos desvios à gravidez referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EESMO.

Relativamente à parturiente em início de TP, foram adquiridas competências técnico-científicas ao nível da monotorização e desenvolvimento do TP e das estratégias que as parturientes poderiam utilizar para facilitar a progressão/desenvolvimento do TP. Foi, ainda, fundamental adquirir e desenvolver competências ao nível dos métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor na parturiente em início de TP.

É de salientar, ainda, o desenvolvimento de competências relacionadas com a identificação e a monitorização do trabalho de abortamento e luto no pré-natal. Neste ENP, foram prestados cuidados a várias mulheres em trabalho de abortamento. Três casos resultaram de interrupção médica da gravidez por malformações fetais. Estas experiências exigiram, por parte do EESMO, o desenvolvimento de competências ao nível do apoio e suporte emocional ao casal durante o processo de luto.

Em suma, foi possível alcançar o objetivo de aquisição de competências no que se refere à assistência em cuidados de enfermagem especializados à grávida, promoção da saúde, diagnóstico precoce, prestação de cuidados especializados e o favorecimento da adaptação da mulher durante o período do pré-natal, tal como em situações de abortamento.

2. Cuidar a Mulher e Recém-Nascido Inseridos na Família e Comunidade Durante o Trabalho de Parto

O Regulamento das Competências Específicas do EESMO da OE (2011) determina que estes enfermeiros devem possuir aptidão para assumir a responsabilidade de assistir a mulher que experiencia os processos de saúde/doença durante o TP e o parto. Neste âmbito, este capítulo é relativo à prestação de cuidados à mulher em TP e parto, desenvolvido em contexto assistencial de BP.

O TP pressupõem uma mudança na vida familiar, representando o final da gravidez e o início da vida extrauterina para o RN. Ao longo da gravidez a mulher adapta-se fisiologicamente para o parto e maternidade, ao mesmo tempo, que o feto cresce e se desenvolve preparando-se para a vida extrauterina (Lowdermilk & Perry, 2008).

A prestação de cuidados a parturientes/casais, efetuou-se de forma individualizada, tendo em conta os pressupostos que norteiam a prática de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia.

Relativamente à documentação dos cuidados prestados à parturiente eram efetuados em sistema informático (SClínico) e em partograma. Segundo Néné e Sequeira (2016), o partograma é entendido como uma representação gráfica do trabalho de parto, podendo ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, em relação ao tempo.

Estabelecido o primeiro contacto do enfermeiro especialista com a parturiente/casal era realizada a avaliação inicial com identificação de necessidades e instituída a primeira relação terapêutica baseada na empatia e confiança, e delineadas simultaneamente, as práticas de cuidados associadas às expectativas da parturiente/casal. O EESMO apresentava-se pelo nome, referindo-se como ser o seu prestador de cuidados e apresentava a equipa e sua organização, mostrando-se disponível, encorajando a parturiente/casal à participação ativa.

Iniciada a assistência à parturiente em TP, era realizada a anamnese com recolha de dados da História Clínica de Enfermagem (HCE), dos quais se destacam, pela sua importância, os dados relativos à gravidez atual, história obstétrica e ginecológica, antecedentes pessoais e familiares, experiências e caraterísticas de outros partos

anteriores. Esta HCE, caracterizava-se por ser um importante instrumento para a identificação de necessidades ou riscos presentes, contribuindo para a elaboração de um plano de cuidados ajustado. Para a realização da avaliação inicial da parturiente optou-se pela realização de uma entrevista, conduzida ao longo de todo o processo, com o recurso ainda ao Boletim de Saúde da Grávida.

Ao longo da vigilância do TP da parturiente contemplou-se: a vigilância de sinais vitais, dando ênfase sobretudo à dor, a monitorização do TP e parto, através da realização da cardiotocografia (CTG) intermitente/contínua, a execução do exame vaginal e a avaliação do bem-estar físico e emocional da parturiente. A implementação das intervenções de enfermagem variou em função da situação clínica de cada parturiente, nomeadamente, a frequência do exame vaginal, o método de alívio da dor escolhido pela parturiente e a posição adotada pela mesma.

Sempre que oportuno, o EESMO norteava a parturiente/casal consoante as suas necessidades, favorecendo a adequação da prestação de cuidados especializados e incrementando a exploração e resolução das suas necessidades básicas, seguindo as orientações da Teoria da Necessidades Humanas Básicas (Horta, 2005).

No decurso do ENP, constatou-se que nenhuma das parturientes/casais expôs um plano de parto formalmente redigido. Contudo, na sua grande maioria, manifestaram desejos e/ou expectativas de como gostariam que se atuasse em relação a determinados procedimentos, atitudes e/ou condutas. Neste sentido, sempre que a situação clínica materno-fetal e a evolução do TP permitissem, eram transmitidas as opções possíveis e disponíveis do plano de cuidados, considerando sempre o desejo e as necessidades da parturiente/casal e o risco clínico associado.

O tempo e progressão do TP é variável dependendo da paridade, idade, condição física e emocional, eficácia da contractilidade uterina, método de alívio da dor, posição adotada, estrutura pélvica, tamanho/apresentação/situação do feto, apoio/suporte do pai/convivente significativo e gestão clínica do TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Desta forma, adotou-se uma postura de atenção constante, procurando qualquer alteração que surgisse durante o desenrolar do TP, adaptando os cuidados de enfermagem prestados à especificidade de cada parturiente/casal e RN.

A prática dos cuidados especializados prestados foi regida pelo respeito, privacidade e expectativas da parturiente/casal, pelo consentimento informado, pela detalhada avaliação física e progressão do TP, estado hemodinâmico, bem-estar materno-fetal,

diagnóstico da posição fetal, através das Manobras de Leopold procurando identificar a variedade e apresentação fetal e grau de descida.

A dor em trabalho de parto tem sido alvo de grande atenção por parte dos profissionais de saúde e o alívio da dor em TP, uma das prioridades da intervenção do EESMO. Foram utilizadas e implementadas medidas não farmacológicas e farmacológicas no alívio da dor. Tal como recomenda o Documento de Consenso da OE *"Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*", subscrito pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012, p.21), a prática de cuidados por parte do EESMO deve incidir tanto em *"(…) métodos farmacológicos (incluindo a analgesia epidural ou raquidiana) e nos não farmacológicos (incluindo o banho de imersão/chuveiro durante a fase de dilatação, ou a simples deambulação)".*

Relativamente às medidas não farmacológicas, a parturiente era incentivada a realizar técnicas de distração, respiração e relaxamento e técnicas como o toque e a massagem, a aplicação de frio/calor, a liberdade de movimentos e, quando presente, era promovido, em simultâneo, o envolvimento/participação do pai na aplicação destas mesmas técnicas. As técnicas que se revelaram mais eficazes para alívio e gestão da dor foram as técnicas respiratórias, a massagem e a liberdade de movimentos (deambulação).

No que respeita, à utilização da técnica da respiração, esta permitia que a parturiente se concentrasse no TP e, consequentemente, provocasse uma diminuição da sua perceção da dor, exercendo um maior controlo durante as contrações uterinas, e, ainda, um relaxamento dos músculos abdominais e da região genital, proporcionando uma descida e oxigenação do feto mais facilitada (Lowdermilk & Perry, 2008).

A massagem relevou inúmeras vantagens e foi, de modo geral, bem tolerado pelas parturientes. O pai/convivente significativo era incentivado a efetuar a massagem ou pressão na região lombo-sagrada, proporcionando o alívio de pressão do occipital nos nervos vertebrais e da dor (Lowdermilk & Perry, 2008). Verificou-se, em algumas situações, que apenas o facto de o pai/convivente significativo segurar/acariciar a mão da parturiente, se tornava uma técnica bastante eficiente no controlo da dor.

A deambulação era muito utilizada na fase inicial de TP, com o objetivo de facilitar a progressão do TP e, simultaneamente, aliviar o desconforto associado à contratilidade uterina, isto sempre que a situação materno-fetal o permitia. Dentro dos métodos não farmacológicos, habitualmente, as parturientes associavam a deambulação e a

utilização da bola de pilates, estimulando a mobilidade e relaxamento pélvico e perineal.

Em associação as estas técnicas, era sempre tido em conta o ambiente físico do quarto, tendo em atenção a baixa luminosidade, a temperatura adequada e a redução do ruído.

A técnica farmacológica mais utilizada pelas parturientes no decurso do ENP foi a analgesia epidural. Graça (2010) afirma que, nos dias de hoje, a epidural é uma das técnicas eficaz no alívio e controlo da dor e que, atualmente, produz menos efeitos secundários, tanto a nível materno como fetal. Mais uma vez, antes de iniciar o procedimento a parturiente era informada e esclarecida sobre as vantagens e complicações da analgesia por via epidural, favorecendo, assim, a tomada de decisão informada e esclarecida. Após a execução da técnica de analgesia epidural pelo anestesista era necessário realizar uma apertada vigilância e manutenção do estado hemodinâmico materno-fetal.

Após a execução desta técnica, as parturientes ficavam em repouso no leito, pelo que passava pela intervenção do EESMO, o auxílio em alternar decúbitos, preferencialmente, o decúbito lateral esquerdo, para favorecimento do fluxo uteroplacentário e renal, e a eliminação do risco de hipotensão de decúbito, normalmente manifestada por náuseas e vómitos e, ocasionalmente, alterações da frequência cardíaca fetal (Lowdermilk & Perry, 2008).

No âmbito do despiste das complicações materno-fetais, foram identificadas as parturientes que apresentavam *Streptococcus B* positivo, de forma a implementar medidas profiláticas intraparto, com o recurso à administração de antibioterapia, conforme recomendação da Normativa, nº37/2011 da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2011, e atualizada em 2013.

De modo a avaliar o TP eram efetuados exames vaginais, procedimentos fundamentais para obter informação relativa à progressão do TP, nomeadamente: o estado do colo, através da monitorização do Índice de Bishop (avaliação do apagamento, dilatação, consistência e posição do colo uterino e identificação/posição do plano ou grau de descida da apresentação); situação e variedade fetal; avaliação das condições do canal de parto (relacionando com a estimativa do peso fetal) e identificação de perdas vaginais (perda sanguínea, líquido amniótico, e/ou corrimentos). Para realizar uma correta avaliação do TP, tornou-se essencial associar

a realização das manobras de Leopold, a interpretação do CTG e a vigilância de sinais/sintomas de alteração do bem-estar materno-fetal.

Outro recurso fundamental para a prática de cuidados foi a utilização do CTG. Este era precedido a procedimentos ou técnicas suscetíveis de comprometimento fetal (exame vaginal, administração de oxitocina, amniotomia), assim como, em situações de alteração no TP como (rotura espontânea de membranas, febre materna, aumento da contratilidade uterina), para identificação precoce de alteração do bem-estar fetal e, consequentemente, intervenção imediata para o seu restabelecimento. Sempre que era identificado risco materno-fetal e/ou situações que estavam para além da área de atuação do EESMO, estas situações foram sempre referenciadas à equipa médica.

A amniotomia foi realizada em situações pontuais e muito especiais, tendo por objetivo a necessidade de monitorização direta da frequência cárdica fetal, o aumento da contractilidade uterina e para avaliação do bem-estar fetal, através das características do líquido amniótico tal como refere Néné e Sequeira (2016). Após a realização desta técnica eram avaliadas as caraterísticas do líquido amniótico (cor, cheiro, quantidade e consistência) e documentada em partograma.

A administração da ocitocina, hormona sintética, constitui-se uma prática em TP que tem por objetivo desempenhar funções da ocitocina produzida pela neuro-hipófise das mulheres e cuja função é a de estimular as contrações uterinas. Este método de indução é utilizado quando o colo cervical se encontra amadurecido e é administrado por via endovenosa, através de bomba infusora (Graça, 2010). Assim, a administração deste medicamento exigiu, por parte do EESMO, uma vigilância contínua da contractilidade uterina, da resposta fetal e dos efeitos secundários que pudessem surgir na parturiente. Tal como refere Lowdermilk & Perry (2008), o recurso a estes métodos farmacológicos implica riscos, devido ao aumento da atividade uterina, por exemplo, a hipertonia uterina e a taquissistolia, que podem levar ao sofrimento fetal. Neste âmbito e, nas situações atrás referidas foi suspensa a perfusão deste medicamento, alertando a equipa médica devido ao estado fetal não tranquilizador e à contractilidade uterina excessiva.

Após a evolução total deste estadio, com a dilatação completa e com a descida da apresentação fetal em plano três de Hodge, estavam reunidas as condições para o parto e nascimento do RN, iniciando-se, assim, o segundo estadio do TP. A duração média deste estadio é de cerca de 50 minutos para as nulíparas e 20 minutos para as multíparas (Graça, 2010).

Neste estadio habitualmente as mulheres sentem o reflexo de Ferguson, ou seja, a necessidade de fazer força de forma reflexa e espontânea (Lowdermilk & Perry, 2008). Contudo, a grande parte das parturientes submetidas à analgesia epidural, não referiam esta sensação o que implicava a atuação do EESMO no sentido de reconhecer as contrações. Desta forma, a parturiente era ensinada a reconhecer a contração uterina, com a colocação da mão sobre o abdómen, sendo explicado que quando sentisse a contração uterina, deveria a realizar a contração dos retos abdominais, de forma a promover a descida fetal até à sua expulsão.

Durante este período, habitualmente, a parturiente permanecia no leito e a posição adotada era a de litotomia. Previamente foi tido em atenção a preparação antecipada do material necessário à parturiente e RN, bem como a funcionalidade do sistema de aspiração e de oxigénio. Para a realização da técnica de parto foi utilizado equipamento apropriado com técnica assética. Relativamente à técnica de parto, a prestação de cuidados centrou-se na proteção do períneo, promovendo a sua integridade, avaliando a coroação do feto e risco de laceração e quando necessário, a episiotomia foi utilizada como recurso. A episiotomia realizou-se quando se pretendeu aumentar o canal vaginal, abreviando o nascimento, prevenindo complicações maternas e o risco de sofrimento fetal. Esta era sempre realizada no pico da contração e, quando se verificava o coroamento da apresentação cefálica no períneo (Graça, 2010).

Após a exteriorização da cabeça do feto, a conduta seguinte centrava-se na pesquisa de circulares cervicais do cordão umbilical. No caso das circulares largas eram deslizadas cuidadosamente à volta da cabeça; nas circulares justas, realizava-se a laqueação prévia do cordão (Lowdermilk & Perry, 2008).

Seguidamente, procedia-se ao desencravamento do ombro anterior e posterior do feto, exercendo a pressão necessária para o efeito. De referir, também, que nem todos os partos que inicialmente tinham uma previsão de parto eutócico terminavam na execução de parto instrumentado, por complicações materno-fetais, tais como, a má progressão do feto, os períodos expulsivos longos, o parto estacionário e a suspeita de estado fetal não tranquilizador.

