



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS
NOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE
Contributo para o desempenho da paternidade

Autora

Maria João Mendes

Santarém, setembro 2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO E ESTÁGIO IV

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS

NOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Contributo para o desempenho da paternidade

Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de mestre na Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Autora
Maria João Mendes

ORIENTADORA
Mestre Hélia Dias

CO-ORIENTADORA
Mestre Conceição Santiago

Santarém, setembro 2014

“Tudo na vida do ser humano – momentos, práticas, estilos de vida e organização biológica, psicológica e funcional – se rege de modo pulsátil, pendular, entre o crescer e o “ser bebê”, a ousadia e a regressão, o assumir desafios e o fugir deles.”

(CORDEIRO, 2013)

AGRADECIMENTOS

Às Sras. Professoras orientadoras Mestre Hélia Dias e Mestre Conceição Santiago, que sempre acreditaram nas capacidades e competências para a realização deste projeto. Pelo seu incentivo e motivação na realização deste percurso por vezes atribulado e pelo encorajamento para ultrapassar os sucessivos obstáculos.

Aos serviços onde tiveram lugar os períodos de ensino clínico, com especial relevo para o Bloco Operatório de Obstetrícia pela colaboração de todos os profissionais que partilharam os seus saberes, se disponibilizaram e contribuíram para o sucesso deste percurso.

À Sra. Enfermeira Chefe Manuela Vieira, Coordenadora do serviço onde desempenho a minha atividade profissional, cuja compreensão e disponibilidade tornou exequível o projeto de Especialização e Mestrado.

Aos colegas de serviço pela sua compreensão e apoio nos momentos mais difíceis e pelo seu interesse pelo desenvolvimento deste documento.

À minha família, especialmente às minhas filhas Rita e Joana, pela sua tolerância, envolvimento e compreensão pelas minhas ausências e indisponibilidade nos momentos mais difíceis e que, por isso, me ajudaram a crescer como pessoa e como mãe.

Aos amigos especiais que acompanharam o desenvolvimento deste trabalho e que com as suas dicas, apontamentos e expectativas criadas, impulsionaram a sua finalização.

A todos o meu bem-haja.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BOO – Bloco Operatório de Obstetrícia

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPLESMO – Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CPP – Curso de Preparação para o Parto/Parentalidade

DGSS – Direção-Geral da Segurança Social

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IPS – Instituto Politécnico de Santarém

nº. – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

Pág. – página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PDF – Portable Document Format

RIE – Relatório Individual de Estágio

RN – Recém-Nascido

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

As alterações sociais, económicas e familiares, desenvolvem cada vez mais a expectativa de que o homem ao tornar-se pai, consiga satisfazer as necessidades dos seus filhos. Progressivamente tem assumido um papel mais interventivo na prestação de cuidados e educação dos descendentes.

Perante a vivência da gravidez, as grávidas/casais sentem a necessidade de se prepararem para o parto e para a parentalidade. A participação nos Cursos de Preparação para a Parentalidade, revela-se um recurso acessível, capaz de promover o nascimento dos novos pais, seguros, envolvidos e empenhados neste seu novo papel.

Empiricamente presume-se o impacto positivo da participação dos pais nos CPP, pelo que a sua observação em contexto de Bloco de Partos assim como a perceção das Enfermeiras ESMO dinamizadoras dos CPP, constituem um contributo da prática diária. A Revisão Sistemática da Literatura reforça este contributo, promovendo o contínuo desenvolvimento do conhecimento que sustenta a Prática Baseada na Evidência.

PALAVRAS-CHAVE: Curso de Preparação para a Parentalidade; Pai; Competências

ABSTRACT

The social, economic and family changes increasingly develop the expectation that a man as it becomes a father figure, must meet the needs of his children. This has gradually assumed a more active role in the care and education of offspring.

Given the experience of pregnancy, pregnant women/ couples feel the need to prepare for birth and parenthood. Participation in Preparing for Parenthood Courses proves to be a handy resource, able to promote the development of new parents who are safer, more engaged and more involved in their new role.

Empirically it is presumed a positive impact regarding parental involvement in the PPCs, so its observation in the context of delivery rooms as well as the perception of ESMO Nurses promoters of PPCs has a contribution for daily practice. A Systematic Literature Review reinforces this contribution, promoting the continuous development of knowledge that supports the practice based on evidence.

KEYWORDS: Prenatal Parenthood Education Classes; Father; Parent Skills

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	17
1 – ENQUADRAR A SITUAÇÃO PROBLEMA	21
2 – O NASCIMENTO NO SEIO DE UMA FAMÍLIA	27
3 – TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	31
3.1 – PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM PARA O DESEMPENHO DO PAPEL PARENTAL	36
4 - CONTRIBUTO DOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO/PARENTALIDADE	39
5 - METODOLOGIA	43
5.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	43
5.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS	47
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
7 – BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
ANEXO I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	61
ANEXO II – GRELHA TIPO DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS PAIS	63
ANEXO III – ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES DOS COMPORTAMENTOS DOS PAIS NO BOO	65
ANEXO IV – GUIÃO DE ENTREVISTAS	67
ANEXO V – MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	69
ANEXO VI - ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS	71
ANEXO VII – ARTIGOS SELECIONADOS	73
ANEXO VIII – FICHAS DE LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS	75

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Conteúdo das entrevistas	24
Quadro 2 – Processo de pesquisa com base na pergunta PI[C]O	44
Quadro 3 – Pesquisa por conjugação de descritores com friso cronológico	46

INTRODUÇÃO

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde, independentemente do tipo de necessidades é feito, frequentemente, através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Dada a transversalidade e abrangência deste nível de cuidados, o desenvolvimento de atividades neste contexto permite um desempenho profissional muito diversificado, assim como a prestação de cuidados nos mais diversos contextos económicos e sociais. É uma área de cuidados de enorme riqueza, pautando-se por cuidados muito diversos que procuram responder às necessidades dos indivíduos, família e comunidade.

Com vista à obtenção de ganhos em saúde e procurando responder de uma forma equitativa e eficaz às necessidades da população, os Governos têm procurado, sucessivamente, formas de fazer face a essas mesmas necessidades tendo, entre outras medidas, criado vários Programas Nacionais específicos, entre os quais o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, onde se insere a área de interesse deste documento, programa este que abrange as seguintes áreas: Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Diagnóstico Pré-Natal, Interrupção Voluntária da Gravidez e Procriação Medicamente Assistida. Na dinamização e implementação destes programas, são mobilizadas equipas multidisciplinares, onde o enfermeiro assume um papel de excelência, pois é ele o profissional que tem o privilégio de contactar com maior proximidade e acompanhar as famílias e os indivíduos nos vários estádios do ciclo vital, nomeadamente durante a gravidez.

Desenvolver atividades dentro de um campo tão sensível e específico como a saúde materna, leva inevitavelmente à definição de prioridades como seja a prestação de cuidados com uma qualidade crescente, tornando-se imprescindível o aumento de conhecimentos e de habilidades conducentes à aquisição progressiva de competências, com especial ênfase na área da Saúde Materna e Obstetrícia.

A atividade profissional em Cuidados de Saúde Primários, permite o contacto com grávidas/casais e, quando mantida ao longo dos anos, permite também perceber algumas mudanças sociais, concretamente no que respeita ao desempenho dos papéis de maternidade, paternidade e parentalidade, o que vai ao encontro de Mendes (2009) que refere que as mudanças sociais ocorridas nas últimas quatro décadas do século XX, tiveram importância na distribuição dos papéis e dos poderes entre os sexos. Este autor reforça ainda, que recentemente

se tem vindo a verificar uma aproximação dos papéis de género, evidenciando-se o surgimento de um pai mais envolvido e responsável tanto na gravidez e trabalho de parto como nos cuidados aos filhos.

O aprofundamento desta temática no contexto da área de Saúde Materna e Obstétrica torna-se entre outras uma necessidade na dimensão do profissional de enfermagem. A frequência do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CPLEESMO) surge como uma oportunidade para aprofundar conhecimentos nesta área, e em simultâneo, alcançar o cumprimento de objetivos pessoais e profissionais e, na sua sequência, a obtenção do grau de Mestre na mesma área.

No decorrer da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, teve lugar entre 22 de outubro de 2012 e 19 de abril de 2013, o período de ensino clínico integrado na Unidade Curricular (UC): Relatório e Estágio IV – “Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos”, no Bloco Operatório de Obstetrícia (BOO) de um Hospital de Apoio Perinatal.

Na sequência deste período de aprendizagem, foi elaborado um Relatório Individual de Estágio (RIE) com vista a responder aos objetivos definidos “Refletir sobre as atividades realizadas ao longo do estágio” e “Refletir sobre a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no contexto de Bloco Operatório de Obstetrícia”, o que se revelou um trabalho de inestimável riqueza, na medida em que motivou a procura constante de novas experiências, assim como, a manutenção de uma atenção e empenho imprescindível para a formação especializada. Os conhecimentos adquiridos e mobilizados durante os períodos de ensino teórico e de ensino clínico anteriores, influenciaram de forma inquestionável o presente relatório. A sua elaboração implica a mobilização e um domínio de conhecimento só possível de consolidar ao longo de um percurso de formação especializada, cuja última etapa se concretizou com o desenvolvimento do estágio IV.

Este estágio privilegiou, entre outras áreas, o acompanhamento de grávidas e parturientes assim como de pais desde o primeiro ao quarto estágio do trabalho de parto. Assim, ao longo do estágio, foi possível observar diversas situações que reforçam a perceção sobre a existência de mudanças individuais, familiares e sociais, no que respeita à forma como o pai se apresenta e se envolve durante todo o processo de gravidez, trabalho de parto e nascimento, situações estas, que foram registadas no RIE. Neste documento podem encontrar-se alguns apontamentos que denotam a preocupação e envolvência dos pais com as parturientes, através da aplicação de conhecimentos obtidos nas aulas dos Cursos de Preparação para a Parentalidade, do qual é exemplo na pág. 24, “Foi muito interessante observar como alguns dos acompanhantes

[pais] gostavam de aprender técnicas de controlo da dor através da massagem de conforto a aplicar na parturiente e verificarem os resultados positivos, para satisfação das mulheres.” Do mesmo modo a envolvimento, o cuidado e a dedicação ao Recém-Nascido também foram observadas e identificadas, deixando emergir a imagem da existência de novos pais, sobre os quais recaem grandes expectativas: “Algumas vezes consegui incentivar os pais a que fossem eles a dar o banho (sob supervisão), o que adoravam, verificando de seguida uma maior desenvoltura e disponibilidade para tocar e vestir o bebé (...).” (RIE, 2013: Pág. 48)

Com efeito, este relatório (RIE) procura evidenciar um olhar crítico e, simultaneamente, a fundamentação sobre os benefícios da presença e participação dos pais nos CPP, mobilizando as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO).

Para um desempenho organizado e com sucesso foi elaborado um Projeto Individual de Estágio (Anexo I) que serviu de fio condutor, tendo como base objetivos propostos (pessoais e académicos) e as respetivas atividades a desempenhar.

Esta metodologia permitiu refletir, concretamente, acerca da inquietação que foi ganhando forma ao longo da experiência profissional e académica, no contexto da formação especializada, estando relacionada com a importância da frequência dos pais no CPP, levantando-se a questão:

- Poderá haver alguma relação entre a frequência do Curso de Preparação para a Parentalidade pelos pais e a capacidade/vontade de prestar cuidados ao Recém-Nascido nos primeiros dias de vida?