Após o nascimento, ao RN era efetuada a sua observação, com o objetivo de avaliar o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto, sendo que em função desses parâmetros e quando inferior a 7 procedia-se à implementação de manobras de estimulação. Nas situações em que a adaptação à vida extrauterina do RN foi bem-sucedida, o RN era

colocado imediatamente no abdómen da mãe em contacto pele-a-pele, averiguando previamente a expectativas da mãe e a sua vontade em a realizar. A clampagem do cordão umbilical era efetuada quando o cordão parava de pulsar e o seu corte era efetuado por um dos pais depois da sua prévia tomada de decisão informada.

Em situações de estado fetal não tranquilizador e/ou presença de possíveis sinais de complicações, efetuou-se uma articulação com a equipa médica obstétrica e o pediatra, no sentido de reunir condições, o mais favoráveis possível, e com menor comprometimento do bem-estar do RN. As parturientes/casais eram informados, esclarecidos e apoiados diminuindo-lhes a ansiedade e o stress.

Após o nascimento do RN inicia-se o terceiro estadio de TP com a fase de expulsão da placenta e das membranas fetais, num período de tempo até 30 minutos (Graça, 2010).

Nesta fase era importante detetar os sinais de descolamento da placenta, nomeadamente: contração uterina, mudança da forma discoide do útero para ovoide, saída súbita de sangue à vulva, descida ou aumento do cordão umbilical e aumento do volume vaginal observável (Néné & Sequeira, 2016). Optou-se por uma postura expectante de expulsão espontânea da placenta, observando os sinais de descolamento e o estado hemodinâmico da parturiente. Após a observação destes sinais de descolamento, era efetuada uma tração controlada do cordão umbilical e pressão supra-púbica moderada, auxiliando a sua completa expulsão.

Seguidamente, era pesquisada a presença do globo de Pinard (descartar sinais de hemorragia pós-parto), a observação/avaliação da integridade do cordão umbilical e placenta e o seu mecanismo de expulsão. Mecanismo este que pode ser de Schultze (face fetal) quando o descolamento se inicia na zona central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta ou de Duncan (face materna), quando o descolamento se inicia pela periferia (Néné & Sequeira, 2016).

Posteriormente, procedeu-se à inspeção e avaliação da integridade da placenta, visando examinar o tecido placentário da face materna e avaliar o número e integridade dos cotilédones. Por último, procedeu-se à reconstituição das membranas âmnio e do córion, comprovando-se que se encontram íntegras e completas.

Ao nível do cordão umbilical, procedeu-se à verificação da presença dos três vasos (duas artérias e uma veia), o seu comprimento, presença ou ausência de nós verdadeiros ou falsos e a sua inserção na placenta.

Após expulsão da placenta, era iniciada a perfusão de ocitócica, segundo o protocolo de serviço, que tinha por objetivo a contração uterina, contribuindo para a formação do Globo de Segurança de Pinard, evitando a hemorragia pós-parto. Posteriormente, eram efetuados os cuidados perineais, a observação/avaliação da integridade do canal de parto e períneo, identificando a existência ou não de lacerações perineais ou episiotomia. Na grande maioria das vezes, foi constada a presença de períneo íntegro. Em caso de episiotomia, foi primeiramente avaliado o grau de atingimento dos tecidos, verificando-se lesões de grau um, dois e, muito raramente, de terceiro grau. Posteriormente era executada a técnica de reparação, de forma a favorecer a correta cicatrização dos tecidos e restabelecer a sua estrutura anatómica.

Depois de terminada a episiorrafia, procedia-se à reavaliação das estruturas da vagina e o períneo, no sentido de diagnosticar a presença de outras lesões e verificação da presença de sinais de complicação na sutura (hematoma, hemorragia). Paralelamente a este processo, manteve-se a avaliação da formação do globo de segurança de Pinard.

Durante o quarto estadio do TP, a prestação de cuidados centrou-se, também, no cuidado ao RN, nomeadamente na estabilização do sistema termorregulador, na identificação de sinais de pré-mamada, ajudando a mãe a colocar o RN à mama, explicando os sinais de pega eficaz e a sua importância para a díade na primeira hora de vida. De realçar que o pai era envolvido neste processo, constatando-se, muitas vezes, que os pais participavam ativamente na concretização da mamada, mostrando-se satisfeitos e surpreendidos com as suas próprias capacidades e com as do RN. Os cuidados prestados ao RN tiveram como objetivo assegurar as necessidades básicas como a alimentação e a manutenção da temperatura corporal e o despiste de complicações pós-natais. Em raras situações, o RN não foi colocado em contato pele a pele, porque necessitou de assistência acrescida, tendo sido após estabilização iniciado o processo.

Salienta-se a intervenção efetuada pelo EESMO, no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação. Eram planeadas e executadas intervenções baseadas nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os pressupostos da IHAB.

Por outro lado, foi possível verificar que o EESMO se encontrava numa posição privilegiada para favorecer a vinculação entre parturiente/casal e RN, pois este é momento em que a parturiente/casal se deparam com a realidade do RN e, é feito o seu reconhecimento como o novo membro da família, para além da oportunidade de experienciar o corte do cordão umbilical, contato pele a pele precoce e o envolvimento do pai na amamentação.

Concluído o período pós-parto imediato, era realizada uma reavaliação do globo de segurança de Pinard e períneo, confirmado o equilíbrio hemodinâmico, efetuadas orientações para o pós-parto e atendidas as necessidades básicas da parturiente.

No âmbito da prestação de cuidados na assistência do TP de baixo risco, com o decurso do ENP, foi possível adquirir e desenvolver competências do EESMO, tal como preconiza a OE, nomeadamente, onde declara que estes devem cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, no TP, efetuando o parto em ambiente seguro, de forma a otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste sentido, torna-se relevante salientar a importância do desenvolvimento de competências especializadas ao nível da identificação e monitorização do TP e bem-estar materno-fetal, e os desvios ao padrão normal do desenvolvimento do TP, referenciando as situações que estão para além do grau de atuação do EESMO. Neste âmbito, foram, ainda, desenvolvidas competências para execução do parto eutócico cefálico, procedendo no final à avaliação da integridade do canal de parto, aplicando técnicas de correção adequadas.

Para tal, tornou-se fundamental aquisição e desenvolvimento de competências relacionais, através do estabelecimento de uma relação empática no âmbito da prestação de cuidados, em equipa multidisciplinar, à parturiente, puérpera, RN, pai/convivente significativo e família. Competências estas que tiveram por objetivo proporcionar, uma experiência positiva de parto para a parturiente/casal e RN, tendo em conta as suas expectativas e os recursos disponíveis no BP.

Assinala-se que, durante o ENP, houve a oportunidade de experienciar situações que integraram o TP e parto, na grande maioria das vezes, a prestação de cuidados a parturientes em fase ativa do TP, período expulsivo e pós-parto imediato. Neste sentido, o facto de a parturiente ter sido assistida durante todo o processo de parto pelo mesmo EESMO, contribuiu para uma melhor assistência às reais necessidades

das parturientes, e possibilitou efetuar uma visão global e sistemática da prática e o consequente desenvolvimento de competências especializadas. Por outro lado, esta situação era-nos transmitida, positivamente, pelas parturientes/casais como uma mais valia na continuidade da assistência recebida.

Com a prestação de cuidados a parturientes também foi possível constatar a existência de variados fatores que interferem na monitorização do tempo e progressão do TP. Neste âmbito, foram adquiridas e desenvolvidas competências técnico-científicas, no que respeita à adoção de uma postura de atenção constante, em busca de alterações que surgissem durante o desenrolar do TP e a adaptação dos cuidados de enfermagem prestados à especificidade de cada parturiente, casal e RN.

Tornou-se imprescindível, ainda, o desenvolvimento de competências no planeamento e implementação de intervenções ao nível da vinculação da tríade, no sentido de envolver o pai/convivente significativo, durante todo o processo de parto e pós-parto imediato, e o seu envolvimento no processo de amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

Relativamente à prestação de cuidados ao RN foram desenvolvidas competências relativas à avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte de adaptação à vida extrauterina.

Salienta-se, ainda, o desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação de ajuda relativas ao luto. Durante o decorrer do ENP foram prestados cuidados a duas parturientes com feto morto, revelando-se ser uma experiência com um elevado grau emocional tanto para a mulher, pai/convivente significativo como para o EESMO que estava a executar o parto. Em ambas as situações, os fetos eram de termo (entre as 39 e as 40 semanas de gestação) e chegaram ao hospital já sem sinais vitais. O contacto com estas situações possibilitou o desenvolvimento de capacidades, tanto ao nível do apoio e suporte emocional ao casal na perda, como na forma do EESMO gerir as suas emoções e os cuidados prestados, em situações emocionalmente intensas.

Em síntese, a prestação de cuidados a parturientes de baixo risco, foi efetuada com autonomia e tomadas de decisão para conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas na assistência à parturiente, pai/convivente significativo, feto e RN, de forma a otimizar as condições de saúde destes e cumprir as competências preconizadas pela OE e os requisitos previstos na Diretiva (Lei nº 9/2009 de 4 março de 2009) pela Comunidade Europeia.

3. Envolvimento do Pai no Apoio e Suporte à Mãe na Amamentação Durante a Primeira Hora de Vida do Recém-Nascido

Neste capítulo apresenta-se a contextualização da intervenção desenvolvida durante o ENP, no sentido de promover o envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

Neste âmbito, inicia-se com uma abordagem concetual relativa à parentalidade, baseada na teoria das transições de Meleis (2010), à participação do pai no processo de apoio e suporte à mãe na amamentação do RN durante a primeira hora de vida e às práticas facilitadoras desse processo realizadas pelo EESMO. Seguidamente, apresenta-se a metodologia de intervenção do EESMO com a apresentação, análise e discussão dos resultados e, por último, as conclusões e recomendações decorrentes da intervenção.

3.1 Transição para a Parentalidade

A experiência da paternidade tem vindo a modificar-se nas últimas décadas. Atualmente, o pai já não é exclusivamente considerado como o provedor do sustento da família, sem espaço para os cuidados aos filhos (Lamb, 1994). Cada vez mais é dada relevância ao pai, envolvendo-o no processo de gestação desde o período pré-concecional, gravidez, parto e puerpério.

Tornar-se pai e mãe é considerado uma das etapas de maturação da vida adulta, representando um período de múltiplas aprendizagens, quer para os progenitores, quer para os que lhes estão próximos (Lowdermilk & Perry, 2008). Concordantemente, Néné e Sequeira (2016), referem-se à gravidez como sendo o período em que o casal sente a necessidade de se adaptar, tanto às mudanças físicas, como ao desafio que supõem as alterações de papéis a nível familiar, porque o nascimento de um filho marca o começo de um novo período no ciclo familiar, transformando-o de forma permanente. L. L. Colman e A. D. Colman (1994) afirmam que ainda durante o período de gestação, os futuros pais terão de se ajustar a uma variedade de transformações ocorridas ao longo do período de gestação e parto e às expectativas relativas aos

novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do filho. Ocorre uma contínua adaptação entre as expectativas e o que se espera para esta nova etapa que se apresenta.

Na versão de 2015 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2016, p.71) a Parentalidade é definida como:

> "Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não".

Deste modo, a parentalidade pode assumir-se como um dos mais exigentes papéis sociais quer ao nível físico, quer mental, com que as pessoas se defrontam na sua vida.

Por outro lado, o nascimento de um filho exige que a família assuma grandes responsabilidades a nível financeiro, alteração dos hábitos de sono e menos tempo para o marido e a esposa gastarem um com o outro (particularmente quando se trata do primeiro nascimento). Se estes eventos forem entendidos pelo casal como algo adverso poderão romper a união do casal, reduzir a intimidade e os afetos (Hockenberry, 2006).

Hockenberry (2006) defende que existem fatores que podem afetar a parentalidade, nomeadamente a idade parental, a qualidade da relação parental, a qualidade de experiência anterior no cuidado de crianças, os sistemas de apoio parental e os efeitos do stress no comportamento parental. O mesmo autor dá especial importância a alguns fatores, nomeadamente: a idade parental, considerando que os pais devem gozar de ótima saúde e previsível longevidade para criar uma família; o envolvimento do pai, evidenciando que os pais são habitualmente bem-sucedidos em acalmar e desestressar o lactente, ou até pode ajudar a compensar as consequências de uma participação insegura por parte da mãe; e, por último, a educação parental proporciona aos pais, que se preparam para a parentalidade, menos stress durante transição para a parentalidade.

Neste âmbito, o pai necessita de passar por um processo de adaptação e transição para exercer corretamente a paternidade. Como tal, é imprescindível recorrer à Teoria das Transições de Meleis (2010). Segundo esta teoria, o processo de transição

caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis, 2010).

Esta teoria pode ser caracterizada pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem.

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos, nomeadamente: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) (Idem, 2010).

Estas transições podem ainda apresentar diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas (Ibidem, 2010).

Neste âmbito, a transição constitui um conceito central para a disciplina de enfermagem, decorrendo tanto de ações voluntárias da pessoa como correspondendo a fenómenos inesperados. O enfermeiro representa um papel fulcral na identificação das respostas humanas a estes processos de transição (fisiológicos ou patológicos), sobretudo na formulação de diagnósticos de enfermagem a partir das necessidades identificadas em cada indivíduo e consequente implementação de todo o processo de enfermagem.

Meleis (2010) refere, ainda, que as transições podem também ser designadas de processos de desenvolvimento, implicando por parte do enfermeiro um cuidado transacional. Neste sentido, o cuidado molda-se na individualidade de cada pessoa, promovendo a consciencialização dos processos de transição e a progressiva capacitação do indivíduo para restabelecer o equilíbrio e a estabilidade física, psicológica e emocional. As respostas, durante e após, o processo de transição, são denominadas como indicadores de processo e resultados, permitindo, assim, a confrontação com a necessidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, avaliar os recursos que cada um possui e desenvolver/mobilizar novas competências.

Segundo Graça (2010), a transição da conjugalidade para a parentalidade corresponde a uma das principais crises familiares, coincidindo com a construção de uma nova estrutura familiar e de um novo sistema com normas, padrões e valores próprios que, através do património individual de cada um dos elementos, passa a construir-se um património comum.

Por sua vez, Meleis (2010), afirma que a transição para a parentalidade é um processo de transformação individual, conjugal e social, onde os indivíduos criam a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências a nível desenvolvimental.

Em suma, a transição implica que os indivíduos envolvidos se sintam predispostos para poder refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente para lidar com a mudança, dominar novas capacidades e novas formas de viver, enquanto se desenvolve um sentido de identidade mais flexível. Durante o processo de transição para a parentalidade, ocorre de forma simultânea a transição para a paternidade no pai (idem, 2010).