Com vista a direcionar a atenção para esta temática, foi definido no Projeto Individual de Estágio o Objetivo 11 – ***Avaliar o impacto do CPP na postura e desempenho dos pais no desempenho das competências parentais após o parto.***

Fundamentando, a definição deste objetivo teve por base a experiência profissional com o acompanhamento/vigilância de mulheres/casais grávidos e a dinamização de cursos de “Preparação para o Parto” e, posteriormente, de “Preparação para o Parto/ Parentalidade” e, ainda, o contacto com parturientes e pais em contexto de Bloco Operatório de Obstetrícia.

Na sequência do período de ensino clínico no BOO, surgiu a elaboração deste relatório com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Mulher e Obstetrícia, sendo definidos como objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da Prática Baseada na Evidência;
- Identificar o conhecimento mais atualizado sobre a temática emergente da área do conhecimento especializado em ESMO;

- Responder à questão levantada tendo por base o conhecimento científico mais atualizado.

Para o desenvolvimento deste relatório utilizou-se uma metodologia faseada que consiste na articulação de diferentes abordagens da temática. Na primeira etapa de análise da temática observou-se o comportamento dos pais que participaram nos CPP, em contexto de Bloco de Partos. Posteriormente, dada a existência de um hiato de tempo entre a observação e a elaboração deste relatório, considerou-se pertinente e necessário tomar conhecimento acerca da percepção das Enfermeiras ESMO dinamizadoras de CPP, tendo-se realizado cinco entrevistas e respetiva análise temática.

Sendo a paternidade um acontecimento de relevo na vida do indivíduo, procurou-se fazer a análise do processo de transição para esta condição, explorando-se o conceito à luz do Modelo Teórico de Meleis – Transições.

Com o intuito de dar consistência às respostas surgidas com a questão inicial, optou-se pela realização de Revisão Sistemática da Literatura, tendo em vista a procura do conhecimento científico mais atual que leve ao desenvolvimento das atividades profissionais conducentes à satisfação das necessidades dos novos pais, através de uma Prática Baseada na Evidência.

Este documento encontra-se organizado em cinco capítulos, cuja sequência procura estruturar o pensamento, num percurso lógico, que se inicia com o enquadramento da situação e o levantamento da questão inicial, seguindo-se a exploração sobre a parentalidade e paternidade e o contributo que os Cursos de Preparação para a Parentalidade podem dar neste processo de transição. A sustentação da temática em análise é apresentada no último capítulo, onde se revela a metodologia utilizada na procura do conhecimento mais atualizado.

1 – ENQUADRAR A SITUAÇÃO PROBLEMA

De um modo geral, a prática profissional proporciona vivências que podem tornar-se uma mais-valia, pelo contacto e proximidade com áreas de interesse, conduzindo a reflexões e despertando inquietações em diversos temas, que urge explorar através da reflexão, na e sobre a prática.

Como profissional, com cerca de duas décadas de experiência em cuidados de saúde primários, desenvolvendo atividades de enfermeira generalista na promoção e vigilância de saúde materna, e com cerca de catorze anos na dinamização de Cursos de Preparação para o Parto/Parentalidade, é expectável que exista uma sensibilidade especial para as temáticas relacionadas com a gravidez e toda a sua envolvência. Esta sensibilidade desperta os sentidos, promovendo um interesse cada vez maior do profissional que procura rentabilizar todas e cada uma das oportunidades para aprofundamento de conhecimentos e aquisição de competências que vão surgindo, nomeadamente ao longo dos vários períodos de ensino clínico proporcionados pelo CMESMO.

Dentro destes dois contextos, profissional e académico, surgiram gradualmente diferentes constatações indutoras de muitos momentos de reflexão.

A forma como os pais se relacionam com os filhos constituiu, desde sempre, um tema de interesse. As mudanças políticas, económicas e sociais dos últimos anos têm levado a que os indivíduos tenham que se ajustar às novas realidades, implicando inevitavelmente a necessidade de adaptação e reajuste no desempenho dos diversos papéis, isto é, o reajuste do tradicionalmente desempenhado ao atualmente atribuído. A participação cada vez mais assídua dos pais nos CPP é uma constatação percecionada ao longo dos últimos anos de prática clínica. Este facto parece ser resultante de uma sociedade em franca mudança que acaba por exercer pressões sociais e familiares, que exigem e criam no homem atual a necessidade de se envolver em todo o processo de gravidez, trabalho de parto e parto e, ainda, de ser capaz de prestar cuidados aos seus filhos Recém-Nascidos.

Numa sociedade, em que tradicionalmente este papel era exclusivo da mulher e em que as famílias alargadas são cada vez menos frequentes, situação esta que tem contribuído para a escassez dos modelos de exemplo/aprendizagem, torna-se fundamental que sejam criadas estratégias que apoiem estes homens que se preparam para ser pais. Analisar o impacto que a

participação nas aulas dos CPP tem nos pais para os motivar e capacitar para a prestação de cuidados ao Recém-Nascido, parece ser pertinente na medida em que, com os resultados obtidos, se poderá validar a pertinência de incentivar os pais a frequentar estes cursos e aferir as temáticas mais pertinentes a abordar.

A prestação de cuidados no Bloco Operatório de Obstetrícia revelou-se uma experiência ímpar pela multiplicidade de situações surgidas, pondo à prova todas as competências pessoais e profissionais do EESMO. Ao longo do estágio IV foram desenvolvidas diferentes atividades que permitiram ter um olhar especializado sobre a forma como os pais se relacionavam com as grávidas, com as parturientes, com o feto e com o Recém-Nascido.

A esmagadora maioria das parturientes que deu entrada no serviço (no período de ensino clínico em causa), esteve acompanhada pelos companheiros durante o trabalho de parto. No parto, a presença foi menos assídua, relacionando-se esta ausência sobretudo por condicionantes do próprio parto, em que se considerou que seria mais benéfico para a mulher e para o casal que o companheiro ficasse fora da sala durante o tempo necessário, até que se reunissem as condições necessárias para que a sua presença fosse benéfica para o casal e para a família (incluindo o Recém-Nascido).

Verificou-se em muitos momentos, uma grande preocupação, disponibilidade e uma grande envolvimento do pai com a parturiente, com o feto e depois com o Recém-Nascido, especialmente nos casos em que este teve a oportunidade de participar no Curso de Preparação para o Parto/Parentalidade. No RIE (2013, pág.12) pode ler-se o seguinte trecho ilustrativo destas considerações (neste caso, em relação a um casal separado na sua conjugalidade, mas que manteve presente as suas responsabilidades relativamente à parentalidade):

“Durante o parto a mulher decidiu permitir/solicitar a presença do ex-marido e quando a bebé nasceu foram várias as manifestações de carinho, observando-se e sentindo-se “no ar” um carinho e uma sinceridade nem sempre vista entre os casais, neste momento tão especial. Este pai teve sempre um papel ativo desde a gravidez tendo frequentado algumas aulas do Curso de Preparação para o Parto e participado com empenho nos cuidados à RN.”

Existem outros apontamentos que poderiam ser realçados, como por exemplo (pág. 48): “Era muito curioso ver o interesse dos pais quando despertados para as competências do RN e o orgulho e emoção com que segurando no colo contavam à mãe todas as descobertas.”

Estes comportamentos podem ser vistos como diferentes dos do homem dito tradicional. Cordeiro, M. (2013) refere que não existem muitos estudos relacionados com a paternidade e a masculinidade, pelo que parece ser pertinente estudar e observar os novos pais no sentido de os compreender e apoiar. Para a exploração desta temática, foram realizados momentos de

observação de alguns pais pela primeira vez (que participaram em sessões do Curso de Preparação para a Parentalidade), em contexto de Bloco de Partos logo após o nascimento dos seus filhos. Estas observações procuraram ter em conta a sua atitude e o seu desempenho relativamente à prestação de cuidados ao Recém-Nascido. Com o intuito de facilitar um olhar organizado sobre o comportamento dos pais que participaram nos CPP, relativamente à parturiente mas com especial ênfase no Recém-Nascido, foi elaborada uma grelha tipo, (Anexo II) onde constam alguns pontos-chave ou cruciais a valorizar, relacionados com o comportamento do pai na relação com o Recém-Nascido e com a mãe.

Pela análise sumária das cinco observações realizadas e registadas (Anexo III), pôde verificar-se que os pais frequentaram entre 3 a 5 aulas do CPP, o que pode à partida revelar interesse e envolvimento em todo o processo de paternidade desde a gravidez, tendo em conta que a legislação só permite a dispensa laboral do pai por três momentos, para acompanhar a grávida na vigilância da gravidez, à qual as aulas de CPP estão equiparadas. Se um pai está envolvido, tem necessariamente que fazer a gestão da sua atividade profissional com o acompanhamento da grávida, o que poderá nem sempre ser tarefa fácil.

Quanto ao acompanhamento, todos os pais estiveram presentes durante o trabalho de parto, sendo que apenas um não esteve durante o parto. Em comum, pode verificar-se que mesmo sendo pais pela primeira vez, todos tiveram comportamentos ou manifestações que denotam o seu envolvimento com a mãe e a sua disponibilidade para cuidar do Recém-Nascido, demonstrando interesse em tocar o bebé e prestar os primeiros cuidados, querendo e conseguindo fazer o banho, vestir e pegar no colo. Também foi interessante verificar a necessidade em partilharem com a mãe o momento dos cuidados ao bebé, ansiando por estarem juntos, como se de uma celebração se tratasse, o que não deixa de ser verdade, pois é um momento especial, o culminar do primeiro capítulo de um projeto pessoal, individual e conjugal.

Devido a constrangimentos de vária ordem, surgiu um hiato de tempo ocorrido desde a realização do estágio IV, as observações realizadas e a elaboração deste relatório. Este facto revelou-se como um acontecimento positivo, no sentido em que proporcionou a possibilidade de uma reflexão mais demorada, considerando que o material existente para trabalhar seria insuficiente. Tendo em conta que já se tinha procurado conhecer o impacto da participação dos pais nos cursos, através da observação do seu desempenho, era agora possível colher material, numa outra perspetiva, reforçando a anterior, assim como reforçar o enquadramento da situação problema.

A opção passou pelo desenvolvimento de entrevistas com enfermeiras ESMO dinamizadoras de CPP que contemplassem/privilegiassem a presença dos pais nas suas aulas. A

opção por estas profissionais teve como fundamento o facto de conjugarem duas vertentes: a) dinamizarem as sessões e b) poderem emitir as suas opiniões tendo por base as suas próprias observações, com a mais-valia de terem o ‘feed-back’ após o nascimento dos bebés das mães/casais nos contactos realizados durante o puerpério, nas consultas de enfermagem ao Recém-Nascido, ou em momentos informais que os casais fazem questão de realizar, como por exemplo ao visitarem as enfermeiras para apresentar o novo membro da família, aproveitando o momento para partilhar as suas experiências relacionadas com o parto, com o regresso a casa e com a parentalidade.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um guião orientador (Anexo IV), com questões que procuraram confirmar a disponibilidade para a presença e o incentivo aos pais para a sua participação nos cursos. Por outro lado, considerou-se importante, perceber como se processa a adesão dos pais e qual o impacto da sua presença relativamente à sua envolvimento, ou seja, à disponibilidade e à aquisição de competências/habilidades para cuidarem dos seus filhos Recém-Nascidos.

As cinco entrevistas foram realizadas no período de 18 a 22 de julho de 2014.

Com o fim de analisar o conteúdo das entrevistas foi construída uma matriz de análise (Anexo V) e posteriormente feita a análise dos dados (Anexo VI).

Pela análise das Unidades de Registo foram identificados dois temas e cinco subtemas, conforme pode ver-se no Quadro seguinte:

Quadro 1 – Conteúdo das entrevistas

TEMA	SUB TEMA
PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NOS CPP	Importância atribuída pelos profissionais acerca da presença dos pais nas sessões teóricas e práticas nos CPP
	Presença dos pais nos CPP
	Temáticas das sessões nos CPP
IMPACTO NOS PAIS PELA FREQUÊNCIA NOS CPP	Disponibilidade para cuidar do Recém-Nascido
	Competências para cuidar do Recém-Nascido

Com a interpretação das entrevistas, a preocupação em envolver os pais no processo de gravidez, trabalho de parto e parto e responsabilidades parentais/paternais sobressai como um ponto comum. Existe um grande empenho em incentivar os pais a participar nos CPP, utilizando-se diversas estratégias que vão desde sensibilizar para a necessidade/vantagem de frequentarem as aulas, a quase “impor” a obrigatoriedade da sua presença, agendar antecipadamente as

sessões em que consideram mais importante a sua presença ou planejar as aulas para horário pós laboral. Parece existir o consenso de que a maior parte dos pais considera importante o seu envolvimento, não podendo ou não conseguindo contudo corresponder, devido a constrangimentos maioritariamente relacionados com questões laborais como as distâncias, os horários e o limite legal de três dispensas para acompanhar a grávida. Por vezes, também parece haver constrangimentos familiares relacionados com a necessidade de ficarem a cuidar de outros filhos enquanto a grávida está nas aulas de CPP.

As sessões disponibilizadas têm componentes teóricos e práticos incidindo sobre diferentes temas como: Sexualidade na Gravidez; Trabalho de Parto e Parto; O Acompanhante no Bloco de Partos; Depressão Pós-parto; Regresso a Casa com o Bebê; Amamentação; Cuidados ao Recém-Nascido, entre outros. Verifica-se uma grande abrangência de temas, que procuram ir ao encontro das necessidades não só da grávida mas também do pai. Desta forma, é incrementada a relação do casal, promovendo um ambiente de segurança precursor da autoconfiança dos pais e do bom desenvolvimento da criança.

Em síntese, as mudanças sociais e económicas das últimas décadas têm levado a que as famílias procurem adaptar-se às novas condições. As famílias alargadas são cada vez menos frequentes e com a mulher a integrar o mercado de trabalho em grande escala e muitas vezes como suporte económico da família, tem levado a que o homem partilhe cada vez mais as tarefas que antes eram atribuídas exclusivamente à mulher, como são exemplo as tarefas domésticas e os cuidados e educação dos filhos.

O homem tem sido progressivamente envolvido em todo o processo de parentalidade/paternidade desde a gravidez ao parto e depois nos cuidados aos filhos. Os Programas Governamentais, têm procurado também promover a parentalidade e a paternidade responsável, através de compensações pecuniárias e de dispensas laborais para acompanhamento e cuidados aos filhos. No entanto, as alterações sociais e as alterações das dinâmicas familiares tradicionais, fazem com que o homem sinta necessidade de encontrar estratégias que o apoiem na transição deste novo papel de pai, como por exemplo a frequência dos CPP.

Empiricamente existe a perceção de que os pais estão mais participativos nas aulas de preparação para o parto/parentalidade, não conseguindo estar em todas as aulas por constrangimentos de vários tipos, precisa optar pelas sessões em que é possível estar e que são especialmente referenciadas pelas enfermeiras dinamizadoras dos CPP.

Com as observações feitas ao comportamento dos pais em contexto do Bloco de Partos relativamente aos cuidados que prestam aos Recém-Nascidos e com a perceção das enfermeiras

entrevistadas, parece existir uma relação positiva entre a participação dos pais nos CPP e a sua capacitação para prestar cuidados ao Recém-Nascido.

Perante esta contextualização, é pertinente que a temática seja vista e fundamentada numa lógica de Prática Baseada na Evidência, através da procura dos três pilares teóricos fundamentais: Aulas de Preparação para a Parentalidade; Transição para a Paternidade e Competências Paternais.

2 – O NASCIMENTO NO SEIO DE UMA FAMILIA

A família é uma das unidades fundamentais da sociedade, que influencia e é influenciada por indivíduos e outras instituições sociais. Williams (1999), refere que a família é a principal responsável pela introdução e socialização de todos os indivíduos, pela transmissão de antecedentes culturais fundamentais a cada membro.

De acordo com este autor, as famílias têm várias funções necessárias para o bem-estar dos seus membros e divide essas funções em cinco áreas fundamentais: biológica (reprodução, cuidar e educar as crianças, alimentação, manutenção da saúde e lazer), económica (recursos económicos para executar as outras funções, gerir orçamentos familiares e assegurar estabilidade financeira da família), educativa (ensino de tarefas, de atitudes e conhecimentos relacionados com as outras funções), psicológica (providenciar um ambiente promotor do desenvolvimento saudável da personalidade e da capacidade de estabelecer relacionamentos com pessoas exteriores ao círculo familiar; exige que exista estabilidade emocional, laços de afeto, apoio mútuo para tolerar o stress e lidar com as crises) e sociocultural (transmissão de valores relacionados com o comportamento, tradição, linguagem, religião e atitudes socio morais).

Dentro de cada família, cada elemento tem um ou mais papéis a desempenhar, como mulher, esposa e mãe e homem, marido e pai, procurando manter o equilíbrio e a estabilidade dentro do grupo. Na sociedade portuguesa, até há pouco tempo e de acordo com Cordeiro, M. (2013), esperava-se que homens e mulheres desempenhassem papéis bem diferentes, cabendo genericamente à mulher cuidar dos filhos e da casa e aos homens prover o sustento, pelo que ao longo dos tempos e nos diversos contextos socioculturais, a gravidez, o parto e o exercício da maternidade têm sido considerados como assuntos exclusivos da mulher. Na verdade, uma realidade que tem vindo a alterar-se.

Reportando às sociedades ocidentais (onde se enquadra a sociedade portuguesa), Slepovj (2000) refere que por influências de diversa ordem, a industrialização e urbanização provocaram alterações radicais quer na estrutura quer nas funções da família, assim como no desempenho dos diferentes papéis de cada elemento. Estas alterações são verificadas a nível individual mas também nos grupos, nomeadamente nas famílias e nas suas dinâmicas.

Evidenciam-se ainda as limitações e as implicações da mudança do modelo familiar dominante de *família alargada* (constituída por pais, filhos, avós, primos, etc.) tradicional, que

progressivamente foi dando lugar à *família nuclear* – (constituída apenas pelos pais e pelos filhos) como resultado de vários fatores:

- mobilizações sociais, geográficas e profissionais (Cordeiro, J. D., 1994; Slepj, 2000);
- influência das correntes feministas, com a entrada da mulher para o mercado do trabalho;
- elevação das condições económicas das populações, onde a educação e a profissionalização são projetos que acompanham o desenvolvimento dos jovens, independentemente do género;
- e ainda, com certa relevância, a influência que a evolução tecnológica e científica e políticas de saúde têm provocado nas práticas ligadas à gravidez, ao parto e à maternidade assim como nas funções parentais (Slepj, 2000; Canavarro e Pedrosa, 2005).

O nascimento de um filho constitui uma alteração fundamental na estrutura e dinâmica relacional da família, especialmente quando se trata do primeiro filho. Neste caso, manifestam-se marcadas mudanças na vida pessoal, familiar e social, alterando definitivamente os equilíbrios anteriormente existentes, quer na condição individual de mulher e de homem, quer na conjugalidade, bem como nos diferentes papéis sociais até então desempenhados, conforme Colman e Colman (1994) e Relvas (1996) citados por Canavarro e Pedrosa (2005).

Com efeito, de acordo com estes autores o nascimento de uma criança representa um acontecimento significativo no seio familiar pois ativa um processo irreversível, influenciando decisivamente a identidade, funções e papéis dos pais, assim como de toda a família. A gravidez e o nascimento de uma criança, marcam no sistema familiar um momento de stress que conforme a capacidade de adaptação pode converter-se num momento de crise (vista como uma mudança de hábitos).

Independentemente dos motivos que originam as situações de crise, as famílias no seu conjunto e os seus membros individualmente, precisam mobilizar estratégias que procurem manter ou restabelecer o equilíbrio. Aguilera (1994) referido por Williams (1999), afirma que existem três áreas que permitem a manutenção desse equilíbrio:

- perceção do acontecimento desencadeador da crise;
- mecanismos de coping;
- sistemas de suporte.

Relativamente aos sistemas de suporte, Williams (1999) caracteriza-os como sendo a rede da qual os indivíduos/família recorrem para receberem apoio nos momentos de crise, como a própria família, amigos ou outros significantes. Quando este sistema não é suficiente, os profissionais de saúde poderão ser procurados e solicitados a intervir.

No que respeita à maternidade, Williams (1999) considera que os enfermeiros ESMO sendo detentores de competências que lhe permitem, entre outras, conhecer as dinâmicas facilitadoras de resolução da crise, se encontram em posição privilegiada para providenciar ajuda durante o ciclo da maternidade, sob a forma de ensino e aconselhamento ou promovendo o envolvimento dos indivíduos na aprendizagem de procedimentos que possam ser oferecidos por outros departamentos.

3 – TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Nas sociedades contemporâneas, as famílias numerosas e a proximidade física entre gerações são cada vez menos frequentes, não sendo raro, que o primeiro contacto que homens e mulheres têm com crianças seja com os seus próprios filhos, e os conhecimentos que possuem são meramente teóricos provenientes de leituras, filmes ou de episódios que ouvem narrar.

Ser mãe e/ou ser pai implica o desempenho de um novo papel, para o qual se deve estar preparado, ou seja é necessário que aconteça o que se denomina por Transição para a Parentalidade.

Surgem aqui dois conceitos importantes e distintos “parentalidade” e “transição”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011) define como Parentalidade:

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 inadequados.

Para Bayle (2005: Pág. 322), parentalidade define-se como “um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s) (...)”. Atualmente, com os avanços tecnológicos e as adaptações sociais, contrastando com a realidade de algumas décadas atrás, a parentalidade não é o resultado meramente reprodutivo ou de descendência biológica, podendo ser adquirida também através da adoção ou por técnicas artificiais de concepção. Pode-se assim entender que a parentalidade assume dois âmbitos, o de função e o de estado.

Bayle (2005: Pág. 322) entende a função de parentalidade como algo externo e delegável enquanto o estado é algo interior, individual como “a pele psíquica de cada um (...)” que é preciso assumir para o sucesso do desempenho deste papel. É necessário que haja uma adaptação que pode nem sempre ser fácil, embora na maioria das vezes a parentalidade seja um projeto pessoal e do casal com motivações conscientes e inconscientes, que tiveram origem desde a infância dos próprios progenitores.

No entanto, as capacidades de maternidade ou de paternidade não são inatas, são antes o resultado de uma aprendizagem, inevitavelmente influenciadora da adaptação à parentalidade que a CIPE (2011) descreve como:

Adaptação à Parentalidade: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.