3.1.1 Transição para a Paternidade

O papel do pai sofreu grandes mudanças ao longo dos tempos, que condicionam a vivência do homem e da mulher na gravidez e nascimento, e na relação com os filhos.

A evolução histórica do papel do parental nos últimos dois séculos, nas sociedades ocidentais cristianizadas, distribuem-se em quatro fases: “Pai formador moral”, “Pai sustento económico”, “Pai modelo de tipificação sexual” e “Pai que cuida e acarinha”. O “Pai formador moral”, surgiu no decorrer do século XVIII e inícios do século XIX - sendo aquele que é responsável pela educação e supervisão moral dos filhos. No qual, o bom pai era aquele que era um bom modelo cristão. Quanto à fase do “Pai sustento económico” teve origem com a revolução industrial sendo que nestes pais os laços económicos sobrepuseram-se aos emocionais, ao divinizar a importância da sobrevivência do grupo familiar. Relativamente ao “Pai modelo de tipificação sexual”, durante os anos quarenta, a sua função social esperada era a de um modelo sexual. Esta mudança originou-se pela diminuição nas fontes de suporte financeiro devido à crise económica provocada pela segunda Guerra Mundial. E, por último, na década de setenta manifestou-se, a fase do “Pai que cuida e acarinha”, no qual o bom pai passou

a ser aquele que se envolve e cuida ativamente dos filhos em todas as áreas da educação e socialização (Lamb, 1994).

Contudo, a forte consolidação deste último papel deu-se na segunda metade da década de 80, com a entrada da mulher no mundo laboral, o que levou inevitavelmente à partilha de tarefas e ao envolvimento do homem tanto na educação dos filhos, como nas tarefas domésticas (Balancho, 2001).

Com estas mudanças, o papel do pai na sociedade também sofreu alterações permanentes, o que poderá ser considerado um dos progressos mais relevantes na nossa sociedade. Estas mudanças permitiram que o homem adquirisse a consciência da sua importância na participação de forma global no processo de construção familiar e a exercer de forma concreta o papel de pai. Deste modo, o homem torna-se mais consciente da importante transição que sucede na sua vida e procura a sua própria experiência pessoal (Colman & Colman, 1994).

Balancho (2001) refere, ainda, que são cada vez mais os homens que pretendem assistir ao nascimento dos seus filhos envolvendo-se com eles emocionalmente desde a gestação, pedindo licenças de paternidade, optando por horários mais flexíveis, reclamando a custódia dos filhos em situações de divorcio ou até na recusa de ofertas de emprego ou promoção da carreira, de forma a não perderem a oportunidade de fazerem parte ativa da vida dos filhos.

Lamb (1994) afirma que existem quatro determinantes para o envolvimento paterno, sendo elas: a motivação, as competências e autoconfiança, o apoio e as práticas institucionais. A motivação é o primeiro fator que determina o grau de envolvimento do pai. Atualmente, verificaram-se mudanças nos níveis de motivação paterna e consequente alteração dos papéis masculinos e femininos tradicionais (Lamb, 1994).

Contudo, por si só, a motivação não garante um aumento do envolvimento, também, são necessárias competências e auto-confiança. O autor supracitado refere que frequentemente os homens notoriamente motivados queixam-se de que a falta de competências os impedem de exercer um maior envolvimento.

Outro fator que influencia o envolvimento paterno é o apoio e este provém, na sua essência do seio familiar, particularmente da mãe (Lamb, 1994).

O último fator são as práticas institucionais, que são uma das razões mais citadas pelos pais para explicar os baixos níveis de envolvimento paterno, sendo as principais

barreiras interpostas, a necessidade de sustento económico e as exigências impostas pelo local de trabalho (idem, 1994).

A evolução do papel parental e o papel do pai cada vez mais presente e envolvido no planeamento/acompanhamento da gravidez, nascimento e cuidados ao RN, permitiu a aproximação dos papéis parentais entre os progenitores. Deste modo, há uma substituição de papéis específicos e complementares, surgindo um novo paradigma, o da co-parentalidade, quando ambos os progenitores partilham responsabilidades e tarefas de forma igualitária, tanto a nível financeiro, doméstico, como nos cuidados ao RN (Balancho, 2001).

3.2 Amamentação e a participação do pai

A amamentação é considerada o método mais saudável para alimentação do RN, porque lhe confere benefícios nutricionais e imunológicos. O ato de amamentar é uma função por excelência da mulher. Contudo, a capacidade de amamentar e de manter a prática exige dedicação, compromisso, persistência e apoio. Para além destes fatores, a maternidade implica uma restruturação de papéis no seio familiar, constituindo uma crise no seu ciclo evolutivo. A prática da amamentação neste período acarreta consigo uma série de dificuldades, pelo que o envolvimento pró-ativo do pai neste processo, bem como, a partilha de soluções contribuirá para ultrapassar dificuldades e garantir o seu sucesso, contribuindo para a satisfação da mãe e do casal (Relvas, 2004).

3.2.1 Amamentação

A amamentação humana é um facto biológico que é influenciado por vários fatores, tais como: familiares, sociais, económicos, culturais e históricos. Segundo a DGS (2017):

> “O leite humano é um alimento vivo, completo e natural e o reconhecimento das suas múltiplas vantagens, reuniu, o consenso mundial, defendendo-se a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida, e complementada com outros alimentos até aos dois anos ou mais, (OMS/UNICEF) precisamente por se acreditar que constitui a melhor forma de alimentar as crianças.”.

Neste sentido, o leite materno é considerado como o melhor alimento para a criança, tanto em termos nutritivos, como ao nível dos benefícios que este contempla.

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam desde a primeira hora de vida até aos seis meses, o aleitamento materno exclusivo. Este durante os primeiros seis meses de vida aporta muitos benefícios para o RN, destacam-se: a proteção face a infeções gastrointestinais; menos probabilidade de excesso de peso ou obesidade no futuro; menor mortalidade neonatal, devido a infeções. Para a mãe reduz o risco de cancro do ovário e da mama e pode, ainda, funcionar como método contracetivo natural, denominado Método de Amenorreia da Lactacional (Word Health Organization, 2017).

Hockenberry (2006) afirma que a amamentação tem um importante papel na vinculação materna, pois a mulher ao assumir a posição face a face, os seus olhos e os do filho estabelecem o contato visual no mesmo plano vertical, é muito favorecedor para a criação de laços afetivos entre ambos. Contudo, o mesmo autor evidencia a importância da presença paterna durante este processo, uma vez que ao envolver o pai está, simultaneamente, a criar um forte recurso de apoio e suporte à mãe durante a amamentação e a diminuir o sentimento de isolamento/inutilidade paterna, facilitando a promoção da interação mãe-RN-pai e, consequentemente, favorecer o processo de vinculação da tríade.

Em Portugal, segundo os dados da DGS, colhidos entre janeiro e dezembro de 2013, a amamentação é uma prática corrente à nascença (cerca de 98,57%), mas diminui nos restantes meses de vida. Entre os dois e os três meses, apenas 51,6% fazem aleitamento materno exclusivo, entre os quatros e os cincos meses, cai para 35% e nos cincos e os seis meses, apenas 22,1% das crianças faziam aleitamento materno exclusivo (DGS, 2014).

A OMS, em conjunto com a UNICEF, tem sensibilizado o mundo para a necessidade de adotar medidas capazes de melhorar o estado da saúde da população, intervindo na alimentação do lactente e das crianças (Word Health Organization, 2017).

Ao falar de proteção da amamentação, pretendemos assegurar o cumprimento de um conjunto de recomendações que favoreçam a sua prática e permitam o direito de amamentar baseado no respeito pelo Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno e a legislação referente à proteção da maternidade/paternidade. Com isto,

pretende-se criar uma cultura pró-aleitamento materno, baseada em valores e comportamentos, de forma a que se torne uma norma e não uma exceção.

Outro passo importante para a promoção do aleitamento materno foi dado pela OMS e a UNICEF, em 1992, com o lançamento de um programa mundial de promoção da amamentação intitulado, Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como Baby Friendly Hospital Initiative (UNICEF, 2017). Esta iniciativa tem como objetivos, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, através da mobilização dos serviços de Obstetrícia e de Pediatria/Neonatologia dos hospitais e maternidades, mediante a implementação de dez medidas para o sucesso do aleitamento materno e de sete medidas para ser considerada uma unidade de saúde amiga dos bebés. A aplicação destas boas práticas recomendadas é fator indispensável para que os hospitais/maternidades possam vir a ser considerados Hospital Amigo dos Bebés depois de avaliado por uma equipa externa nomeada pela UNICEF (2017).

É de salientar que o apoio à amamentação é uma intervenção multidisciplinar, proativa e de trabalho em equipa, com conhecimento e capacidades para promover, incentivar e apoiar a mãe, o bebé e a família para a prática da amamentação (Néné & Sequeira, 2016).

A amamentação na primeira hora de vida constitui o quarto passo dos dez passos da IHAB, apresentado às puérperas/casais, que pretendem amamentar. Esta iniciativa recomenda a colocação, por uma hora (no mínimo), dos bebés em contato com a pele de suas mães imediatamente após o nascimento e ajudar as mães a reconhecer quando seus bebés já estão prontos para a amamentação (Word Health Organization, 2017). Esta iniciativa encontra-se associada ao uso da técnica do *Breast Crawl,* tornando-se numa ótima ferramenta para promover a amamentação durante a primeira hora de vida.

O *Breast Crawl* consiste em colocar o RN no abdómem da mulher em contato pele a pele, até que este começa um rastejar em direção à mama, podendo mesmo conseguir iniciar a primeira mamada autonomamente. Desta forma, o RN tem a capacidade para encontrar sozinho a mama da mãe e decidir quando deve efetuar a primeira mamada. Além da promoção da vinculação, este procedimento favorece a libertação de ocitocina materna e contribui para o sucesso do aleitamento materno. Por outro lado, a transição da vida intrauterina para o meio exterior torna-se mais fácil,

uma vez que com esta técnica se promovem estímulos sensoriais (Gangal, Bhagat, Prabhu, & Nair, 2007).

Segundo, Oddy (2013) o aleitamento materno na primeira hora de vida reduziu a taxa de mortalidade neonatal em 22%. Durante este período o efeito protetor do aleitamento materno, fornecendo o colostro ao RN, pode estar relacionado com vários mecanismos, como, a colonização intestinal por bactérias específicas encontradas no leite materno e a capacidade de o leite materno produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o RN.

Como já se teve oportunidade de observar, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é muito importante para a saúde da criança e, no sentido de aumentar as taxas de amamentação, devemos ter em consideração os fatores que influenciam negativamente esta prática (Carvalho & Tamez, 2002).

Os mesmos autores, enumeraram alguns dos obstáculos identificados: a falta de conhecimento da população, dos profissionais de saúde e dos políticos; condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde com relação à amamentação; práticas e crenças incitadas pela cultura; falta de apoio e orientação por parte de mulheres com experiência na amamentação na comunidade; profissão e condições de trabalho; promoção inapropriada dos substitutos do leite materno.

No entanto, a realidade não mudou muito quando Costa (2007) realizou o seu estudo de investigação, onde aponta alguns fatores que podem influenciar positiva ou negativamente a prática da amamentação, nomeadamente: socioeconómicos/sociais, pelo que devem ser conhecidos e valorizados; etários, quanto menor for a idade, maior é o risco para o desmame precoce, advindo de dificuldades na amamentação; financeiros, esta forma de alimentação não tem custo; laborais, a ocupação profissional da mãe; e, por último, e nem por isso menos importante, a presença do pai e o seu envolvimento é favorecedor da prática da amamentação.

Os autores, Néné e Sequeira (2016), afirmam que a amamentação é um processo, por excelência, de interação entre mãe e filho, com repercussão no desenvolvimento cognitivo, emocional e do estado nutricional da criança, além de possuir também implicações na saúde emocional e cognitiva da mãe, pelo que se torna fundamental iniciar a amamentação na primeira hora de vida do RN e, ao mesmo tempo, colocar o RN em contacto pele a pele. Alves, Carreto, Freitas, Costa e Ramos (2010) afirmam, também, que o pai poderá exercer um papel bastante importante nesta fase, pois para

além de contribuir para o desenvolvimento do RN, reforça da vinculação filho-mãe, filho-pai e filho-família.

Ao nível do plano de cuidados e intervenções relacionadas com a amamentação, Lowdermilk e Perry (2008) asseguram que as intervenções para promover o sucesso da amamentação, para além do já referido, a mulher deve receber instruções, assistência e apoio no posicionamento e na adaptação do bebé à mama até que seja capaz de efetuar uma "boa pega" de forma independente. No que respeita ao posicionamento, o RN deve ser colocado ao nível da mama, apoiado por almofadas, virado de lado, de frente para a mãe de maneira que ambos fiquem "abdómen com abdómen", com os braços do RN a abraçar a mama e aboca em frente do mamilo. A posição adotada pela mulher deve ser aquela que seja mais confortável para a mãe e RN (idem, 2008).

Segundo os mesmos autores, os sinais de "boa pega" caracterizam-se por: a mãe referir uma firme tração no mamilo, sem dor; no momento da sucção o RN apresentar as bochechas redondas e que não afundam; a mandibula do RN deslizar suavemente com a sucção; e por último, o som audível da deglutição. No processo de sucção o RN usa a pressão negativa para introduzir corretamente o mamilo no interior da sua boca, com a ajuda dos lábios e da língua, promovendo um englobamento de grande parte da auréola. Carvalho e Tamez (2002) afirmam que a utilização dos lábios por parte do RN, desempenham uma importante função neste processo, particularmente o lábio superior. O lábio superior deve encontrar-se completamente distendido, facilitando a abertura das coanas nasais, impedindo que a respiração nasal seja obstruída durante a amamentação.

3.2.2 Participação do Pai na Amamentação

O desenvolvimento da participação efetiva da figura paterna no quotidiano familiar tem sido vinculado com a conceção da "nova paternidade". Neste âmbito, cada vez mais se verifica que o pai não desempenha apenas um papel de sustento económico familiar, mas, também, executa um papel ativo e participativo na alimentação e nos outros aspetos do cuidado do RN, assim como, o acompanhamento ao longo de todo do seu desenvolvimento.

Jeneral, Bellini, C. R. Duarte e M. F. Duarte (2015) desenvolveram um estudo onde foram realizadas entrevistas a pais que já possuíam filhos, com a mesma mulher, e que afirmavam ter acompanhado o processo de amamentação do filho anterior. Nesta investigação, constataram que o sentimento que despoletava nos pais, com maior destaque, era a satisfação com o processo de amamentação. Demonstrando, ainda, que o acompanhamento do processo de amamentação do filho representou uma experiência marcante, nomeadamente, pela vivência da experiência em conjunto com a mulher e o filho. Por outro lado, os mesmos autores identificaram, ainda, a existência de sentimentos paternos relativamente ao processo de amamentação, envolvendo mudanças de sentimentos e da dinâmica familiar, na medida em que o desejo da paternidade e a satisfação de presenciar o seu filho a ser amamentado, superaram qualquer distanciamento físico que o casal possa enfrentar no período pós-parto.