Na verdade, esta adaptação só é conseguida com um processo de transição, que devido à sua complexidade tem sido alvo de atenção das ciências sociais, da psicologia e de enfermagem, entre outras.

Segundo Kralick, Visentin e van Loon (2006) o termo “transição” tem sido utilizado de várias maneiras de acordo com a literatura de diversas disciplinas como a musicologia, história, metalurgia, geografia, antropologia ou ciências e saúde, em discussões tão distintas que vão desde as mudanças a nível molecular, a mudanças pessoais e desenvolvimentais, até a países em transição.

De acordo com a Academia de Ciências de Lisboa (2001), o termo Transição deriva do latim *transitio* e significa “Passagem ou mudança de um local, estado, sentimento, assunto... para outro; acto ou efeito de transitar.”

Ao centrar a sua atenção na tríade seres humanos, ambiente e saúde, a enfermagem legitima o seu interesse no estudo do conceito de transição na medida em que este faz parte dos conceitos necessários para os padrões intrincados do conhecimento em enfermagem. Nas teorias desenvolvimentais, nas teorias de stress e adaptação, a transição é um conceito familiar, acomodando tanto a continuidade como a descontinuidade nos processos de vida dos seres humanos (Chick e Meleis, 1986).

Para Meleis et al (2000), o processo de transição surge com as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos. São períodos de tempo situados entre momentos de estabilidade. A transição é a chave para a interpretação das interações entre as pessoas e o ambiente, em termos reais e potenciais dos seus efeitos sobre a saúde (Chick e Meleis, 1986).

Segundo Meleis et al (2000), durante o processo de transição as pessoas ficam vulneráveis aos riscos, o que por sua vez pode afetar a saúde. As transições são um resultado de mudanças na vida e que em simultâneo provocam outras mudanças na vida. De acordo com estes autores, conforme os diferentes tipos de transições assim o nível de vulnerabilidade. Assim, consideram que as transições que podem tornar os indivíduos mais vulneráveis estão relacionadas com as experiências: de doença (diagnóstico, cirurgias, reabilitação e recuperação); de transição de

tempo de vida (gravidez, nascimento de uma criança, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte) e as transições socioculturais (migração, reforma e prestação de cuidados à família).

A transição pode entender-se como uma passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro. Envolve elementos de processo (fases e frequência), intervalo de tempo (como um fenómeno contínuo e delimitado) e percepção (significado atribuído pela pessoa que vive o processo) (Chick e Meleis, 1986). Deste modo e sem exceção, a transição para a parentalidade engloba todos estes elementos, sendo um processo muito dinâmico e exigente, abrangendo inúmeras dimensões, desde mais restritas, como as pessoais, conjugais e familiares às mais alargadas, como as profissionais e sociais.

Segundo Gomez (2005), na conceção psicanalítica, embora o desejo de ser pai comece na infância, é na idade adulta que se concretiza, respondendo a motivos narcisistas como o desejo de ser completo, o desejo de imortalidade, de realização de ideias e de oportunidades perdidas, o desejo de ser igual ao pai ou de superá-lo ou de marcar a sua masculinidade, entre outras. Assim, conforme refere Gomez (2005) citando Colman e Colman (1994) a preparação para a concretização da paternidade requer uma grande preparação psicológica, sobretudo durante o período da gravidez. Esta preparação acontece num processo muito semelhante em ambas as vivências, materna e paterna, plena de momentos de expansão e regressão, com aspetos conscientes e inconscientes acabando por resultar numa redefinição de papéis e ainda numa integração maturacional.

Cordeiro, M. (2013: Pág. 181) refere-se ao sucesso da paternidade e da relação do casal ao dizer que “Tudo correrá bem (...) ou terá mais tendência para correr bem se o casal, designadamente o pai, estiver bem preparado e organizado para a revolução que vai ocorrer na sua vida (...).”

As transições pelas quais os indivíduos passam, são complexas e multidimensionais, sendo frequente que em cada situação aconteça em simultâneo mais do que uma transição.

Para Cordeiro M. (2013) existem quatro transições emocionais que o homem tem que vivenciar na passagem de homem para pai:

- Entender a relação com o seu próprio pai e resolver conflitos ou mal entendidos existentes na relação;
- Identificar se os desafios, confusão e emoções da gravidez e do nascimento se apresentam como uma forma de ficar mais rígido ou mais flexível na forma de ser homem;

- Avaliar a sua capacidade de ser dependente de outros e permitir a outros serem dependentes de si;
- Saber até quanto será capaz de se filiar com novos grupos (grupos de pais, escolares, ou outros) e passar de uma vida mais isolada para uma vida mais comunitária, com a envolvimento de crianças e respectivas famílias.

Para este autor, fazer estas transições mesmo que com imperfeições pode ser a condição determinante para um homem se sentir feliz e realizado com a paternidade.

Em suma, o homem confronta-se com múltiplas transições, ao integrar e assumir várias mudanças de papéis como seja a passagem de filho para pai, de aumento da responsabilidade perante a relação de casal, perante a família e a sociedade. É essencial que para ser bem-sucedido o homem se sinta capaz de enfrentar todas as mudanças associadas à transição. Além de se confrontar com os outros confronta-se também consigo mesmo: “(...) aspeto que tem de ser resolvido na cabeça dos futuros pais (ou presentes pais se considerarmos que estão grávidos) é o confronto entre os pais que sentem ir ser e os pais que pensaram que viriam a ser.” (Cordeiro, M., 2013: Pág. 178).

Meleis et al, (2000) identificou várias propriedades das transições, onde se incluem:

- Consciência (o indivíduo tem de ter consciência das mudanças que estão a acontecer);
- Compromisso (grau de envolvimento da pessoa no processo de mudança);
- Mudança e diferença (transição significa o acontecimento de mudança e a interiorização das diferenças resultantes);
- Tempo (o processo de transição acontece ao longo do tempo, sendo por vezes difícil estabelecer o ponto final);
- Pontos críticos e acontecimentos (situações ou momentos determinantes para o início do processo de transição, frequentemente associados às mudanças ou diferenças. Podem traduzir-se em momentos de muita vulnerabilidade. Pontos críticos finais podem determinar o início da estabilização de novas rotinas, competências, estilos de vida e atividades de autocuidado).

Salmela-Aro et al (2000), citados por Canavarro e Pedrosa (2005), referem que os indivíduos que já vivenciaram a experiência da parentalidade, uma ou mais vezes, sofrem menos alterações no estilo de vida e identidade pessoal do que os que são pais pela primeira vez, onde naturalmente emergem as angústias, os medos e as inseguranças, provocadas pelo desconhecimento da experiência. No entanto, Kreppner (1995) referenciado por Gomez (2005) fez notar que, perante o nascimento de um segundo filho, existem mais exigências no

desempenho do papel do pai pois terá que apoiar mais a companheira e tornar-se como que cúmplice do primeiro filho.

Na verdade, confrontamo-nos atualmente com diversas sociedades que impelem e incentivam o homem a ser mais ativo e envolvido ao longo de todo o processo de parentalidade, adquirindo competências e adaptando-se ao seu futuro papel de pai ao acompanhar o período gestacional e o parto e depois, participando nos cuidados ao seu filho e desenvolvendo uma relação parental harmoniosa e gratificante.

A consciencialização sobre a complexidade do processo de transição tem vindo a ser cada vez mais comum, verificando-se uma preocupação tendencialmente crescente no incentivo e suporte dos indivíduos.

Em Portugal, as questões relacionadas com o apoio à parentalidade têm sido nos últimos anos alvo de atenção governamental, pelo que a legislação atual portuguesa confere proteção e prevê condições para que os pais possam ter um papel mais importante e mais ativo no exercício das suas funções paternas.

O XVII Governo Constitucional reconhece no seu programa, o contributo imprescindível das famílias para a coesão, equilíbrio social e desenvolvimento do País, com o Dec. Lei nº 91/2009. Conforme referido neste Dec. Lei, a proteção da parentalidade constitui-se como um direito constitucionalmente reconhecido, pelo que a Segurança Social tem um papel interventivo através da atribuição de subsídios pecuniários, visando a substituição dos vencimentos perdidos por força de incapacidade ou indisponibilidade para o exercício profissional por motivo de maternidade, paternidade e adoção.

Passou a dar-se uma especial atenção às diversas condições e características de cada família, possibilitando ao pai o gozo de um período obrigatório após o nascimento do filho e um outro que pode ser seguido ou interpolado. E ainda, a partilha da licença parental consoante a necessidade e a decisão de ambos os progenitores, sem contudo descurar a proteção da mãe, mantendo a obrigatoriedade de esta usufruir de seis semanas após o parto.

As alterações ao Código de Trabalho especificamente no Título II – Contrato de Trabalho, Capítulo – Disposições gerais, Secção – Contrato de trabalho, vieram também conferir apoios nesta temática, concretamente no que respeita às dispensas, da grávida e do pai para amamentação ou aleitação e para as consultas pré-natais, em que neste âmbito se prevê o direito do pai a ter dispensa por três vezes para acompanhamento da mulher às consultas.

Noutras dimensões, também se têm vindo a difundir, cada vez mais, os apoios sociais e recursos comunitários públicos e privados para a preparação para a parentalidade, como é o caso do Curso de Preparação para a Parentalidade desenvolvidos concretamente nas Unidades de

Cuidados na Comunidade (UCC) e Hospitais, gratuitos, dinamizados por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica e complementados por outros técnicos, e os cursos de preparação para o parto dinamizados no sector privado.

3.1 – PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM PARA O DESEMPENHO DO PAPEL PARENTAL

Os percursos de vida são recheados de fases, etapas e momentos mais ou menos marcantes, de acordo com a forma como são vivenciados. O nascimento de um filho é reconhecidamente um acontecimento importante e influenciador do desenvolvimento da mulher ao longo do seu percurso de vida, não sendo menos importante para o pai, especialmente quando se trata do seu primeiro filho.

O estudo da importância do papel parental tem sido muito frequente nas últimas décadas, tentando evidenciar a sua importância. Progressivamente tem surgido a noção de que os papéis parentais não têm vinculação estrita ao género dos progenitores, mas sim à influência social e cultural de cada contexto (Mendes, 2009). Com efeito, de acordo com Canavarro e Pedrosa (2005), o pai tem sido ao longo dos tempos o “progenitor esquecido”, remetendo-se a valorização do seu papel para o suporte económico, excluindo-se as suas necessidades de adaptação psicológica ao papel de pai e de competências para a educação e cuidados à criança. A noção de que o pai teria que se adaptar somente ao aumento da responsabilidade relativa ao suporte económico da família tem vindo a esbater-se e a ser alvo de novas consciencializações, interiorizando-se a existência de um processo de transição muito mais abrangente e complexo.

As mudanças e adaptações inerentes a esta nova fase do ciclo de vida do homem implicam necessariamente, a aquisição de competências e de conhecimentos que permitam o estabelecimento de uma relação entre pai e criança, que responda à satisfação das necessidades de ambos.

Ao longo da gravidez, assumir o papel de mãe implica que a mulher adquira conhecimentos e competências essenciais na transição para a maternidade, através de sucessivas mudanças fisiológicas e de desenvolvimento psicológico e cognitivo (Mendes, 2009). Do mesmo modo, ao nível psicológico e cognitivo, o homem tem de passar por diversas tarefas desenvolvimentais, para uma eficaz transição para a paternidade, sendo estas:

- Tarefa 1 - envolvimento paterno durante a gravidez;
- Tarefa 2 - preparação para o parto e o nascimento do filho;
- Tarefa 3 - construção do papel paterno.

Estas tarefas circunscrevem-se à vivência da paternidade expectante, especialmente com os pais pela primeira vez (Mendes, 2009).

Poderemos então afirmar, de acordo com Relvas (1996) citado por Mendes (2009), que estamos perante uma nova e muito importante fase do ciclo de vida familiar, expectando-se uma sequência de transformações e adaptações na organização familiar. Do mesmo modo que outras situações importantes interferem e implicam mudanças nas rotinas de funcionamento das famílias e indivíduos, também a gravidez e a transição para a parentalidade são potencialmente causadoras de 'stress' e mudanças, necessitando de elementos que promovam e mantenham o equilíbrio dos indivíduos e famílias.

Meleis et al (2000) refere que os enfermeiros, têm competências para estar atentos às mudanças em indivíduos e famílias, podendo prepará-los para as transições difíceis através da facilitação de aprendizagens de novas capacidades.

A dinamização de programas de educação para pais também são referidos por Williams (1999), como forma de prover capacidades para lidar com o stress do parto e ainda para ajudar a conhecer as necessidades dos filhos e como lhes prestar os cuidados necessários.

Nesta linha, são essenciais os cuidados prestados pelos EESMO.

O Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica aprovou o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro e fez emitir o Regulamento nº 127/2011 que define o perfil das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Neste Regulamento, no Artigo 4º é feita referência às diferentes competências do EESMO entre as quais, cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e período pós-natal. Estas competências implicam a detenção de capacidades promotoras da saúde e bem-estar materno, fetal e do recém-nascido e ainda de deteção e tratamento precoce de complicações.

Assim, cabe ao EESMO, intervir junto da mulher e do casal durante a gravidez, como um recurso competente, mobilizando diferentes estratégias e atividades que visem proporcionar a vivência deste processo da forma mais gratificante, tranquilo e seguro possível, dentro de cada contexto.

4 – CONTRIBUTO DOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO/PARENTALIDADE

Ao longo dos tempos o parto foi considerado como um assunto de mulheres. As mudanças sociais foram progressivamente envolvendo o homem, incentivando-o a assumir um papel ativo junto da mãe e da criança, durante a gestação e após o nascimento. Atualmente, a partilha das tarefas domésticas, dos cuidados e educação da criança, entre outras, leva a que o homem procure estar presente e sentir-se competente para esse mesmo desempenho, na busca do sucesso do seu projeto de vida.

No que pode ser um misto de necessidade, de responsabilidade ou até de modernidade, os homens têm procurado rentabilizar e/ou usufruir dos benefícios parentais/paternais previstos pela legislação em vigor e também dos recursos disponíveis de apoio para a sua transição para a paternidade, como o acompanhamento nas consultas e outros meios de vigilância da gravidez e a participação nos Cursos de Preparação para a Parentalidade.

A oferta, a acessibilidade e a qualidade dos CPP é vasta e têm-se tornado progressivamente uma prioridade para as entidades de saúde responsáveis, estando disponíveis tanto nos serviços públicos como nos privados.

A dinamização de CPP é uma realidade e uma prática comum a alguns Centros de Saúde, existente de acordo com os recursos humanos disponíveis em cada serviço, frequentemente resultantes da formação de enfermeiros generalistas, desde as duas últimas décadas com uma adesão empiricamente significativa. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários ocorrida em 2005, manteve a sua dinamização, integrando os CPP nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) como parte integrante dos projetos das suas carteiras de serviços.

A estas Unidades compete dar uma cobertura especializada à comunidade, podendo responder de forma equitativa a toda a população e servindo como recursos e como parceiras das Unidades de Saúde Familiares, na complementaridade da prestação de cuidados à grávida/casal/família.

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) determinou a partir de janeiro de 2007, através da Circular Normativa nº113 de 2006/12/18 a implementação e dinamização dos CPP nos serviços pelo Método Psicoprofilático (Lamaze), com a intenção de procurar garantir a todas as grávidas/casais a possibilidade de usufruírem dos benefícios adquiridos com esta abordagem especializada.

Os Cursos de Preparação para a Parentalidade integrados nas UCC, cujos dinamizadores são enfermeiros ESMO, contam atualmente e sempre que possível com a colaboração de outros técnicos, aumentando a diversidade nas respostas com a especificidade relativa às competências de cada profissional (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de serviço social, higienistas orais, entre outros), proporcionando uma abordagem sistémica da gravidez na perspetiva da mulher, da criança e do casal/família.

Como referido anteriormente, a preparação para o parto dinamizada pelos serviços públicos acontece através da utilização do método Psicoprofilático (Lamaze), que consiste numa abordagem que pretende educar física e psiquicamente a grávida, conduzindo-a a um equilíbrio emocional capaz de atenuar ou suprimir as dores, disciplinando o seu comportamento com manifestas vantagens na parição. (Rezende, 2002)

De acordo com Vellay (1998), antes de existir o método Psicoprofilático de preparação para o parto, o papel do pai era meramente secundário. Segundo o mesmo autor, com este método, a situação modifica-se radicalmente. Embora os conteúdos abordados nos CPP sejam relacionados essencialmente com a anatomia e fisiologia da mulher, do trabalho de parto e parto, o marido interessa-se vivamente por tudo o que é ensinado, tornando-se assim um elemento essencial no processo do nascimento do seu filho. A mulher sente esta mudança e segundo Vellay (1998), as relações do casal melhoram consideravelmente criando um impacto muito positivo na vinculação com o bebé.

Assim, os CPP têm como principais objetivos, mais do que preparar a mulher do ponto de vista físico e psicológico para o parto e para a maternidade, o de promover o desenvolvimento de competências nos futuros pais para cuidar do Recém-Nascido. Deste modo, torna-se possível que os pais participantes nos CPP se sintam apoiados na sua definição das representações cognitivas e das tarefas a cumprir ao longo da gravidez, promovendo a sua confiança e disponibilidade na transição para a paternidade.

É de extrema importância desenvolver na mulher, no homem e no casal uma atitude positiva em relação à vivência da gravidez atual e possivelmente de uma gravidez futura, ou seja promover a experiência da parentalidade como um acontecimento feliz.

Progressivamente os CPP têm procurado adaptar-se às necessidades potenciadas por todas as alterações socio económicas anteriormente referidas, levando a que os ESMO busquem as dinâmicas individuais e de grupo mais eficazes para o processo de aprendizagem dos seus destinatários.

Reportando-se aos cursos de preparação para o nascimento, Cordeiro, M. (2013) refere que estes podem ajudar os pais a lidar com as questões envolventes do nascimento e salienta a transmissão de ensinamentos importantes relacionados com o Recém-Nascido.

Os CPP como um espaço de cuidados de enfermagem ESMO, destaca três alvos principais de intervenção: a mulher, o feto/Recém-Nascido e o pai/família e pretendem na sua essência transmitir informações que contemplem a resposta às necessidades, dúvidas, medos e ansiedades das grávidas e dos pais.

A estrutura tipo de um CPP pelo método Psicoprofilático, prevê o seu início entre as vinte e oito e as trinta e duas semanas de gestação, durando cerca de dois meses com sessões de cerca de uma hora, duas a três vezes por semana. A sua organização contempla uma dupla abordagem: teórica e prática, de forma sincronizada, para que os conceitos teóricos sejam testados e praticados de modo a que seja construído um processo de aquisição de conhecimentos com significado.

As sessões teóricas procuram ser abrangentes e trabalham assuntos fundamentais como a promoção do autocuidado, da relação do casal, sexualidade, competências do Recém-Nascido, prestação de cuidados ao Recém-Nascido, vinculação, amamentação, entre outras, variando as temáticas de acordo com as necessidades identificadas em cada grupo (como forma de garantir o interesse e a aprendizagem individual e de grupo), com os recursos disponíveis e com os diferentes contextos sociais e económicos de cada grupo.

Segundo Tones e Tilford (1994) citados por Carvalho e Carvalho (2006: Pág. 26), educação para a saúde:

“é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes, pode facilitar a aquisição de competências, pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.”

O adulto é independente e autodidata no seu processo de aprendizagem. Tanto a grávida como o pai, têm dúvidas e questões, mas possuem também uma experiência de vida que serve como uma importante fonte de recurso de aprendizagem, que o enfermeiro ESMO, no seu papel facilitador e de apoio procura rentabilizar. Com a realização de sessões práticas a grávida/casal sentem como real a aprendizagem, pela aplicação imediata dos conhecimentos, promovendo a motivação para o desempenho das atividades a realizar.

Sendo as aulas realizadas em grupo, a partilha das dúvidas, dos medos e dos conhecimentos revelam-se uma enorme mais-valia na medida em que despertam as consciências para a existência de situações que podem revelar-se mais tarde como problemas. Ao confrontar-se com estas realidades, a grávida e o pai do bebé procuram orientar-se para a resolução dos problemas, mantendo-se interessados e participativos no processo de aprendizagem. O pai sente-se especialmente envolvido aumentando a sua autoconfiança e a compreensão da importância do seu papel junto da mulher durante o trabalho de parto e parto, colaborando e participando no controle e alívio da dor e depois também na prestação de cuidados ao Recém-Nascido e no apoio à mãe aquando do regresso a casa após o nascimento do seu bebé.

Em suma, os CPP procuram apoiar as grávidas, os casais e os pais para um período tão importante nas suas vidas como é a preparação para o nascimento dos seus filhos e a transição para a parentalidade. Além disso, ao despertar para a existência de situações que podem revelar-se mais tarde como dificuldades e/ou problemas (por exemplo puerpério, cuidados ao Recém-Nascido ou amamentação), leva a que procurem fazer um processo de aprendizagem junto do EESMO, baseado nas suas necessidades e recorrendo às suas próprias experiências, sentindo-se como indivíduos com saberes que precisam ser incrementados e aperfeiçoados, resultando na sua capacitação e autonomia.

5 – METODOLOGIA

Todo o trabalho de investigação deve ter como objetivo incrementar e otimizar o desempenho profissional dentro da especificidade de cada profissão.

A fundamentação e a sustentação das atividades através da aplicação do conhecimento mais atualizado é uma imposição e uma necessidade que se coloca aos profissionais. Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada na procura desse tipo de conhecimento de modo a responder à inquietação inicial.

5.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A qualidade na prática de cuidados especializados de enfermagem, é atualmente uma preocupação e uma necessidade constante, que serve de garantia de resposta às necessidades de quem é cuidado e promovendo em simultâneo a satisfação dos profissionais. Segundo Hesbeen (2001), a qualidade dos serviços sociais e de saúde oferecidos à população assumem atualmente uma subtilidade particular, pelas exigências crescentes dos seus utilizadores e pela formação cada vez mais especializada dos profissionais que procuram intervir de forma cada vez mais eficaz e eficiente. De acordo com o mesmo autor, pensar na qualidade e nas ações que são desenvolvidas, com bases conceptuais frágeis pode revelar-se perigoso para o desempenho dos profissionais. É fundamental que o desempenho seja sustentado por bases sólidas, alicerçadas em sólidos conhecimentos, provenientes das evidências emergentes de estudos relevantes.