Por outro lado, Costa (2007), através da sua pesquisa científica, averiguou que cada vez mais se contatava o benefício do aleitamento materno para a saúde e desenvolvimento do RN e, nesta perspetiva era dado um maior enfoque à mãe e RN, ficando o pai num papel secundário. Contudo, cada vez mais o pai tornou-se um membro ativo no desenvolvimento do filho, envolvendo-se desde as consultas pré-natais ou mesmo antes, durante o período pré-concecional.

Neste âmbito, Alves *et al.* (2010) defendem que promover o envolvimento do pai na amamentação poderá ser uma área em que os profissionais de saúde deverão investir, especialmente, os enfermeiros, porque estes têm o privilégio de acompanhar a casal gravídico desde o período pré-concecional, gravidez, parto, puerpério e até as consultas de saúde infantil. Estes autores realizaram um estudo, baseado numa investigação anteriormente executada por Costa (2007), que tinha como tema a representação do papel do pai no aleitamento materno. Com um dos resultados desta investigação chegaram à conclusão que o ensino relativamente à amamentação, também, deve ser dirigido ao pai. Este desempenha um papel fundamental no pós-parto, atuando como um apoio à mãe e ajudando na construção da identidade familiar com uma forte vinculação entre todos.

Por outro lado, torna-se essencial determinar a opinião das mulheres relativamente à participação do pai no aleitamento materno. Assim, Ferraz *et al*. (2016) realizaram um estudo descritivo-exploratório com o objetivo de conhecer a participação do pai no processo de aleitamento materno, segundo a perspetiva das puérperas. Os dados obtidos neste estudo reforçam a ideia de que as puérperas reconhecem a importância do pai no processo do aleitamento materno, como auxiliares e incentivadores deste

processo, seja pelos cuidados prestados à criança, seja pelos cuidados prestados à puérpera, assim como, pelos conhecimentos que os pais possuem sobre a importância do aleitamento, facto este que pode influenciar na decisão da puérpera amamentar.

Outro estudo relevante foi o realizado por Matos, Oliveira, Coelho, Dodt e Moura (2015), que tinha como objetivo analisar a participação do pai durante o período da amamentação, tal como, a sua perceção sobre a importância do apoio nesta fase. Os pais participantes disseram ter acompanhado a monitorização da saúde da mulher e do feto no pré-natal; expressaram interesse e satisfação em cuidar dos filhos; e tiveram uma participação mais efetiva na vida familiar. Os referidos autores constataram, também, que os pais relataram que se tornaram presentes no processo de aleitamento materno através do apoio e incentivo à mulher na amamentação, da atenção e cuidado à mulher e filho, da divisão de tarefas domésticas, no posicionar da criança à mama, nos cuidados com os filhos anteriores e participando nas consultas relacionadas com a saúde. Segundo os mesmos autores, a colaboração nas tarefas de cuidados ao filho, permite ao "novo pai" o despoletar, não só dos sentimentos tradicionais da paternidade, mas, também, deparar-se com os sentimentos associados ao papel de participante ativo.

O recente estudo de Lima, Cazola e Pícoli (2017) com o objetivo de identificar a participação do pai no processo de amamentação numa maternidade estadual do Brasil, comprova que o número de pais que receberam orientações ao nível da amamentação é muito reduzido e, que nos casos em que foram recebidas orientações, a enfermeira era o profissional de saúde mais mencionado. Concluiu, ainda, que o estar junto da mulher era a maneira, que a maioria dos pais encontrava, para favorecer a amamentação.

Outro estudo importante de deMontigny, Gervais, Larivière-Bastien e St-Arneault (2017), cujo objetivo foi identificar as perceções dos pais sobre o seu papel no contexto da amamentação, concluiu que os pais participantes perceberam o seu papel como sendo muito mais complexo do que facilitador da amamentação, o que habitualmente lhes é atribuído, na medida em que os pais, como elementos interessados na tomada de decisões relativas à forma como o seu filho foi alimentado, reagiram ao desequilíbrio criado pela amamentação. Destacando, ainda, que o envolvimento era efetuado ao nível do filho, cônjuge e família.

Para além destes estudos, com o desenvolvimento dos estágios curriculares anteriores, integrados no CMESMO, verificou-se que as mulheres apresentavam

dificuldades na amamentação durante os primeiros dias após o parto com necessidade de apoio e validação constante. Perante esta constatação, o pai poderá ser um ótimo recurso de apoio e suporte à mãe neste processo de amamentação. O pai é uma pessoa de confiança da mulher, vai estar presente, com frequência, nestes momentos e, para além disso, é um indivíduo que vai beneficiar desta ação, sentindo-se parte do processo. Esta participação do pai vai proporcionar o aumento da vinculação da tríade e favorece a transição para a parentalidade.

Desta forma, torna-se relevante averiguar o que se pode fazer para preparar o pai de forma a envolvê-lo e pô-lo a participar no processo de amamentação. Neste âmbito, foi efetuada uma revisão da literatura para apurar a que níveis o pai poderia executar a sua participação no apoio e suporte à mãe durante a amamentação. Verificou-se que a maioria dos autores defendiam que o pai deveria estar presente durante o processo de amamentação e, sempre que possível, oferecer suporte emocional à puérpera e apoio e suporte à amamentação, e, simultaneamente, poderá beneficiar da interação precoce com o RN.

Contudo, para que o pai tenha uma atitude participativa na amamentação é fundamental, antecipadamente, fornecer-lhe informação e prepará-lo. Costa (2007) afirma que durante o período pré-parto é fundamental a preparação do pai sobre a participação do mesmo, na amamentação, uma vez que se considera muito forte e importante, a sua influência sobre o início e a duração da amamentação. O mesmo autor defende, ainda, que o enfermeiro executa um papel primordial neste processo, detendo a necessidade de reconhecer o nível de conhecimentos do pai.

Jeneral *et al.* (2015) afirmam que a informação proporcionada ao casal sobre a amamentação é fundamental neste processo de adaptação, devendo iniciar-se no período pré-natal e estender-se até ao parto e puerpério, constatando no seu estudo que os pais que receberam orientações tiveram melhor desempenho junto da mãe no processo de amamentação, apoiando, participando, incentivando e reconhecendo a importância do leite materno para o RN. Enquanto que os pais que não receberam as orientações necessárias sentiram-se mais inseguros frente ao processo de amamentação e, consequentemente, excluídos desse processo, ocorrendo um distanciamento, seguido de pouca participação no período de aleitamento e, por vezes, sentimento de abandono.

Relativamente às medidas de suporte emocional à puérpera por parte do pai, Alves *et al.* (2010) revelam a importância que tem o fornecimento de informação ao pai ao nível

do seu principal papel no apoio e suporte emocional à mãe, para a ajudar a superar as crises e dificuldades que possam surgir durante o processo de amamentação. Desta forma, é dada a possibilidade de o pai se sentir integrado, participar ativamente no processo, o RN também é beneficiado pelas vantagens que o leite materno possui e, por último, há um favorecimento da vinculação da tríade. Acrescentam que quando se inicia e se estabelece a amamentação é essencial que o pai adote um papel de reforço positivo e apoio verbal através de elogios à mulher, pois *"(…) esta atitude positiva por vezes é suficiente para a mãe se sentir tranquila e facilitar o acto de mamar, visto que estimula o reflexo da oxitocina."* (idem, p.36). Também, Jeneral *et al.* (2015), constataram este facto no seu estudo, nomeadamente, quando verificaram que as medidas de participação mais frequentes, por parte do pai, foram ao nível do incentivo, apoio, atenção e mostras de carinho (verbal e não verbal) à puérpera com o objetivo de a ajudar a superar os obstáculos da amamentação. Por sua vez, Piazzalunga e Lamounier (2011) declaram, que iniciada a amamentação, é essencial que os pais reforcem o apoio verbal e os elogios à puérpera para garantir uma amamentação positiva. Por outro lado, os mesmos autores afirmam que com o aparecimento do conceito do "novo pai" é dada a oportunidade ao pai de expressar os seus sentimentos e emoções, participando ativamente no cuidado dos filhos, assumindo uma relação igualitária com a parceira.

Neste âmbito, em 1985, o Grupo Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno da Bahia criou um artigo onde declara os "Passos para a participação efetiva e afetiva do Pai no Aleitamento Materno", tendo sido revisto e atualizado por Carvalho (2010). Neste documento são enumerados dez passos que os pais deverão seguir, entre os quais se destaca o valor da presença do pai durante a amamentação, incentivando-o a realizar carícias e toques durante o ato de amamentar, como importantes fatores para a criação e manutenção do vínculo afetivo da tríade mãe-RN-pai (Carvalho M. R., Aleitamento.com, 2010).

No que concerne ao apoio e suporte na amamentação, segundo Alves *et al.* (2010) existem várias medidas que poderão ser realizadas pelo pai, nomeadamente estar junto da puérpera e do RN, ajudando-os a posicionarem-se corretamente para execução de uma "boa pega"; aproximar da puérpera os utensílios que possam ser necessários (almofada de amamentação, discos, fraldas, creme para a mama); colocar o RN a arrotar no final da mamada; ou o simples facto de estar perto da puérpera (se esta o desejar), ajuda-a a sentir-se mais segura e confiante. Lima *et al.* (2017) com o desenvolvimento do estudo, verificaram que os pais relataram a sua disposição e

vontade de ajudar a sua companheira no período da amamentação, sendo que as estratégias utilizadas se centraram na presença junto da companheira e a posicionar o RN nos braços da mãe para amamentar.

Quanto à interação do pai com o RN, e segundo P. H. Klaus e J. H. Klaus (2000), em todo o Mundo os pais abraçam, acariciam e embalam os seus filhos ao colo naturalmente, usando diversificados tipos de toque para os tranquilizar e, deste modo, tanto os pais, como os filhos sentem prazer com esta experiência. Este o investimento afetivo dos pais é fundamental para a qualidade dos cuidados e da interação com o RN e, por conseguinte, determinante no desenvolvimento e bem-estar do RN.

Matos, Magalhães, Féres-Carneiro e Machado (2017) realizaram um estudo onde se constata que os pais estão a afirmar-se, cada vez mais, em participar na gestação e no parto dos seus filhos e, que as trocas diárias entre pai e filho, desde o seu nascimento, facilitam a construção do vínculo pai-RN.

Balancho (2004) apoia-se em investigações anteriores para indicar que logo após o nascimento, a atividade calorosa e lúdica do pai como cuidador proporciona ao RN uma melhor regulação e controlo do comportamento e das emoções, ao mesmo tempo em que este põe em ação uma vasta gama de comportamentos (tais como, chorar, sorrir, seguir visualmente), que impulsionam a sua ligação com o pai.

3.3 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido

A excelência dos cuidados prestados é o principal objetivo do EESMO, sendo que ao longo de todo o seu percurso profissional tem como tarefa primordial, a atualização contínua de conhecimentos que, por sua vez, vai implicar uma evolução positiva nos padrões de qualidade da sua assistência.

Um dos alvos da sua intervenção é a família, esta é uma das unidades mais importantes da sociedade, na medida em que a maioria dos indivíduos tem mais contacto com esse grupo social, do que com qualquer outro. Desde modo, o EESMO assume junto da mãe/pai um papel de grande relevo e importância, na medida em que

as suas ações e intervenções têm um elevado impacto ao identificar a unidade familiar como seu foco de atendimento.

Neste sentido, os profissionais e as instituições de saúde assumem um papel fundamental desde assistência pré-concecional, pré-natal, TP e pós-natal, e concretamente na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, porque possuem a capacidade de desempenharem um papel de agentes facilitadores de uma vivência positiva do casal neste momento único das suas vidas.

Como descreve o Regulamento de Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da OE (2011), o potencial alvo dos cuidados do EESMO não se centraliza unicamente na mulher mas, também, no homem, convivente significativo, pai, embrião/feto/RN, casal, família e comunidade.

Carrascosa, Costa Júnior e Moraes (2005) afirmam que, o facto de as mães apresentarem défice de conhecimentos relativos à amamentação, influencia diretamente o tempo de amamentação dos seus bebés, podendo contribuir para a diminuição deste período ou mesmo levar ao desmame. Contudo, o conhecimento, por si só, não assegura as mudanças de comportamento relativas a esta prática, pelo que a intervenção dos profissionais, nomeadamente dos EESMO, é decisiva e fundamental para o estabelecimento e manutenção da amamentação, ou do seu abandono, dependendo da forma como é compreendida a informação transmitida. Por outro lado, o apoio de pessoas significativas mais especialmente a dos pais é fundamental para o sucesso do aleitamento materno.

A decisão de amamentar o RN, habitualmente, é tomada em fases iniciais da gravidez. Neste sentido, o EESMO, assume um importante papel na implementação de medidas de apoio, promoção e proteção do aleitamento materno, desde o início da gravidez até ao período pós-natal.

Leite, Barbosa, Olivindo e Ximenes (2016) realizaram um estudo que tinha por objetivo descrever e analisar a perceção das puérperas acerca do incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida pelos enfermeiros numa maternidade pública. Constataram no seu estudo que o enfermeiro é o principal elo de aproximação da mãe com filho pelo que este deve acolher e ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, sendo um bom ouvinte e promovendo uma relação de confiança com a mesma.

Para incentivar a amamentação torna-se necessário que o EESMO compreenda quais os fatores que influenciam a decisão da mulher/casal de amamentar ou não ou, mesmo, de desistir da amamentação após ter iniciado este processo. Neste sentido, as mulheres, tal como, os pais devem ter acesso a informações sobre o processo de amamentação, possíveis desconfortos, dificuldades de adaptação mãe-filho, vantagens nutricionais para o desenvolvimento da criança e que influencia diretamente o sucesso ou fracasso da amamentação.

Silveira, Barbosa e Vieira (2016) na sua investigação com o objetivo de identificar o grau de conhecimento e de participação dos pais relativamente ao processo de aleitamento materno, concluíram que um pai bem informado e participativo em relação à prática da amamentação, poderá ser um elemento ativo de apoio para diminuir o desmame precoce, pelo que a assistência educativa sobre o aleitamento materno, por profissionais de saúde, deve incluir e motivar o papel do pai a participar ativamente da amamentação.

Contudo, Matos *et al.* (2015) afirmam que a informação e/ou orientação por si só não são suficientes para que as mulheres tenham sucesso na sua experiência de amamentar, será necessário, também, dar condições corretas, utilizar estratégias de promoção e, por último, ver amamentar como uma ação prioritária para a melhoria da saúde das crianças e suas famílias. Ressaltam a necessidade do EESMO incluir o pai, orientando-o e encorajando-o a participar ativamente nas tarefas de apoio à mulher e cuidar do filho.