A temática em análise, levada a cabo neste relatório não está ainda muito documentada, não tendo até aqui sido sujeita a uma apreciação de cariz científico capaz de reforçar e/ou fundamentar as práticas habitualmente desenvolvidas no âmbito dos cursos de preparação para a parentalidade, na perspetiva do impacto que tem na relação dos pais com a prestação de cuidados aos seus filhos Recém-Nascidos. Assim, é importante fundamentar as práticas, baseando-as em evidências produzidas pelo conhecimento científico.

Para uma pesquisa e colheita de pesquisas realizadas, poderá optar-se por diferentes métodos como a revisão integrada, revisão sistemática, meta-análise e os métodos que combinam pesquisa qualitativa (Medina e Pailaquilén, 2010).

Para o estudo da temática deste relatório, a revisão sistemática da literatura foi o método mais adequado, pois como referem Medina e Pailaquilén (2010) “(...) é uma adequada proposta para obter evidências e síntese de conhecimento de um tema de saúde, já que estimula a convergência e inclusão de todos os estudos relevantes, proporcionando um olhar destacado no âmbito focado.”

Segundo Whittmore (2005) citado pelos mesmos autores, o rigor científico da revisão sistemática da literatura é de tal dimensão que é considerada uma pesquisa pelos seus próprios méritos, possibilitando o resumo de uma evidência de um problema específico, tornando-se o centro de interesse das iniciativas da prática baseada na evidência e aceite como uma fonte confiável de informação sobre a efetividade das atenções em saúde.

A Revisão Sistemática da Literatura foi realizada tendo por base a pergunta de investigação no formato PI[C]O (Melnik e Fineout-Overholt, 2005) e procurou dar resposta à inquietação surgida com a prática profissional e reforçada durante a frequência dos períodos de ensino clínico do CMESMO. Esta inquietação deu forma à questão “A participação dos pais (P) nos Cursos de preparação para a Parentalidade (I) tem impacto na sua capacitação para prestar cuidados ao Recém-Nascido (O)?”.

A pergunta de pesquisa, corresponde ao primeiro passo do protocolo de revisão, construído de acordo com os passos do processo descrito no Cochrane Database of Systematic Reviews – CDRS (Higgins e Green, 2008), seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão, os recursos e as estratégias de pesquisa, seleção e análise dos estudos.

Para facilitar a exposição de alguns dos passos do processo desenvolvido, no Quadro 2 esquematiza-se a relação entre os acrónimos da pergunta de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, as palavras-chave (com base nos descritores Mesh Browser) e sua conjugação com a utilização dos booleanos AND e OR.

Quadro 2 – Processo de pesquisa com base na pergunta PI[C]O

CRITÉRIOS (INCLUSÃO e EXCLUSÃO)			Palavras-chave	
P	População de interesse (Participantes)	Quem foi estudado? <ul style="list-style-type: none"> • Pais 	Critérios de inclusão <ul style="list-style-type: none"> • Estudos que integram a participação dos pais nos CPP Critérios de Exclusão <ul style="list-style-type: none"> • Estudos que não reportam a participação dos pais nos CPP 	Father

I	Intervenções	<p>O que foi feito?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação em Cursos de Preparação para a Parentalidade. 	<p>Critérios de inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudos de investigação cujas intervenções abordam as dinâmicas dos Cursos de Preparação para a Parentalidade <p>Critérios de Exclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudos que não reportam a participação dos pais nos CPP 	<p>“Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes</p>
O	Outcomes	<p>Resultado, efeitos ou consequências das intervenções, isto é: as variáveis estudadas.</p>	<p>Critérios de inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudos cujos resultados refletem a participação dos pais nos Cursos de Preparação para a Parentalidade; • Interferência na prestação de cuidados aos seus filhos Recém-Nascidos. <p>Critérios de Exclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudos que não refletem a relação da participação dos pais nos CPP com a sua percepção acerca dos mesmos. • Estudos que não integram a relação dos pais com os filhos Recém-Nascidos 	<p>“Skills OR Adaptation”</p>
EXPRESSÃO DE PESQUISA			<p>Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes AND Father AND Skills OR Adaptation</p>	

Com o intuito de atribuir significância e rentabilizar o conhecimento produzido disponível nas bases de dados científicas e, em simultâneo, proporcionar contributos para o tema em questão, a pesquisa desenvolveu-se com o acesso a artigos científicos através da plataforma EBSCOhost, mobilizando as bases eletrónicas de dados CINAHL® Plus with Full Text, MEDLINE® with Full Text e MedicLatina.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em 15 de setembro 2014. Para a seleção dos estudos foram definidos como limitadores: estudos cujo friso cronológico de publicação se situasse entre setembro de 2009 e setembro de 2014; artigos apresentados em texto integral (full text) e PDF. Publicação em qualquer língua, relacionado com o Humano, com resumo e referências disponíveis e que qualquer autor seja enfermeiro. O grupo etário da população em análise definido foi o adulto (entre os 19 e os 44 anos de idade).

Da pesquisa realizada resultou um total de 36 artigos (Quadro 3). Para a seleção dos artigos partiu-se para a leitura dos títulos e dos resumos e foram rejeitados 24 artigos, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Depois de lidos integralmente os 12 artigos selecionados, foram excluídos mais 10 artigos porque embora se debruçassem sobre o tema da participação dos pais nos CPP exploravam apenas a temática da sua presença junto da mulher durante o trabalho de parto e parto. Resultaram no final apenas 2 artigos (ANEXO VII) que correspondiam inteiramente aos critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 3 – Pesquisa por conjugação de descritores com friso cronológico

CONJUGAÇÃO DE DESCRITORES	CINHAL Complete	MEDLINE Complete	MedicLatina	TOTAL	CINHAL Comp. MEDLINE Comp. MedicLatina
Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes AND Father	13	52	2	67	11
Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes AND Skills or Adaptation	19	52	3	74	18

Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes AND Father AND Skills or Adaptation	8	24	1	33	7
	40	128	6	174	36

5.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Considerando a questão de partida, orientadora desta exploração temática, os artigos selecionados proporcionam uma resposta elucidativa. Com a análise descritiva dos dois artigos selecionados, na qual foi considerado como linha orientadora as dimensões da estratégia PI[C]O, procurou fazer-se uma perspetiva geral caracterizadora dos mesmos artigos, relativamente à sua identificação, objetivos, metodologia utilizada, participantes, intervenções, principais resultados e nível de evidência conforme apresentado no ANEXO VIII.

Ambos os estudos apresentam como uma das características dos Cursos de Preparação para a Parentalidade a inclusão de duas temáticas distintas mas inevitavelmente sequenciais e complementares – a preparação para o parto e a preparação para a parentalidade.

Das evidências que emergem em ambos os estudos, os homens consideram importante a sua envolvimento nos CPP em qualquer das temáticas contempladas.

No estudo de Ahldén (2012), onde se procura perceber as diferenças de género (entre outras) acerca das expectativas relacionadas com a participação em Aulas de Educação Parental Pré-natal, percebe-se que todos os participantes têm a expectativa de que a sua frequência os poderá fazer sentir-se mais seguros como pais e mais orientados relativamente ao processo do parto e a toda a sua envolvimento. Curioso verificar-se que embora o curso ofereça a transmissão de conhecimentos relativos ao parto e à parentalidade, é sobre este último que segundo a avaliação das expectativas dos participantes, recaem as maiores necessidades de aprendizagem. Este aspeto leva inevitavelmente à reflexão sobre a forma como os cursos estão planeados e organizados e à necessidade de um aprofundamento das abordagens nesta área, procurando o EESMO garantir a concretização das tarefas da gravidez, tanto da grávida como do pai do bebé.

No que respeita às preocupações com a aquisição de competências para os cuidados ao recém-nascido, não existem diferenças significativas entre homens e mulheres, de onde se

entende que existe uma harmonização entre as necessidades, o sentido de responsabilidade e ainda a partilha destas tarefas entre o casal. Embora seja fundamental na educação da criança a aprendizagem de género, em que mãe e pai têm papéis diferentes a desempenhar, verifica-se que as diferenças entre estes papéis em termos de prestação de cuidados têm tendência a esbater-se cada vez mais. Interessante verificar que os homens aparentam estar mais expectantes que as mulheres na preparação para a parentalidade, tendo em conta que esta é muito mais abrangente que a prestação de cuidados, o que vai ao encontro das reflexões feitas anteriormente acerca das expectativas colocadas no homem atual, que devido às mudanças sociais se encontra mais afastado da família alargada e das aprendizagens através do exemplo, sendo-lhe no entanto “exigida” a capacidade de ser muito mais interventivo e de estar mais envolvido na relação de casal e com os filhos.

Ainda neste estudo, apesar da referência acerca da existência de sessões teóricas e práticas, os homens identificam a necessidade de haver uma abordagem mais intensa e mais diversificada relativamente à prestação de cuidados parentais, sendo este aspeto identificado como uma das principais motivações para a participação nos cursos. Uma abordagem simplista ou generalista não satisfaz os pais da sociedade atual, que ao serem e sentirem-se envolvidos em todo o processo de parentalidade desde a gravidez, sentem necessidade de estar elucidados e preparados para prestar todo o tipo de cuidados ao recém-nascido. As abordagens realizadas nas aulas dos CPP tendem a contemplar essencialmente as situações em que o parto é normal e a mãe é capaz de prestar cuidados ao bebé, preparando o pai apenas para o desempenho de um papel de apoio à mãe e à criança, não prevendo um aprofundamento das situações especiais, que são aquelas em que poderá haver mais dificuldade de desempenho.

Na medida em que o EESMO é detentor de competências para trabalhar com a grávida encarando-a como um indivíduo sistémico inserido nos mais diferentes contextos, emerge um outro aspeto que importa realçar, relacionado com a escolaridade mais baixa e com o género masculino, e que se relaciona com a expectativa de que a frequência das aulas pode afetar de forma positiva a relação do casal. Sai assim reforçada a noção de que os enfermeiros dinamizadores dos CPP têm uma responsabilidade acrescida na forma como levam a cabo o seu trabalho, pois sendo a família a célula mais importante da sociedade é necessário que esta seja estimulada e reforçada, tornando os momentos das sessões particularmente importantes nesta fase do ciclo de vida para uma sociedade mais saudável.

No estudo de Erlandsson e Häggström-Nordin (2010), os participantes são pais que necessitaram cuidar dos seus filhos Recém-Nascidos entre uma a sete horas após o nascimento, enquanto as mães se encontravam em situação de recobro por complicações do parto. Estes pais,

que frequentaram cursos de educação parental proporcionados pelos serviços de saúde materna suecos, fazem referência de que nas sessões o enfoque principal recai sobre a preparação das grávidas e dos pais para as situações de parto normal, focando-se sobretudo na preparação física e psicológica das mães. O “empoderamento” é feito no sentido de se concentrarem na expectativa de acontecer um parto normal, com a capacitação para apoiar a mulher durante o trabalho de parto e depois como suporte e apoio da díade mãe/filho que não pode ser perturbada, até ao estabelecimento da lactação.

Quando questionados, os pais manifestaram a necessidade de serem mais incentivados a estarem próximos da mãe e do bebé após o parto, pois acreditam que seria positivo na consolidação da relação do casal e na relação com a criança ao longo do tempo. Alguns pais inclusivamente, manifestaram o desejo de ser concedida a possibilidade de o Recém-Nascido lhes ser colocado sobre o peito (depois de ter feito a primeira mamada e durante o repouso da mãe após o parto), respondendo à necessidade que sentem da proximidade com o bebé e com a mãe.

Os pais consideraram que a informação dada nas aulas, também promove a noção de que o bebé depois de nascer se limita a pouco mais do que comer e dormir, o que não verificaram, sentindo necessidade de serem preparados para a presença de um bebé calmo mas desperto e pronto para interagir. É assim importante que os pais tenham conhecimento acerca das características e competências do Recém-Nascido, o que Figueiredo (2005) reforça, ao referir que os primeiros contactos com o bebé podem ser das circunstâncias mais decisivas no estabelecimento da ligação emocional dos pais com os filhos.

O desenvolvimento e atualização do conhecimento científico acaba inevitavelmente por influenciar a forma e o conteúdo das informações transmitidas pelos profissionais especializados. Pelo interesse e pela intensidade de sentimentos quando se aborda a temática das competências do Recém-Nascido, é frequentemente transmitido aos casais a possibilidade de o seu bebé nascido por parto vaginal conseguir no contacto pele a pele, rastejar até à mama e sugar. Neste estudo, alguns homens manifestam algum pesar, embora compreendendo as limitações dos serviços no que respeita a tempo e rotinas, por não lhes ser proporcionado nem ao seu bebé a possibilidade de efetivar este acontecimento tão marcante e cuja expectativa lhes foi criada ao longo da sua preparação para se relacionarem com o seu filho Recém-Nascido.

De um modo geral, os pais envolvidos no estudo consideram que a preparação a que foram sujeitos, se concerne às generalidades mais comuns relativas ao parto e ao Recém-Nascido, tendo uma sensação de insegurança quando confrontados com um parto complicado ou difícil e/ou com um recobro difícil da mãe. Embora na sua opinião, seja importante a preparação para as situações previsíveis, perante a possibilidade de ocorrerem situações inesperadas, consideram

que devia ser contemplada a formação/informação acerca das consequências para a mãe, pai e Recém-Nascido, provocadas pela separação condicionada pelas mesmas intercorrências. Os pais, perante a necessidade de ficar sós a cuidar do bebé, precisam de ter conhecimentos sobre como colmatar a ausência da mãe sem comprometer a vinculação da díade mãe/filho e o estabelecimento da lactação. Estas preocupações e necessidades são pertinentes e legítimas, indo ao encontro de Figueiredo (2005) que refere que acontecimentos menos favoráveis durante o parto ou nos primeiros contactos com o Recém-Nascido podem inferir negativamente no envolvimento emocional.

Neste estudo os pais manifestaram a necessidade de ser envolvidos na aprendizagem e na responsabilização da prestação de cuidados e educação dos filhos, justificando-se com a noção de que o filho é do casal e não apenas da mãe. Perante a sua participação nas aulas desejam assim ser envolvidos de uma forma mais ativa, considerando-se como elementos válidos e integrantes do processo de crescimento e segurança dos filhos e da manutenção e reforço da relação do casal. A propósito destas interações, Figueiredo (2005) valida estas noções ao referir que as mães que beneficiam de maior apoio por parte do companheiro, têm geralmente um envolvimento mais favorável com o filho e na mesma linha refere que a qualidade da relação conjugal é um dos aspetos que determina a vinculação materna. Além de que “(...) a presença de um adulto que presta apoio e suporte efetivo facilita uma experiência de parto mais positiva e promove o envolvimento emocional materno com o recém-nascido.” (Figueiredo, 2005: Pág. 297).

As respostas dos pais neste estudo revelam a forma como estes se vêem a si mesmos como sendo importantes no processo do parto e dos cuidados ao Recém-Nascido ao mesmo tempo que revelam alguma ansiedade relativamente ao quão é vital a sua inclusão na preparação para o nascimento, para que além do estabelecimento da relação com o bebé, a responsabilidade da prestação de cuidados não recaia somente sobre a mãe.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O saber é algo que se vai construindo ao longo da vida, através da vivência de experiências e de conhecimento fundamentado, que serve de base sustentada para o desenvolvimento de uma praxis plena de significado e de reconhecimento pessoal e de terceiros.

A obtenção do título de Mestre, preenche-se de significado e faz sentido quando resulta de um trabalho empenhado e quando se revela como uma mais-valia para o incremento da classe de enfermagem e para o benefício daqueles a quem se destinam as intervenções. Estas, ao serem diferenciadas, conseguem dar respostas mais eficazes indo ao encontro das reais necessidades dos indivíduos, famílias e/ou sociedade.

Para a manutenção de uma sociedade produtiva e saudável é imprescindível que os indivíduos que a constituem sejam também eles saudáveis do ponto de vista físico, psicológico e social, algo que é fortemente determinado desde o nascimento, pela forma como cada criança é aceite, amada e cuidada, especialmente pelo núcleo familiar, célula principal da sociedade.

Os Programas Governamentais, têm procurado através da segurança social assim como de outras entidades nomeadamente os serviços de saúde, envidar esforços no apoio à natalidade e à parentalidade, implementando e desenvolvendo diversas estratégias das quais os CPP são exemplo. No início da sua implementação estes cursos centravam-se essencialmente na mulher e na preparação para o parto. A Ordem dos Enfermeiros tem tido um papel importante no apoio à parentalidade, definindo competências específicas aos EEESMO que garantem a prestação de cuidados especializados nesta fase de vida tão importante para a grávida/feto e mulher/homem/casal e criança.

A educação e a prestação de cuidados à criança foi ao longo dos tempos uma tarefa cuja responsabilidade e atribuição recaía essencialmente sobre a mulher. Fruto de uma sociedade em profundas e constantes mudanças económicas e sociais, as diferenças de género têm vindo a esbater-se, homogeneizando e partilhando as tarefas anteriormente implícitas. Assim, nas últimas décadas o homem tem sido alvo de uma atenção e de uma envolvimento crescente em todo o processo desde a gravidez, ao parto e aos cuidados aos filhos, facto a que as diferentes entidades estão mais, ou menos despertas.

Tendo em atenção as alterações das necessidades dos progenitores durante a gravidez e após o parto/nascimento, a OE assume que a terminologia “preparação para o parto” é muito

reduzida, uma vez que a inclusão de outras temáticas é uma necessidade e uma realidade, e às quais os EESMO com o seu empenho e atualização, procuram dar uma resposta eficaz que contribua para a transição e formação dos novos pais, adotando assim a terminologia “preparação para a parentalidade”.

A família como célula essencial da sociedade, tem sofrido grandes mudanças, sendo cada vez mais raras as famílias numerosas e a consequente transmissão de conhecimentos e treino de competências parentais, cabendo às entidades sociais e de saúde proporcionar recursos que apoiem e incentivem a natalidade e a parentalidade em geral.

A Ordem dos Enfermeiros a par com a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assume um papel importante social neste âmbito. De acordo com o Regulamento nº 127/2011 de 18 de Fevereiro, o EEESMO, dentro da sua competência H2 “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, “Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (Unidade de Competência H2.1) sendo que o critério de avaliação H2.1.7 refere que ele “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.”

De acordo com o seu parecer sobre a ministração de cursos de preparação para a parentalidade baseada na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março (artigo 39º nº2 alínea d), enfatiza a importância do EESMO ao realçar que este pela sua formação especializada está habilitado a, de forma autónoma “Estabelecer programas de preparação para a paternidade e de preparação completa para o parto (...)”, assumindo-o como um recurso acessível, integrado em Unidades de Saúde como as UCC nos serviços públicos, ou de forma independente em serviços privados, com a mais-valia do reconhecimento legal da detenção de competências relacionadas com o apoio às grávidas/casais/famílias. O reconhecimento legal da inclusão do pai nos Cursos de preparação para a Parentalidade, sustenta a intervenção e o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos tempos pelos EESMO e que foi atestado pelos testemunhos dados nas entrevistas realizadas, constantes neste documento.

A disponibilização e o incentivo para a participação dos pais nas sessões, de acordo com as entrevistas realizadas e com a Revisão Sistemática da Literatura é comum nos CPP, no entanto os pais são confrontados com alguns constrangimentos, por exemplo familiares e especialmente laborais, que interferem na frequência da sua presença nas aulas, apesar de a legislação atual tender a favorecer esta prática, com a dispensa laboral por três momentos para acompanhar a grávida, mas que na verdade é ainda insuficiente.

Pelas análises feitas, verifica-se que existe uma perceção generalizada de que a presença dos pais nos CPP tem impacto positivo no seu desempenho, traduzindo-se num aumento da sua motivação e capacitação para cuidar do Recém-Nascido, traduzidas pelo aparente reforço na relação dos casais, na vinculação pai/bebé e nos sentimentos de compensação, orgulho e satisfação enquanto indivíduos em plena transição de papeis, pois não é demais referir que com o nascimento de um filho, nasce também um pai.

De um modo geral os CPP, procuram ser versáteis no que respeita à diversidade das temáticas abordadas, no entanto é imperativo que os EESMO continuem a investir no seu desempenho, aperfeiçoando as suas intervenções e inovando nas abordagens que fazem junto das grávidas e dos pais, dando também primazia ao estatuto de casal. Sendo as sessões teóricas e práticas dinamizadas em grupo, existe naturalmente uma predisposição para uma abordagem generalista, fazendo a preparação no sentido da expectável normalidade do trabalho de parto, parto, nascimento e parentalidade. No entanto, os pais que se encontram despertos para essa dita normalidade, quando confrontados com situações de exceção, como sejam uma cesariana não programada, um pós-parto complicado ou um puerpério difícil entre outras possibilidades, reconhecem a necessidade de serem preparados para assumir os cuidados ao Recém-Nascido e o apoio à mãe, procurando garantir a manutenção do estabelecimento do aleitamento materno e da vinculação da díade mãe/filho, tão importante para o desenvolvimento saudável da criança e bem-estar do casal.

Outro aspeto que parece ser importante e a ter em consideração, é o facto de na maioria das vezes o EESMO só conhecer as grávidas/casais quando estes iniciam o CPP, habitualmente em grupo desconhecendo-se a história de cada gravidez. O facto de os casais também não se conhecerem, pode constituir um fator de inibição para a partilha das histórias de cada um, interferindo na avaliação sistémica de cada casal. As competências do EESMO, permitem reconhecer a importância de se conhecerem os diferentes contextos sociais, económicos e familiares. Parece ser também importante que se encetem iniciativas no sentido de se preverem momentos/sessões individuais no sentido de procurar ir ao encontro das necessidades e adequar as dinâmicas de acordo com os objetivos individuais, sem apesar disso perder o sentido dos benefícios e vantagens das dinâmicas realizadas em grupo. Na sequencia deste raciocínio, pela prática profissional e pelas experiencias durante os períodos de ensino clínico também pode levantar-se a questão sobre as eventuais vantagens/benefícios de se contemplarem momentos de partilha, em grupos constituídos somente pelos parceiros, tendo como objetivo obter a partir da identidade de género a exposição dos seus medos, duvidas e ansiedades que possivelmente não conseguirão ou não considerem oportuno partilhar no grande grupo, junto de todas as grávidas.