Na investigação realizada por deMontigny *et al.* (2017) constataram que o envolvimento destes pais era realizado a vários níveis, nomeadamente, ao nível do filho, do cônjuge e da família, favorecendo a vinculação entre ambos. Concluíram que deve existir uma maior atenção ao papel do pai na amamentação e, também, a necessidade de investigar a forma como os profissionais de saúde devem apoiar os pais na gestão deste papel pelos desafios que o mesmo implica.

Como foi possível verificar com os estudos, anteriormente relatados, a vinculação é vista como uma importante vantagem da amamentação e que, por sua vez, também se pode tornar num mecanismo contra o desmame precoce. Bowlby, citado por Montagner (1993), ao desenvolver a teoria da vinculação, refere que todo o comportamento do RN tem como consequência/função criar e manter a proximidade, o contacto com a mãe ou com a pessoa que a substitua. Por outro lado, Brazelton e Cramer (1989) afirmam que para este processo é muito importante a presença

permanente do pai desde a gravidez, pois esta presença é duplamente compensadora, reforçam os laços que os unem às mulheres e começam a saborear as alegrias da paternidade.

3.4 Metodologia da Intervenção

Com base nos pressupostos enunciados nos subcapítulos e reconhecendo-se a importância do papel do EESMO como promotor da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação procedeu-se à elaboração de objetivos e linhas orientadoras que visam o envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, através de uma intervenção adequada às necessidades específicas de cada pai.

3.4.1 Objetivos da intervenção

Perante o enquadramento teórico, a revisão bibliográfica efetuada anteriormente, e a finalidade da intervenção, foram traçados os seguintes objetivos:

- ✓ Objetivo Geral: Promover o envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN.
- ✓ Objetivos específicos:
    - Identificar o conhecimento do pai relativamente à sua participação no apoio e suporte à mãe na amamentação;
    - Conhecer a participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN;
    - Identificar os fatores facilitadores no apoio e suporte à mãe na amamentação na primeira hora de vida do RN;
    - Identificar constrangimentos/dificuldades no apoio e suporte à mãe na amamentação na primeira hora de vida do RN;
    - Compreender a perceção do pai sobre as práticas do EESMO promotoras à participação no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

3.4.2 Plano da Intervenção

De forma a definir criteriosamente a intervenção do EESMO no envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, foram delineadas em função dos objetivos definidos, linhas orientadoras para a prática de cuidados.

Com base nos objetivos definidos foi indispensável determinar o grupo de pais sujeitos à intervenção, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: pais primíparos; aceitação do pai em participar na intervenção; aceitação por parte da mãe do envolvimento do pai na amamentação durante a primeira hora de vida do RN; parto eutócico ou distócico por ventosa/fórceps das suas companheiras; que tivessem sido alvo da intervenção desde a admissão até ao momento do parto e em que as condições dos RN's de adaptação à vida extra uterina permitissem iniciar o processo de amamentação.

Durante a realização desta intervenção foram respeitadas as questões e os princípios éticos de não maleficência, respeito pela privacidade, consentimento informado, confidencialidade, anonimato e a possibilidade de desistir de participar sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem o abandono.

A intervenção do EESMO junto do pai desenvolveu-se em três momentos.

- <u>Primeiro Momento – Diagnóstico da Situação:</u>

A intervenção do EESMO iniciou-se no momento em que foi estabelecido o primeiro contacto com a parturiente e com pai, em qualquer um dos estadios do TP, no BP.

Neste primeiro momento, e após a apresentação do EESMO, foram explicados os objetivos da intervenção a realizar e foi sugerida a proposta de participação do pai, de forma livre, através do Consentimento Informado **(Apêndice A)**. Foi também realizado o diagnóstico de situação através de uma entrevista inicial **(Apêndice B),** tendo como objetivo identificar o conhecimento do pai relativamente às medidas de apoio e suporte à mãe na amamentação, apoio emocional e interação com o RN.

Face às necessidades identificadas nesta entrevista inicial foi realizado um momento de formação/informação com vista a preparar os pais, pois estes só exercem um papel

ativo na amamentação se estiverem motivados e possuírem conhecimentos para tal (Alves, Carreto, Freitas, Costa, & Ramos, 2010).

- Segundo Momento – Observação da participação do pai

Este segundo momento decorreu na primeira hora de vida do RN, durante o 1º momento de amamentação. Neste momento, realizou-se a observação da participação do pai, relativamente ao suporte emocional, medidas de apoio e suporte à mãe e interação com o RN. Esta observação teve como base uma grelha de observação **(Apêndice C)**, cuja finalidade foi analisar continuamente a participação do pai no apoio e suporte à mãe durante a primeira hora de vida do RN e, face a isso, determinar e adequar a necessidade de intervenção do EESMO. A participação do pai foi registada de acordo com a seguinte classificação: iniciativa própria, onde o pai participou sem a intervenção do EESMO; por incentivo do EESMO, quando o pai participou após intervenção do EESMO; e ausência de participação, se o pai não participou nem por iniciativa, nem após intervenção do EESMO.

- Terceiro Momento - Avaliação da Intervenção do EESMO

Este momento consistiu na aplicação de uma entrevista semiestruturada ao pai **(Apêndice B)**, executada entre as 48 e as 72 horas pós-parto, antes da alta da companheira, no internamento do Puerpério.

Esta entrevista teve como objetivo: conhecer a vivência do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN; identificar os fatores facilitadores e constrangimentos/dificuldades no apoio e suporte à amamentação na primeira hora de vida do RN; e compreender a perceção do pai sobre as práticas do EESMO promotoras à participação no apoio e suporte à sua companheira na amamentação na primeira hora de vida.

Esta entrevista foi realizada sem a presença da companheira de forma a promover a sua livre expressão acerca da experiência.

Ainda, antes da realização desta intervenção, tornou-se indispensável a obtenção do parecer favorável para a intervenção por parte da Comissão de Ética da ULSAM **(Anexo I)**.

3.4.3 Apresentação, análise e discussão dos resultados

Este subcapítulo é relativo a apresentação análise e discussão dos resultados obtidos com a execução da intervenção do EESMO. Assim, considerou-se pertinente iniciar este subcapítulo com a caraterização sociodemográfica dos pais que participaram na intervenção **(Tabela 1)**.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Pais

Pai	Idade	Localidade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Frequência no CPPP
P1	33	Ponde de Lima	Casado/União de Facto	Licenciatura	Engenheiro Informático	Sim
P2	62	Ponte de Lima	Casado/União de Facto	Licenciatura	Engenheiro Mecânico	Sim
P3	28	Barcelos	Casado/União de Facto	Licenciatura	Assistente Administrativo	Não
P4	29	Ponte de Lima	Casado/União de Facto	Ensino Básico	Motorista de Pesados	Não
P5	39	Forjães	Casado/União de Facto	Licenciatura	Empresário	Sim
P6	28	Ponte de Lima	Casado/União de Facto	Ensino Secundário	Técnico Informático	Não
P7	32	Caminha	Casado/União de Facto	Licenciatura	Engenheiro Informático	Não
P8	39	Viana do Castelo	Casado/União de Facto	Ensino Secundário	Bombeiro	Sim

Nesta intervenção, participaram oito pais, com idades compreendidas entre os 28 e os 62 anos, perfazendo a média de idade de cerca de 36 anos, casados ou em regime de união de fato com a puérpera e residentes no distrito de Viana do Castelo.

Quanto à escolaridade, um pai frequentou o ensino básico, dois pais o ensino secundário e cinco dos pais possuem uma licenciatura.

No âmbito da área profissional, e, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011), todos os pais entrevistados encontravam-se empregados: cinco pertenciam ao grupo de técnicos e profissões de nível intermédio, um ao grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança, e, por último, dois ao grupo de operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem.

Verifica-se, ainda, que quatro dos oito pais não frequentaram o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) pela impossibilidade de conciliação com o horário laboral.

Relativamente à observação da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, relativamente às medidas de suporte emocional, medidas de apoio e suporte na mamada e na interação com o RN, obtiveram-se os seguintes resultados **(Tabela 2)**.

Tabela 2 - Resultados da observação da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN		Número de participantes			
		Sim		**Não**	**Não se aplica**
		Iniciativa	**Incentivo**		
1.Suporte Emocional à Puérpera	1.1. Encorajou a puérpera através de reforços positivos verbais	2	4	2	
	1.2. Realizou toques de afeto/carinho à puérpera	5	3		
	1.3. Pronunciou palavras de carinho	6	2		
	1.4. Expressou emoções e sentimentos com a puérpera	6	2		
2.Apoio e Suporte na Amamentação	2.1. Ajudou a puérpera a posicionar-se corretamente	4	4		
	2.2. Ajudou a posicionar o RN corretamente	5	3		
	2.3. Auxiliou a puérpera na execução de uma boa pega	3	5		
3.Interação com o RN	3.1. Realizou toques de afeto/carinho ao RN	8			
	3.2. Pronunciou palavras de carinho	8			
	3.3. Identificou sinais de uma boa pega do RN	2	6		

Relativamente ao suporte emocional à mãe, os resultados mostram que a medida *encorajou a puérpera através de reforços positivos verbais*, foi realizada por seis dos pais, sendo que dois por iniciativa própria e quatro por incentivo do EESMO. A *realização de toques de afeto/carinho à puérpera* foi realizado pelos oito pais participantes, cinco dos pais, por iniciativa própria, e três dos pais através do incentivo. Quanto às medidas de *pronunciou palavras de carinho* e *expressou emoções e sentimentos com a puérpera*, foi efetuada pelos oito pais, sendo seis dos pais por iniciativa própria e dois deles por incentivo do EESMO.

Através dos resultados obtidos verificou-se que a maioria dos pais, por iniciativa ou por incentivo realizou medidas de suporte emocional à puérpera, à exceção de dois pais. No entanto, verifica-se que os pais reconheceram o suporte emocional, como um meio que poderiam utilizar durante o processo de amamentação, o que está em conformidade com Alves *et al.* (2010), quando, no seu estudo, verificaram que a oferta de suporte emocional à mãe durante o processo de amamentação, por parte do pai, poderá ter um impacto positivo, nomeadamente, no auxílio da superação de crises ou dificuldades que possam surgir durante este processo.

No âmbito das medidas de apoio e suporte na mamada, a medida *ajudou a puérpera a posicionar-se corretamente*, foi realizada por quatro dos pais por iniciativa e quatro por incentivo. Quanto à medida *ajudou a posicionar o RN corretamente* foi efetuado por iniciativa por cinco pais e três fizeram por incentivo. O estudo desenvolvido por Lima *et al.* (2017) revelou que um dos fatores facilitadores da participação do pai no processo de amamentação, foi o apoio fornecido à mãe, seguido da presença do pai junto da mãe durante a amamentação e a ajuda a posicionar o RN nos braços da mãe. Na medida *auxiliou a puérpera na execução de uma boa pega*, foi realizada por cinco dos pais por incentivo do EESMO e por três por iniciativa própria. Através destes resultados, verificamos que todos os pais reconheceram a importância do apoio e suporte à puérpera durante a amamentação, pois todos os pais envolvidos a executaram, ou por iniciativa própria, ou por incentivo. Alves *et al.* (2010) constataram o reconhecimento da importância do apoio e suporte à mãe durante a amamentação, uma vez que a mãe se encontra num momento bastante vulnerável e mais debilitada e, simultaneamente, contribuiu para a construção da identidade familiar e favorecimento da vinculação.

No que respeita à interação com o RN, para muitos pais, o momento da amamentação durante a primeira hora de vida do RN, pode representar a oportunidade de interagir pela primeira vez com o filho. No contacto com o RN, o pai toma consciência do seu

aspeto visual e apercebe-se das caraterísticas que o diferenciam, dando ênfase àquelas que consideram mais parecidas consigo próprio. Isso leva-o a percecionar o RN como se fosse perfeito e, surge um forte sentimento de atração por ele o que faz dispensar-lhe atenção e, vivenciar sentimentos de profunda autoestima e satisfação (Whaley & Wong, 1989). Os resultados obtidos vão ao encontro do que foi referido anteriormente, pois todos os pais participantes interagiram com o RN, por iniciativa própria, efetuaram *toques de afeto/carinho* e *pronunciaram palavras de carinho ao RN.* Os *sinais de uma boa pega do RN foram identificados por* dois dos pais por iniciativa e seis dos pais por incentivo.

Posteriormente, entre as 48 e as 72 horas pós-parto, antes da alta hospitalar da puérpera, foi realizada uma entrevista semiestruturada aos pais. Após a transcrição das mesmas, procedeu-se à análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos mesmos, segundo a metodologia de Bardin (1988).

Desta análise dos discursos emergiram três áreas temáticas **(Tabela 3)**:

- Vivências do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido;
- Constrangimentos/dificuldades do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido;
- Fatores facilitadores do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido.

Tabela 3 - Áreas temáticas e categorias emergentes da análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos pais

Área Temática	**Categoria**
Vivências do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido	Experiência Positiva
	Insegurança/Medo
	Falso conceito do envolvimento do pai na amamentação
	Satisfação pelo envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação
	Vinculação pai/RN/mãe
Constrangimentos/dificuldades do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido	Inexperiência
	Falta de Conhecimento
Fatores facilitadores do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido	Informação Recebida
	Aplicação da informação/teoria na prática
	Apoio do EESMO
	Oportunidade de participar na intervenção

Da primeira área temática, correspondente às vivências do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN emergiram cinco categorias relacionadas com a experiência positiva, insegurança/medo, falsa conceção da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação, satisfação pelo envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação e a vinculação pai/RN/mãe.

Cinco dos oito pais participantes relataram esta medida de apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN como uma *experiência positiva,* como se verifica:

"*Adorei participar, acho que todos os pais deviam ter esta possibilidade, pois iriam ter uma visão bem diferente sobre o dar de mamar e com certeza teriam, e também uma melhor relação entre pai, mãe e bebé, porque todos passamos pela mesma situação e podemos ajudar-nos uns aos outros."* (P1).

"Foi algo fantástico!! Quem diria que a esta idade iria passar por algo tão belo como foi este momento!! (…) E foi algo mágico! Depois da doutora ter acabado de coser a minha mulher finalmente chegou o momento por mim tão esperado!" (P2).

Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Jeneral *et al*. (2015), onde os pais relatam o seu papel no processo de amamentação como uma experiência positiva e agradável nas suas vidas.

No âmbito do aflorar de sentimentos de *insegurança/medo*, seis dos oito participantes relataram estes sentimentos nos seus discursos, que se transcreve:

"*Depois quando chegou o momento, ao inicio senti-me um pouco incapaz e inseguro (…)* (P7).

"*Uma pessoa com o medo e a ansiedade, sente-se inseguro! Olhe parece que acabávamos por esquecer tudo o que aprendemos nas aulas de preparação para o parto."* (P8).

À semelhança dos sentimentos vividos pelas mães durante o processo de amamentação, também, os pais participantes nesta intervenção, vivenciaram momentos de insegurança e medo. Tal como referem Capucho, Forechi, Lima, Massaroni e Primo (2017) os sentimentos como o medo, a insegurança e a ansiedade

fazem parte do processo de amamentação e estão no quotidiano da vida das mães que amamentam, assim, é fundamental, acreditar na capacidade de amamentar e sentirem-se seguras para o sucesso deste processo.

Outra categoria que emergiu no discurso dos pais envolvidos foi a *falso conceito do envolvimento do pai na amamentação*, onde cinco dos oito pais relataram:

> "*Eu pensar que dar de mamar era uma coisa das mulheres e que o homem não participava."* (P3).

> "*Eu sempre pensei que dar de mamar era algo exclusivo das mulheres, mas afinal estava muito enganado (…)" "Os homens podem ter um papel bastante ativo neste processo! Muito mais ativo ainda no período logo após o nascimento!"* (P5).

Como se pode constatar, o papel do pai tem mudado ao longo dos tempos e como Piazzalunga e Lamounier (2011) afirmam, que esta atitude está a possibilitar a transformação das relações sociais de género e a criação de um vínculo afetivo desde a gestação. Para além disso, o pai, como elemento ativo no processo de amamentação, permite que este se sinta mais presente junto do filho, afastando gradualmente o modelo anterior da paternidade, o da rigidez e do distanciamento, onde a figura paterna se limitava a exercer de chefe de família, atribuindo-se a responsabilidade do parto e do cuidar do filho à mãe (Costa, 2007).

Seis dos oito pais envolvidos relataram nos seus discursos a *satisfação pelo envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação*, nomeadamente:

> *"Mas afinal estava bem enganado! Nós podemos fazer muito! E eu senti-me tão bem por o fazer!! Ter logo a possibilidade de tocar no meu pequeno e ajudá-lo… Ah!! E o mais importante! Posso me gabar que a primeira mamada que ele fez, foi com a ajuda do pai!!" "Porque a minha mulher estava cheia de medo que são sabia se ia conseguir, e com toda a informação que me deram neste hospital, eu pude ajudar e tranquiliza-la (…)"* (P1).

> *"Nem sei se tenho palavras suficientes para descrever esse momento! (…) Se o nascimento dele já foi algo incrível para mim, por isso imagine o que foi para mim participar na primeira refeição do meu filho!"* (P5).

Através dos discursos proferidos pelos pais participantes, foi possível verificar que, para estes, acompanhar o processo de amamentação de um filho representou uma

experiência marcante nas suas vidas sobretudo pela vivência de estar junto da mãe e do filho e de poder acompanhar completamente o seu desenvolvimento, como constataram Jeneral *et al.* (2015), no seu estudo, cuja a satisfação dos pais no processo de amamentação se revelou o sentimento de maior destaque.

Finalmente, cinco dos oito pais evidenciaram nos seus discursos que o momento de amamentação possibilitou a *vinculação pai/RN/mãe*, como se pode verificar nos seguintes discursos:

> *"Por outro lado, também foi possível criar uma ligação muito forte com o D. desde o primeiro minuto, porque nem quando ele estava a mamar, eu deixava de fazer parte desse momento… Enfermeira, a amamentação fez que eu e a L. nos uníssemos ainda mais e onde integramos de uma forma linda o novo membro da família."* (P5).

> *"Sinceramente foi algo que me marcou muito e que me uniu de uma forma mais intensa ao meu filho e à minha esposa."* (P7).

Deste modo, foi possível verificar que os pais que participaram no processo de amamentação reconheceram o benefício desta prática no processo estabelecimento e reforço do vínculo como o RN ou mesmo o favorecimento da vinculação da tríade. Esta ligação, criada entre a tríade, também, foi apontada pelos pais no estudo desenvolvido por Matos *et al.* (2015) e, Piazzalunga e Lamounier (2011), considerando importante o seu apoio à mãe e, destacando a importância e a necessidade da criação de um vínculo pai-mãe-filho. Hockenberry (2006) aponta a necessidade de envolver os pais durante o processo de amamentação, na medida em que, ao encorajar os pais em relação ao seu importante papel de auxílio à mãe durante a amamentação, contribui-se, simultaneamente, para a diminuição do sentimento de isolamento/inutilidade e para a beneficiação da interação entre mãe-filho-pai, promovendo a vinculação.

Na segunda área temática relativa aos <u>constrangimentos/dificuldades do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN</u>, emergiram duas categorias, nomeadamente a *inexperiência* e a *falta de conhecimentos*.

Relativamente à categoria da *Inexperiência*, quatro dos oito pais relataram a falta de experiência como um constrangimento/dificuldade no seu processo de envolvimento no apoio e suporte à mãe durante a amamentação, conforme se pode verificar:

"*Porque ambos os pais estamos a passar por um momento marcante nas nossas vidas e em que nem um, nem outro tem experiência."* (P5).

"*Foi um momento muito intenso… é tudo novo… é primeira vez que somos pais."* "*É tudo novo para nós…"* (P8).

Nos discursos proferidos pelos pais participantes, constata-se que a inexperiência, também, constitui um importante constrangimento/dificuldade o que, também, acontece nas mulheres que amamentam. Carvalho, Bica e Moura (2007) referem que a experiência é um forte fator que afeta a sucesso da amamentação, sendo que as mães inexperientes apresentam maiores dificuldades em compreender o processo de amamentação. Por outro lado, Oliveira, Iocca, Carrijo e Garcia (2015) afirmam que a inexperiência das mulheres, associada a um déficit de informação relativamente à amamentação, pode estar relacionada direta ou indiretamente à insegurança materna em adotar o leite materno como o único alimento do seu filho.

À semelhança do que se passa na mulher a *falta de conhecimentos* constituiu outra dificuldade apontada por quatro pais:

"*Porque eu de leite, mamadas, pegas…não fazia a mínima ideia do que isso era."*

"Olhe foi como lhe disse há pouco eu não sabia nada destas coisas, porque a P. ia às aulas no Centro de Saúde, mas eu tinha de ir trabalhar." "(…) porque como já disse, eu não sabia de nada disto." (P3).

"É que eu não sabia nada sobre a amamentação, nada de nada mesmo, só sabia alguns dos benefícios e que o leite da mãe seria o melhor leite para o meu filho." "(…) que eu não sabia nada destas coisas." (P7).

Jeneral *et al.* (2015) constataram, no seu estudo, que os pais que não receberam orientação/informação sobre o processo de amamentação sentiram-se mais inseguros e, consequentemente, excluídos desse momento, ocorrendo um distanciamento, seguido de uma reduzida participação e, por vezes, sentimento de abandono. Por outro lado, Piazzalunga e Lamounier (2011) referem que apesar de os pais, muitas vezes, demonstrarem interesse e disposição em ajudar a mãe, no início da amamentação, a falta ou o pouco conhecimento sobre aspetos práticos da amamentação pode influenciar a decisão do casal em continuar, ou não, a amamentar o seu filho.

A última área temática relativa aos fatores facilitadores do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, emergiram as categorias: *a informação recebida, aplicação da informação/teoria na prática, o apoio do EESMO, e, por último, a oportunidade de participar na intervenção.*

A *informação recebida*, foi um fator favorecedor relatado por cinco dos oito pais, como se verifica nos seguintes relatos:

> "*Foram todos! Mas principalmente a enfermeira, porque no informou muito bem sobre a amamentação e fez algo que nunca nos tinham dito ou explicado, como é que eu poderia participar (…)"* (P2).

> *"Recebemos alguma informação nas aulas de preparação para o parto e aqui no hospital vinda da enfermeira."* "*Os recursos que mais me ajudaram foram os daqui do hospital, desde toda a informação que a enfermeira nos deu, a falar connosco, a ver o que sabíamos, a dar a informação que não tínhamos, mais os "folhetos" que nos deram (…)* (P5).

A maioria dos pais participantes salientaram a importância da informação recebida para o seu envolvimento no apoio e suporte à amamentação durante a primeira hora de vida do RN, corroborado por Alves *et al.* (2010), quando referem que o pai deve esclarecer as suas dúvidas, informar-se sobre os benefícios da amamentação, predispor-se a apoiar e ajudar a mãe de forma a superar as crises que poderão surgir durante a amamentação.

Outro fator favorecedor, destacado pelos pais, foi o momento em que esta informação foi fornecida e a sua aplicação na prática, mencionado por três dos oito pais. Manifestaram a importância do fornecimento de conhecimentos relativos à amamentação e ao apoio e suporte do pai à mãe, nos momentos que antecedem o parto e, revelaram os benefícios que esta intervenção exerce no seu envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN. Segundo estes pais, tornou-se mais fácil o seu envolvimento/participação no processo de amamentação, pois receberam a informação necessária momentos antes de a colocarem em prática, dispondo, assim, de todos os conteúdos teóricos mais presentes. Como se pode verificar nos seguintes discursos:

"(…) *porque sem ver uma situação real, uma pessoa não sabe nada, foi como eu disse no inicio, a teoria é muito bonita, mas a prática não tem nada a ver."* "*Eu tinha feito curso de preparação com a L., mas não tem nada a ver com o que se faz aqui no hospital, a informação é dada de uma forma que nos facilita bastante aprendê-la e também, porque é aplicada passado pouco tempo e a informação está muito mais "fresquinha" no nosso cérebro!"* (P5).

"*Depois de decidir participar na intervenção da enfermeira, recebi muita informação e na altura mais indicada, porque uma horinha depois pude pô-la em prática."* (P6).

O *Apoio do EESMO* foi referido pela totalidade dos pais, como um dos fatores favorecedores para envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, o que se verifica nos seguintes discursos:

"*Eu não sabia nada de nada sobre leite e dar de mamar, sem esta informação e ajuda eu teria ficado a um lado sem me meter neste assunto (…)"* "*E depois a enfermeira também me ajudou a mim e à S. a dar de mamar ao bebé."* "*A enfermeira é que nos ajudou."* (P4).

"(…) *mas para mim a o recurso mais importante foi o apoio da enfermeira na amamentação após o parto que nos ajudou a colocar o D. à mama e finalmente percebemos como se coloca um bebé à mama e como é mamar bem (…)"* "*A enfermeira explicou-me muita coisa que o pai pode fazer e que ajuda muito a mãe logo após o nascimento."* (P5).

Para além do apoio do EESMO, a *oportunidade de participar na intervenção* foi revelada por quatro dos oito pais, e um dos pais manifesta a elevada importância que esta intervenção teve na sua forma de vivenciar e, consequentemente, participar no processo de amamentação. Esta intervenção produziu tanto impacto, que este afirma que a mesma deveria ser realizada a todos os pais, conforme se transcreve:

"*Esta intervenção foi muito importante, porque se a enfermeira não tivesse me ensinado e mostrado o que eu poderia fazer neste momento, este momento seria algo mais entre a minha mulher e a enfermeira, ficando eu um pouco à parte."* "*Muito positivo. Deviam fazer esta intervenção a todos os casais no meu ver."* (P2).

Esta satisfação por participar na intervenção é destacada por outro pai, sobretudo pelo facto de poder apoiar a mãe durante a amamentação pois, caso contrário, sentir-se-ia um elemento deslocado e sem capacidade de ajudar a puérpera nesse processo. Tal como refere:

> *"Faço um balanço muito positivo. Nem consigo imaginar como estaria neste momento senão tivesse feito parte desta intervenção. Muito provavelmente, quando a minha mulher estivesse a dar de mamar, eu sentir-me-ia como uma carta fora do baralho e não saberia que fazer para ajudar."* (P7).

Para *Jeneral et al.* (2015) o apoio do enfermeiro, em conjunto com a equipa multidisciplinar, é essencial desde o pré-natal até ao puerpério, favorecendo a adesão ao aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e, consequente, diminuição da incidência precoce do desmame. Capucho *et al.* (2017) destacam a importância que tem o apoio familiar e dos profissionais de saúde durante a amamentação, no sentido de ressignificar os medos e os anseios em relação à amamentação, que poderão afetar de tal forma, levando à depressão ou a tristeza pós-parto, fatores estes que interferem negativamente neste processo. Os mesmos autores acreditam que este apoio poderá romper essa fase e proporcionar uma vivência plena deste momento, tão importe nas suas vidas.

3.4.4 Conclusões

A amamentação constitui um processo na transição para a parentalidade que exige um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que se relacionam com o seu sucesso.

Durante o processo de transição para a parentalidade, a amamentação pode ser considerada como um evento crítico que, segundo Canaval, Jaramillo, Rosero e Valencia (2007), para ser superado deverá incorporar conhecimentos teóricos e a aquisição de competências práticas com o objetivo de atingir a mestria e a integração fluida da identidade, defendidas por Meleis (2010).

Após o desenvolvimento da intervenção promotora da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, pode

concluiu-se que as medidas executadas pelos pais participantes e, que necessitaram de menor intervenção/incentivo do EESMO, foram relativas à realização de toques de afeto/carinho, pronunciação de palavras de carinho, partilha de emoções e sentimentos, realização de toques de afeto/carinho e pronunciação de palavras de carinho ao RN. As medidas executadas que originaram maior intervenção/incentivo do EESMO foram as relativas ao encorajamento da puérpera através de reforços positivos verbais, ao auxílio da execução de uma boa pega, tal como a identificação dos sinais de boa pega do RN.

A interação com o RN foi, de todas as intervenções do pai, a que revelou uma participação mais ativa, através de iniciativa própria pelos oito pais envolvidos, nomeadamente, no que respeita à pronunciação de palavras de carinho e à realização de toques de afeto/carinho ao RN.

Os pais participantes nesta intervenção expressaram a sua vivência no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida como uma participação satisfatória e que representou uma experiência positiva em suas vidas.

Para o pai participante, o EESMO constitui-se um profissional essencial para que a sua participação fosse mais ativa, valorizando a informação recebida, a oportunidade de aplicação da teoria na prática e, sobretudo, o seu apoio no processo de amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

Através desta intervenção, também se tornou possível que os pais envolvidos constatassem e desmistificassem o falso conceito relativamente ao seu envolvimento na amamentação. Estes pais possuíam uma ideia pré-concebida ao seu papel na amamentação. No entanto, através da participação nesta intervenção, constataram que podem ser ativos, participativos e relevantes na amamentação dos seus filhos.

Por outro lado, os pais destacaram a importância da sua participação na amamentação como um fator favorecedor do estabelecimento do vínculo precoce entre pai-RN, possibilitando, simultaneamente, o reforço da vinculação da tríade, mãe-RN-pai.

Os pais identificaram a inexperiência e a falta de conhecimentos como os constrangimentos/dificuldades sentidas durante o seu envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação.

Relativamente às limitações referentes à intervenção, estas prenderam-se com o curto tempo de contacto com os pais envolvidos durante o período de TP, e consequente, menor possibilidade na aplicação da ação de informação aos pais para colmatar dificuldades e consolidar a aprendizagem pelo pai. Por outro lado, e atendendo à carga emocional do momento, poderiam ter surgido outros fatores inibidores da participação do pai não contemplados como a presença do EESMO.

O curto período de TP, também constituiu uma limitação, pelo facto de não facultar o tempo suficiente para interagir com o pai e permitir que o mesmo participasse na intervenção. Acresce-se, ainda, as complicações maternas ou fetais que surgiram durante o TP, exigindo, por parte do EESMO, uma maior atenção e vigilância. Por último, os TP que terminaram em partos por via de cesariana, que impediram a observação do pai no apoio e suporte na amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

No âmbito da intervenção do EESMO, a limitação prendeu-se com a inexperiência durante a realização da entrevista semiestruturada aos pais envolvidos, no sentido de centrar os seus relatos para as áreas a aprofundar.

Em face aos resultados obtidos através do desenvolvimento desta intervenção, torna-se oportuno encontrar propostas de intervenção, no sentido de contribuir para a melhoria da prática de cuidados para obter uma participação ativa do pai. Neste sentido, parece relevante, que em contexto de formação, se dê um maior destaque à participação do pai ao longo do ciclo gravídico-puerperal, considerando-o um elemento importante e, igualmente, sujeito de cuidados na área de Saúde Sexual e Reprodutiva e produzir oportunidades para a preparação e treino de competências parentais e, especificamente, na área da amamentação, através da criação de CPPP dirigidos ao pai. Por último, a realização estudos que facilitem o aprofundamento do conhecimento científico nesta área.

Considerações Finais

O presente relatório remete para o ENP, que se realizou no HSL, em contexto de Consulta Externa de Obstetrícia, Internamento de Grávidas e BP. A necessidade de obtenção do número de experiências inscritas na diretiva pela comunidade económica europeia e pela OE, norteou a seleção dos locais de estágio. Durante o estágio, foi possível constatar a importância de relacionar a teoria e a prática, numa vertente motivacional e estimulante, enquadrando os paradigmas teóricos de Meleis (2010) e Horta (2005) para a prática de cuidados. É, de salientar, ainda, que a revisão bibliográfica, tal como a reflexão técnico-científica e relacional, ao longo do ENP, que contribuiu para uma prática mais sustentada.

Selecionou-se uma intervenção sistematizada centrada na participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, possibilitando o aprofundar competências a este nível e aprendizagens promotoras da valorização profissional e do bom desempenho, enquanto EESMO. Considera-se terem sido desenvolvidas competências científicas, técnicas, humanas, éticas, sociais e culturais, dando primazia a aspetos comunicacionais na relação estabelecida com a mulher/grávida/parturiente/puérpera, pai/convivente significativo, família e equipa de saúde multidisciplinar.

Perante a crescente exigência da grávida/parturiente/puérpera, pai/convivente significativo, RN e família relativamente aos cuidados que lhes são prestados, já não se deve considerar possível apenas a existência da díade mãe-RN, na medida em que cada vez mais, o pai tem um papel presente e ativo, reconhecendo-se a importância da sua participação para uma vivência mais benéfica na formação da tríade e transição para a parentalidade. Não obstante, segundo Alves *et al.* (2010) a presença do pai durante o processo de amamentação, oferecendo o seu apoio e suporte à mãe, facilita a superação de crises ou dificuldades que possam surgir, possibilitando que o pai se sinta integrado e participativo, e, simultaneamente, efetuar um fortalecimento da vinculação da tríade pai-RN-mãe.

Neste âmbito, o EESMO deve prestar cuidados especializados no sentido de promover a participação do pai na amamentação durante a primeira hora de vida do RN, pois encontra-se numa posição privilegiada para fazê-lo e, cada vez mais, o pai acompanha a parturiente durante o TP e pós-parto imediato. Contudo, é indispensável criar as condições necessárias, quer ao nível dos profissionais de saúde dos Cuidados

Hospitalares, quer dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a permitir a participação do pai, desde uma fase inicial, em todo o processo. Condições estas, que passam pela escolha do tipo de alimentação em conjunto com a mulher/grávida, aquisição de conhecimentos e técnica que o pai poderá utilizar no apoio e suporte à mãe durante o processo de amamentação.

Em síntese, a realização do ENP revelou-se uma experiência reveladora e enriquecedora, uma mais-valia no percurso académico e profissional, quer pelo desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e parto, quer pela pertinência da área de intervenção desenvolvida.

Através da execução deste relatório, foi possível efetuar uma reflexão e análise das competências adquiridas, das ações praticadas e ajustadas à evolução das necessidades da mulher/grávida/parturiente/puérpera, pai/convivente significativo e RN, dos programas de saúde, nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, da gestão e da investigação. A concretização deste exercício de reflexão despertou para a importância da investigação em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e, também, para a sua contribuição no norteamento e reinvenção da prática de cuidados, com base na evidência científica.

Referências Bibliográficas

Alves, A., Carreto, F., Freitas, S., Costa, F., & Ramos, A. (Outubro-Dezembro de 2010). A Representação do Papel do Pai no Aleitamento Materno. *Percursos, nº18*, 32-37. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9219/1/Revista%20Percursos%20n18_A%20representa%C3%A7%C3%A3o%20do%20papel%20do%20pai%20no%20aleitamento%20materno.pdf

Balancho, M. L. (2001). *O novo papel do pai na educação dos filhos: Co-parentalidade e diferenciação.* Lisboa: Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A Relação Mais Precoce.* Lisboa: Terramar.

Canaval, G. E., Jaramillo, C. D., Rosero, D. H., & Valencia, M. G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichán*, 8-24. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100002&lng=en&tlng=es

Capucho, L. B., Forechi, L., Lima, R. d., Massaroni, L., & Primo, C. C. (2017). Fatores que interferem na amamentação exclusiva. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, janeiro-março, 108-113.

Carrascosa, K. C., Costa Júnior, A. L., & Moraes, A. B. (2005). Factores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, 433-440.

Carvalho, C. M., Bica, O. S., & Moura, G. M. (2007). Breastfeeding consultancy at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA, 27*, 53-56.

Carvalho, M. R. (2010). *Aleitamento.com*. (M. R. Carvalho, Editor) Obtido em 16 de janeiro de 2018, de O preimeiro portal de aleitamento do mundo em português. Disponível em: http://www.aleitamento.com/cuidado-paterno/conteudo.asp?cod=540

Carvalho, M. R., & Tamez, R. N. (2002). *Amamentação - Bases Científicas para a Prática Profissional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica.* Lisboa: Colibri.

Costa, C. (2007). *Mestrado em Nutição Clínica - Representação do Papel do Pai no Aleitamento Materno.* Porto: Universidade do Porto.

Decreto-Lei n.º 9/2009 de 4 de março. (2009). *Diário da República, n.º 44 - I Série-A, 1466-153.* Lisboa: Assembleia da República.

deMontigny, F., Gervais, C., Larivière-Bastien, D., & St-Arneault, K. (2017). The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery*, pp. 6-12.

Direcção-Geral de Saúde. (2014). Relatório do Aleitamento Materno - Janeiro a Dezembro de 2013. *Observatório do Aleitamento Materno*.

Direcção-Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direcção-Geral de Saúde. (2017). *Direcção-Geral de Saúde*. Obetido em 10 de abril de 2017. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno.aspx

Ferraz, L., Oliveira, P. P., Antoniolli, M. A., Benedett, A., Bossetti, V., & Almeida, K. d. (2016). *Opinião de Mulheres Sobre a Participação do Pai no Aleitamento Materno.* Umuarama: Arquivo Ciências da Saúde UNIPAR.

Gangal, P., Bhagat, K., Prabhu, S., & Nair, R. (8 de Novembro de 2007). *Breast Crawl - Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl.* Mumbai, India: UNICEF. Obtido em 7 de fevereiro de 2018, de Breast Crawl. Disponível em: http://www.breastcrawl.org/pdf/breastcrawl.pdf

Gomes, M. L. (2010). *Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais.* Rio de Janeiro: Centro de estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal 4ª Edição.* Lisboa: LIDEL.

Hockenberry, M. J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Horta, W. d. (2005). *Processo de Enfermagem.* São Paulo: Câmara Brasileira do Livro.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Jeneral, R. B., Bellini, L. A., Duarte, C. R., & Duarte, M. F. (2015). Aleitamento Materno: Uma reflexão sobre o papel do pai. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 140-147.

Klaus, P. H., & Klaus, M. H. (2000). *Seu Surpreendente Recém-Nascido.* Porto Alegre: Artmed Editora.

Lamb, M. (1994). O papel do pai em mudança. *Análise psicológica.*, 19-32. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2706/1/1992_1_19.pdf

Leite, M. F., Barbosa, P. A., Olivindo, D. D., & Ximenes, V. d. (2016). Promoção do Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida do Recém-Nascido por Parte dos Profissionais da Enfermagem. *Arquivo de Ciências da Saúde UNIPAR, 20*, maio-agosto, 137-143. Disponível em: http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5386/3306

Lima, J. P., Cazola, L. H., & Pícoli, R. P. (2017). A Participação do Pai no Processo de Amamentação. *Cogitare Enfermagem*, janeiro-março,1-7.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição ed.). Loures, Lusodidacta.

Matos, M. G., Magalhães, A. S., Féres-Carneiro, T., & Machado, R. N. (2017). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF, 22*, maio-agosto, 261-271.

Matos, N. J., Oliveira, N. d., Coelho, M. M., Dodt, R. C., & Moura, D. (2015). Percepção e Apoio Dispensado pelo Pai na Manutenção do Aleitamento Materno . *Revista de Enfermagem UFPE*, 7819-7825.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation – specific Theories in Nursing Research and Practice.* New York: Springer Publishing Company.

Montagner, H. (1993). *A Vinculação - A Aurora da Ternura.* Lisboa: Instituto Piaget.

Néné, M., & Sequeira, C. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lisboa: LIDEL.

Norma nº 037/2011 de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013. (2011). *Realização de Exames Laboratoriais para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Oddy, W. H. (2013). Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*, 108-111.

Oliveira, C. S., Iocca, F. A., Carrijo, M. L., & Garcia, R. d. (2015). Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 16-23.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento nº 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.* Lisboa: Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Portuguesa.* Lisboa: Lusodidata.

Piazzalunga, C. d., & Lamounier, J. A. (2011). O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Revista Médica de Minas Gerais, 21(2)*, 133-141.

Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Afrontamento.

Silveira, F. J., Barbosa, J. C., & Vieira, V. A. (2016). Conhecimento dos pais sobre o processo de aleitamento materno de uma maternidade pública em Belo Horizonte, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 1-6. Obtido em 14 de Fevereiro de 2018, de www.rmmg.org/exportar-pdf/2084/e1803.pdf

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2013). *Missão, visão, valores da ULSAM*. Viana do Castelo: Autor.

UNICEF. (2017). *UNICEF*. Obtido 19 de junho de 2017 de UNICEF Portugal. Disponível em: http://www.unicef.pt/

Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1989). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Word Health Organization. (2017). Obtido em 15 de julho de 2017 de Infant and young child feedin. Disponível em: http://www.who.int

ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética da ULSAM

c

Autorização da Comissão de Ética da ULSAM

ULSAM UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 36/2017_ -CES	CHKS Pág. 1 de 1

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: _ **Assunto:** Envolvimento do Pai no apoio e suporte à amamentação durante a primeira hora de vida do recém nascido	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Cláudia Catarina Gomes Moreira Ribeiro Carvalho, Enfermeira, Aluna II Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Ginecologia/Obstetrícia da ESS Viana do Castelo..

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para realizar uma intervenção no Bloco de Partos do Serviço de Obstetrícia da ULSAM, que consistirá numa formação/informação aos pais, de modo a capacitá-los para participar no processo do aleitamento materno, incentivando-os a participar nesse processo logo durante a primeira hora de vida. Ainda no bloco de Partos será marcado um dia para a realização de uma entrevista que ocorrerá entre as 48 e as 72 horas após o parto.

2. Fundamentação

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida até aos seis meses, e suplementados com outros alimentos nutricionalmente adequados até aos dois anos ou mais de vida. Em Portugal, segundo os dados da DGS, de 2013, a amamentação é uma prática corrente á nascença (cerca de 98,57%), diminuindo para 35%, entre os quatro e os cinco meses e para 22,1% entre os cinco e os seis meses de vida (DGS 2014) .Sabendo da importância da amamentação nos primeiros seis meses de vida e sabendo que a presença do pai pode favorecer a prática do aleitamento materno, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros poderão investir nesta área, colocando o pai numa posição ativa, através das ações que o EESMOG poderá desenvolver no BP de modo a conseguir uma maior inclusão/envolvimento neste período.

3. Conclusão/parecer

O projeto está conforme as exigências do Mod. Q755. CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo á emissão de parecer favorável á sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Alda Felgueiras
Ratificado em reunião do dia	14-09-2017
Enviado parecer: ___/___/_____	

14/09/2017 O Presidente da CES _____

Cristina Roque
Diretora Clínica

29/09/2017

APÊNDICE A - Consentimento informado

Consentimento Informado

Exmo. Senhor:

Sou enfermeira e estou a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional pretendo efetuar uma intervenção no âmbito do envolvimento do pai no aleitamento materno durante a primeira hora de vida.

Assim, pretendo obter o seu consentimento para ser participante desta intervenção e posterior realização de entrevista para colheita de dados, de forma a concretizar os meus objetivos para esta etapa de desenvolvimento. Esta entrevista será gravada tendo em conta as normas de confidencialidade.

Saliento que este trabalho se refere **apenas ao seu envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido.** Ao responder às perguntas, faça-o com a maior honestidade possível e o mais próximo da realidade.

A informação gravada é de caráter confidencial, pelo que será assegurado a sua privacidade e proteção de dados. Os resultados obtidos, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2017

APÊNDICE B - Guião de Entrevista Semiestruturada

Guião de Entrevista Semiestruturada

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade (anos) _____

2. Localidade _____

3. Estado civil:
   - □ Casado/União de Facto
   - □ Solteiro
   - □ Divorciado
   - □ Viúvo

4. Escolaridade
   - □ Ensino Básico
   - □ Ensino Secundário
   - □ Licenciatura
   - □ Mestrado
   - □ Doutoramento

5. Profissão _____

6. Frequentou o curso de Preparação para o Parto e Parentalidade?

   - □ Sim
   - □ Não

GUIÃO ENTREVISTA INICIAL:

Objetivos	Questões
Identificar o conhecimento do pai relativamente à sua participação no apoio e suporte à mãe relativamente à amamentação.	O que sabe sobre aleitamento materno? Quais as medidas a tomar no apoio e suporte à mãe na amamentação (suporte emocional à puérpera, apoio e suporte na amamentação e interação com o RN)?

GUIÃO ENTREVISTA FINAL:

Objetivos	Questões
Conhecer a vivência do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN; Identificar constrangimentos/dificuldades no apoio e suporto à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN; Identificar fatores facilitadores no apoio e suporto à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN; Compreender a perceção do pai sobre as práticas do EESMO promotoras da sua participação no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN.	Descreva a sua experiência no apoio e suporte à mãe na amamentação do seu filho? Quais as dificuldades sentidas na participação e apoio e suporte ma amamentação? Quais os recursos que facilitaram no apoio e suporte à mãe na amamentação?

APÊNDICE C - Grelha de observação da participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Grelha de Observação da Participação do Pai no Apoio e Suporte à Mãe na Amamentação durante a Primeira Hora de Vida do Recém-nascido

Participação do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do RN		Número de participantes			
		Sim		Não	Não se aplica
		Iniciativa	Incentivo		
1. Suporte Emocional à Puérpera	1.1. Encorajou a puérpera através de reforços positivos verbais				
	1.2. Realizou toques de afeto/carinho à puérpera				
	1.3. Pronunciou palavras de carinho				
	1.4. Expressou emoções e sentimentos com a puérpera				
2. Apoio e Suporte na Amamentação	2.1. Ajudou a puérpera a posicionar-se corretamente				
	2.2. Ajudou a posicionar o RN corretamente				
	2.3. Auxiliou a puérpera na execução de uma boa pega				
3. Interação com o RN	3.1. Realizou toques de afeto/carinho ao RN				
	3.2. Pronunciou palavras de carinho				
	3.3. Identificou sinais de uma boa pega do RN				

APÊNDICE D - Quadro Matriz de Redução de Dados

Quadro Matriz de Redução de Dados

ÁREA TEMÁTICA	Categoria	Unidades de Análise
VIVÊNCIAS DO PAI NO APOIO E SUPORTE À MÃE NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO	**Experiência Positiva**	"*Adorei participar, acho que todos os pais deviam ter esta possibilidade, pois iriam ter uma visão bem diferente sobre o dar de mamar e com certeza teriam, e também uma melhor relação entre pai, mãe e bebé, porque todos passamos pela mesma situação e podemos ajudar-nos uns aos outros."* (P1). *"Foi algo fantástico!! Quem diria que a esta idade iria passar por algo tão belo como foi este momento!! (…) E foi algo mágico! Depois da doutora ter acabado de coser a minha mulher finalmente chegou o momento por mim tão esperado!"* (P2). *"Foi tudo tão intenso! Eu cheguei aqui nem saber se ia conseguir ver o parto da P. e olhe acabei por fazer parte de um momento mágico!!" "Por isso foi uma experiência muito boa e que mudou a minha perspetiva."* (P3). "*Foi um momento lindo!"* (P7). "*Senti-me como sendo uma parte importante daquele momento (…)"* (P8).
	Insegurança/Medo	"*Assim que eu vi que fazia aqueles movimentos com a boca e a mexer a bochecha, já me senti mais tranquilo."* (P2). *"Primeiro até tinha medo de lhe tocar, mas depois com a sua ajuda comecei a senti-me mais à vontade e mais confiante em mexer e tocá-lo."* (P3). "*Foi uma coisa que me custou muito, porque estou habituado a mexer em camiões e não numa coisinha tão pequena e frágil."* (P4). *"(…) mas sei-lhe dizer que no inicio estava cheio de medo."* (P6). "*Depois quando chegou o momento, ao inicio senti-me um pouco incapaz e inseguro (…)"* (P7). "*Uma pessoa com o medo e a ansiedade, sente-se inseguro! Olhe*

		parece que acabávamos por esquecer tudo o que aprendemos nas aulas de preparação para o parto." (P8).
	Falso conceito do envolvimento do pai na amamentação	*"(…) e também fazer parte de uma coisa que pensava que os homens não pintavam lá nada."* (P1). "*Eu pensar que dar de mamar era uma coisa das mulheres e que o homem não participava."* (P3). "(…) *porque nestas coisas, acho que as mulheres sabem mais."* (P4). "*Eu sempre pensei que dar de mamar era algo exclusivo das mulheres, mas afinal estava muito enganado (…)" "Os homens podem ter um papel bastante ativo neste processo! Muito mais ativo ainda no período logo após o nascimento!" "Como já lhe fui dizendo anteriormente, acho que o pai pode fazer muita coisa para apoiar a amamentação e muito mais logo nas primeiras horas após o nascimento, onde é tudo novo e ambos os pais se podem tornar no apoio um do outro."* (P5). "*Porque sempre me disseram que dar de mamar é um momento das mulheres com o seu filho e que os homens lá não pintam nada, só atrapalham"* (P6).
	Satisfação pelo envolvimento no apoio e suporte à mãe na amamentação	"*A vida é mesmo algo incrível! Foi um momento único! Esta era a nossa quinta gravidez…e o momento de vermos o nosso menino…e depois eu ter a oportunidade de ajudar a C. neste processo tão nosso. Eu ajudei a dar de mamar logo após o nascimento!!" "Mas afinal estava bem enganado! Nós podemos fazer muito! E eu senti-me tão bem por o fazer!! Ter logo a possibilidade de tocar no meu pequeno e ajudá-lo… Ah!! E o mais importante! Posso me gabar que a primeira mamada que ele fez, foi com a ajuda do pai!!" "Porque a minha mulher estava cheia de medo que são sabia se ia conseguir, e com toda a informação que me deram neste hospital, eu pude ajudar e tranquiliza-la (…)"* (P1). *"Assim tive a oportunidade de tranquilizar a minha mulher e viver este momento único a três."* "*Assim foi ótimo pude participar e dar a minha contribuição em todas as atividades do meu filho logo após o seu nascimento."* (P2). *"(…) e depois lá consegui ajudar a P. a colocar o pequeno à mama. E*

		olhe que correu muito bem…fizemos uma boa equipa." (P3). "*Assim, pude ajudar a S. a dar de mamar pela primeira vez e fazer parte daquele momento."* "*Tentei fazer o que a fazer o que a enfermeira me tinha explicado e ajudei a S. em tudo o que pude."* (P4). *"Nem sei se tenho palavras suficientes para descrever esse momento! (…) Se o nascimento dele já foi algo incrível para mim, por isso imagine o que foi para mim participar na primeira refeição do meu filho!"* (P5). *"Mas com a participação nesta intervenção, a enfermeira acabou-me por provar que aquilo que eu achava certo está completamente errado. Eu fiz parte de um momento fantástico do começo da nossa pequena família."* (P6).
	Vinculação pai/RN/mãe	*Foi um momento muito bonito e tão emocionante, que se eu acho que já estávamos muito unidos a ele quando estava na barriga, depois deste momento acho que ninguém nos separa!"* (P1). *"Por outro lado, também tive a oportunidade de me relacionar muito cedo com o meu filho e criei uma ligação muito forte com o meu D. algo incrível!"* (P2). *"Por outro lado, também foi possível criar uma ligação muito forte com o D. desde o primeiro minuto, porque nem quando ele estava a mamar, eu deixava de fazer parte desse momento… Enfermeira, a amamentação fez que eu e a L. nos uníssemos ainda mais e onde integramos de uma forma linda o novo membro da família."* (P5). *"Sinceramente foi algo que me marcou muito e que me uniu de uma forma mais intensa ao meu filho e à minha esposa."* (P7). *"E a ligação com o M. criou-se logo desde o inicio e acho que se assim não fosse não teria a mesma relação que tenho com ele agora! Muito bom e muito bonito!"* (P8).
CONSTRANGIMENTOS/DIFICULDADES DO PAI NO APOIO E SUPORTE À MÃE NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A	**Inexperiência**	"*Nunca convivi de perto com bebés e mulheres a dar de mamar*." "*Ela, que também pouco o nada sabe sobre dar de mamar, leite e essas coisas…somos pais pela primeira vez."* (P4). "*Porque ambos os pais estamos a passar por um momento marcante nas nossas vidas e em que nem um, nem outro tem experiência."* (P5).

PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO		"(…) *é primeira vez que sou pai, não tive irmão pequenos, também não tenho sobrinhos (…)"* (P6). "*Foi um momento muito intenso… é tudo novo… é primeira vez que somos pais."* "*É tudo novo para nós…"* (P8).
	Falta de Conhecimentos	"*Porque eu de leite, mamadas, pegas…não fazia a mínima ideia do que isso era." "Olhe foi como lhe disse há pouco eu não sabia nada destas coisas, porque a P. ia às aulas no Centro de Saúde, mas eu tinha de ir trabalhar." "(…) porque como já disse, eu não sabia de nada disto."* (P3). *"Enfermeira, como sabe, eu saber…não sabia nada de nada." "Como viu nem sabia as vantagens que o leite da mãe tem, tanto para o bebé, como para todos nós."* (P4). *"(…) e não fui às aulas de preparação para o parto, devido ao meu trabalho. Por isso enfermeira, vim para aqui mesmo a zeros! Não sabia nada de nada."* (P6). *"É que eu não sabia nada sobre a amamentação, nada de nada mesmo, só sabia alguns dos benefícios e que o leite da mãe seria o melhor leite para o meu filho." "(…) que eu não sabia nada destas coisas."* (P7).
FATORES FAVORECEDORES DA PARTICIPAÇÃO DO PAI NO APOIO E SUPORTE À MÃE NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO	**Informação Recebida**	"*Foram todos! Mas principalmente a enfermeira, porque no informou muito bem sobre a amamentação e fez algo que nunca nos tinham dito ou explicado, como é que eu poderia participar (…)"* (P2). "*Foi toda a informação que recebi sobre dar de mamar (…)."* (P3). "*Por isso sabendo o que sabia, dar-me esta informação foi muito bom."* "*Foi a informação que me foi dada tanto a mim, como depois deu à S."* (P4). *"Recebemos alguma informação nas aulas de preparação para o parto e aqui no hospital vinda da enfermeira."* "*Os recursos que mais me ajudaram foram os daqui do hospital, desde toda a informação que a enfermeira nos deu, a falar connosco, a ver o que sabíamos, a dar a informação que não tínhamos, mais os "folhetos" que nos deram (…)* (P5). "*Foi desde toda a informação que foi dada sobre o leite, amamentação (…)"* (P7).

	Aplicação da informação/teoria na prática	"(…) *porque sem ver uma situação real, uma pessoa não sabe nada, foi como eu disse no inicio, a teoria é muito bonita, mas a prática não tem nada a ver."* "*Eu tinha feito curso de preparação com a L., mas não tem nada a ver com o que se faz aqui no hospital, a informação é dada de uma forma que nos facilita bastante aprendê-la e também, porque é aplicada passado pouco tempo e a informação está muito mais "fresquinha" no nosso cérebro!"* (P5). "*Depois de decidir participar na intervenção da enfermeira, recebi muita informação e na altura mais indicada, porque uma horinha depois pude pô-la em prática."* (P6). *"Uma pessoa com o stress e a ansiedade, parece que acaba por esquecer tudo o que aprendeu nas aulas de preparação para o parto. Também eu ia para as aulas muito cansado…depois de do trabalho… E eu trabalho no Porto… É muito diferente receber essa informação aqui no hospital."* (P8).
	Apoio do EESMO	"*Mas claro que só o pude fazer porque a enfermeira me ajudou. Informou-me de muita coisa que eu podia fazer e não sabia, disse-me como o podia fazer, qual era a forma correta do bebé mamar, como o colocar à mama e muito mais."* (P1). *"E que a enfermeira tanto se esforçou por me preparar para este momento! Eu fui a aulas de preparação para o parto, mas tiveram nada a ver com a sua intervenção."* (P2). "*E depois todo o apoio que nos deu durante o tempo que tivemos na sala de partos (…) Fez questão de ver como o pequeno mamava, respondeu às nossas perguntas, tirou as dúvidas e deu-nos um apoio importantíssimo! Muito obrigado!"* "*Tudo graças a si!"* (P3). "*Eu não sabia nada de nada sobre leite e dar de mamar, sem esta informação e ajuda eu teria ficado a um lado sem me meter neste assunto (…)"* "*E depois a enfermeira também me ajudou a mim e à S. a dar de mamar ao bebé."* "*A enfermeira é que nos ajudou."* (P4). "(…) *mas para mim a o recurso mais importante foi o apoio da enfermeira na amamentação após o parto que nos ajudou a colocar o D. à mama e*

		finalmente percebemos como se coloca um bebé à mama e como é mamar bem (…)" "*A enfermeira explicou-me muita coisa que o pai pode fazer e que ajuda muito a mãe logo após o nascimento."* (P5). "*E depois foi, também todo o apoio que nos deu durante o tempo que tivemos no bloco de partos."* (P6). "*E também todo o apoio que nos deu durante o tempo que tivemos na sala de partos."* "*Bom…a enfermeira antes do parto tinha-me explicado tudo sobre a amamentação, o leite da mãe e como eu poderia fazer para ajudar a minha esposa nesse momento."* (P7). "*A enfermeira teve sempre connosco e foi um momento muito importante, porque a E. estava muito cansada e foi com a sua ajuda que consegui ajudar na amamentação do M."* (P8).
	Oportunidade de participar na intervenção	"*A intervenção que fez comigo teve a informação essencial, no momento certo e no local certo."* "*Esta intervenção foi muito importante, porque se a enfermeira não tivesse me ensinado e mostrado o que eu poderia fazer neste momento, este momento seria algo mais entre a minha mulher e a enfermeira, ficando eu um pouco à parte."* "*Muito positivo. Deviam fazer esta intervenção a todos os casais no meu ver."* (P2). "*Só podia ser positivo! Vou sair daqui um "expert" na matéria!"* (P3). "*Foi boa, senão não sabia nada do que sei agora e se calhar teríamos acabado por comprar uma lata de leite e um biberão ao sair daqui. Mas as coisas estão a correr muito bem e vamos continuar com a mama, pelo menos por algum tempo."* (P4). *"Muito positivo, adoramos! Principalmente a L., porque sem esta intervenção, muito provavelmente eu não a teria ajudado da mesma forma."* (P5). *"Faço um balanço muito positivo. Nem consigo imaginar como estaria neste momento senão tivesse feito parte desta intervenção. Muito provavelmente, quando a minha mulher estivesse a dar de mamar, eu sentir-me-ia como uma carta fora do baralho e não saberia que fazer para ajudar."* (P7).