Relativamente aos atuais contributos governamentais no apoio à parentalidade, maternidade e paternidade, estes são muito importantes e reveladores de uma sociedade preocupada e interessada nos seus cidadãos. Há ainda um percurso a fazer pelas entidades competentes que permita aos pais sentirem-se totalmente apoiados e orientados para responderem às expectativas sociais, familiares e pessoais, com a emissão de legislação que favoreça um maior acompanhamento das grávidas pelos seus companheiros e dos filhos pelos seus pais.

7 – BIBLIOGRAFIA

Academia de Ciências de Lisboa (Org.) (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Academia de Ciências de Lisboa e Editorial Verbo.

Ahldén, I. *et al* (2012). Parents`Expectations About Participating in Antenatal Parenthood Education Classes. *The Journal of Perinatal Education*, 1 (21), pp. 11-17. Acedido em 16 de setembro de 2014 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=e4f9c354-b7e3-473b-9acb-6f903dec7b84%40sessionmgr114&hid=112>

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Bayle, F. e Martinet, S. (2008). – *Perturbações da parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Canavarro, M. C. e Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Chick, N., Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Chinn, P. *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation*, (pp. 237-257). Aspen: Rockville, MD.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2013). *CIPE® Versão 2011 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lisboa: Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – março de 2014. Acedido em 28 de setembro de 2014 em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf

Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3ª edição, Lisboa: Edições Salamandra Lda.

Cordeiro, M. (2013). *Vou ser pai*. Barcarena: Marcador Editora.

Decreto-Lei nº 91/2009. *Diário da República nº70/ 9 de abril de 2009 – 1ª Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.

Erlandsson, K. e Häggström-Nordin, Elisabet (2010). Prenatal Parental Education From the Perspective of Fathers With Experience as Primary Caregiver Immediately Following Birth: A Phenomenographic Study. *The Journal of Perinatal Education*,1 (19), pp.19-28. Acedido em 16 de setembro de 2014 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=e4f9c354-b7e3-473b-9acb-6f903dec7b84%40sessionmgr114&hid=112>

Figueiredo, B. (2005). Bonding pais-bebé. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 287-314). Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Gomez, R. (2005). O Pai - Paternidade em transição. In Leal, I. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspetiva do cuidar*. 1ª Edição, Loures: Lusociência.

Higgins, J., Green, S.(2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2*. The Cochrane Collaboration, 2009. Acedido em 23 de setembro de 2014 em www.cochrane-handbook.org.

Kralik, D., Visentin, K. e van Loon; A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), pp. 320-329.

Leal, I. (2005). – *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Lei nº9/2009. *Diário da República nº44/ 4 de março de 2009 – 1ª Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Medina, E. e Pailaquilén, R. (2010). A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde, *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18 (4), pp.1-8. Acedido em 26 de setembro de 2014 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D. K. e Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), pp. 12-28.

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Mendes, I. M. (2009). – *Ajustamento paterno e materno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. 1ª edição. Coimbra: Mar da Palavra, Edições Lda.

MeSH Browser, National Library of Medicine. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

REGULAMENTO nº 122/2011. *Diário da Republica nº35 /2011-02-18 – 2ª Série E*. Ministério da Saúde. Lisboa.

REGULAMENTO nº 127/2011. *Diário da Republica nº35 /2011-02-18 – 2ª Série E*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Rezende, J. (2002). *Obstetrícia*. 9ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Slepoj, V. (2000). *As Relações de Família*. Lisboa: Editorial Presença.

Vellay, Dr. P. (1998). – *A vida sexual da mulher, O Método psicoprofilático do parto sem dor*. Lisboa: Editorial Estampa, Lda.

Williams, R. (1999). A família, uma unidade de cuidados. In Bobak I., Lowdermilk, D. e Jensen, M. *Enfermagem na Maternidade*. (pp. 11-24). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

ANEXOS

ANEXO I
PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO



Projeto Individual de Estágio

Estágio IV

Área temática: “Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos”

Elaborado por:

M^ª João Machado, nº 100434005

Prof. Responsáveis:

- Lurdes Torcato,
- Hélia Dias
- Olímpia Cruz

Santarém, outubro 2012

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	
1 – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	7
2 – PLANO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	11
2.1 – OBJETIVOS	11
3 – CONCLUSÃO	45
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CTG - Cardiotocografia

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Enf. – Enfermeira

FCF – Frequência cardíaca fetal

IM – intramuscular

LA – Líquido amniótico

mg – miligrama

ml – mililitros

Nº – Número

PI – Períneo íntegro

PPP – Preparação para o parto

Prof. – Professora

RN – Recém-nascido

TP – trabalho de parto

INTRODUÇÃO

No contexto do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), surge o 4º semestre com a Unidade Curricular - Estágio IV “Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos”, tendo como responsável a Sra. Professora Hélia Dias.

Para o desenvolvimento deste estágio é fundamental a elaboração deste documento (Projeto Individual de Estágio) onde são definidos os objetivos a atingir. A partir deste projeto deve emergir um “relatório crítico/reflexivo” fundamentado, das atividades desenvolvidas, revelador das aquisições de competências em Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica e também um “relatório de estágio” constituinte do trabalho de mestrado, com base nas ações desenvolvidas em contexto de estágio recorrendo à revisão sistemática da literatura e a mobilização de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EESMO.

Este estágio irá decorrer no Bloco de Partos do Hospital de Santarém, no período de 22 de outubro de 2012 a 19 de abril de 2013, num total de 20 semanas de estágio mais 2 semanas de Seminário e Orientação Tutorial. Estão previstos três momentos de avaliação na 5ª, 12ª e 20ª semana, respetivamente.

O desempenho das atividades decorrerá sob a supervisão da Sra. Enf. ESMO Lídia Venâncio, como cooperante do ensino clínico.

Assim foram propostos pela Unidade Curricular os seguintes objetivos gerais:

- *Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;*
- *Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.*

Tendo por base esta definição de objetivos, foram delineados os objetivos pessoais, assentes também no Regulamento nº 122/2001 de 18 de fevereiro “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” e no Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica”

Integrando a programação desta Unidade surge a elaboração deste Projeto Individual de Estágio que tem como objetivos:

- *Identificar as necessidades individuais de aprendizagem;*
- *Definir os objetivos pessoais a atingir no Estágio IV;*
- *Servir de linha orientadora para o desempenho das atividades a desenvolver ao longo do estágio IV;*
- *Servir de base para o trabalho de descrição e reflexão fundamentada sobre as atividades desenvolvidas – Relatório Reflexivo e Relatório de Estágio (denominação do trabalho de mestrado).*

Relativamente aos objetivos que me proponho a atingir considerando os três momentos de avaliação são os seguintes:

• Final da 5ª Semana:

- Estar integrada na equipa multidisciplinar;
- Caracterizar corretamente o toque vaginal na grávida/parturiente;
- Realizar amniotomia com o apoio da Enf. cooperante;
- Interpretar corretamente a leitura do CTG;
- Identificar a necessidade de realização de episiotomia;
- Realizar episiotomia com o apoio da Enf. cooperante;
- Realizar episiorrafia com o apoio da Enf. cooperante;
- Colocar monitorização fetal interna com o apoio da Enf. cooperante;
- Realizar pelo menos 5 partos com o apoio da Enf. cooperante;
- Realizar dequitação de forma autónoma;
- Prestar cuidados imediatos ao RN acompanhada;

• Final da 12ª Semana:

- Vigiar as parturientes de baixo risco de forma autónoma;
- Vigiar as parturientes de médio/alto risco com o apoio da Enf. cooperante;
- Identificar necessidade de realizar amniotomia;
- Realizar amniotomia de forma autónoma;
- Colocar monitorização fetal interna de forma autónoma;
- Realizar episiotomia autonomamente;
- Realizar episiorrafia autonomamente;
- Realizar pelo menos 20 partos de forma autónoma;
- Realizar episiorrafia/perineorrafia de forma autónoma;
- Prestar cuidados imediatos ao RN forma autónoma.

• Objetivos a atingir na 20ª Semana de estágio:

- ✦ Vigiar as parturientes de médio/alto risco de forma autónoma;
- ✦ Ter realizado o acompanhamento e partos autonomamente a pelo menos 40 parturientes.

A redação deste trabalho teve por base as normas de elaboração dos trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém. Divide-se em três partes: uma parte introdutória, uma segunda parte com os objetivos pessoais e sua justificação, bem como o planeamento das respetivas atividades e por fim uma terceira parte com as considerações finais.

1 – PROJETO DE ESTÁGIO

A minha atividade profissional teve início em janeiro de 1991, tendo sido sempre desenvolvida nos cuidados de saúde primários.

Ao longo destes 21 anos de exercício procurei promover o meu desenvolvimento profissional adquirindo, melhorando e reforçando competências em áreas variadas procurando a excelência do cuidar, a indivíduos, famílias e comunidade. Assim, desenvolvi competências relativas ao cuidar em contextos diversos desde o domiciliário, ao internamento (centros de dia e lares de idosos), no centro de saúde, escolas entre outros. Embora tenha promovido a minha formação em áreas muito diversas, houve sempre uma maior dedicação à Saúde Materna.

No início da carreira tive o privilégio de trabalhar com profissionais (enfermeiros e médicos) muito dedicados a esta área, com quem aprendi muito e que reforçaram o meu interesse pela temática, permitindo desde início desenvolver atividades (ao nível das competências de enfermeira generalista) de vigilância, promoção do autocuidado, do envolvimento da família, da amamentação e desde 1999 com a dinamização de Cursos de Preparação para a Parentalidade e Preparação para o Parto pelo Método Psicoprofilático, ou seja o contacto com as várias dimensões inerentes aos programas de Saúde da Mulher, Saúde Materna e Infantil e Planeamento Familiar.

Tendo em conta a minha experiência profissional e a aquisição de competências que considero mobilizar muito bem enquanto enfermeira generalista, foi surgindo naturalmente a necessidade de aprofundar os conhecimentos na área de Saúde Materna e Obstétrica. O CPLEESMO/CMESMO veio dar a resposta a esta necessidade.

No início do Estágio IV, considero ter já adquirido e aprofundado várias competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista SMO pelas atividades exercidas nos estágios anteriores nomeadamente no que respeita às competências comunicacionais e relacionais e ainda cognitivas, técnicas e práticas relacionadas com o planeamento familiar, a vigilância da mulher/casal grávidos e RN de risco e saudáveis, e ainda a vigilância e prestação de cuidados a mulheres do foro ginecológico.

Falta ainda trabalhar uma grande área que se relaciona com o contexto de Bloco de Partos concretamente na prestação de cuidados a mulheres/grávidas/casais/famílias na admissão/acolhimento e na vigilância dos quatro estádios do trabalho de parto, assim como na integração na equipa multidisciplinar, mobilização/integração de conhecimentos, tomada de decisão e desenvolvimento da atitude profissional em enfermagem SMO.

Considero ser um grande desafio, pois irá exigir para além da mobilização de todas as competências adquiridas com a experiência pessoal, profissional e enquanto estagiária do CPLEESMO, também o aprofundamento e a aquisição de competências específicas deste contexto tão particular. Ao realizar este projeto defino como objetivos a atingir, para além dos propostos pela Unidade Curricular, aqueles que considero mais importantes de acordo com as minhas necessidades pessoais e profissionais e que pretendo venham a contribuir para o desempenho profissional que pretendo que seja de qualidade.

Na minha prática profissional diária existem algumas atividades que são realizadas esporadicamente como por exemplo o contacto com terapêutica muito específica para a qual seja necessário estar especialmente atenta aos efeitos secundários ou a administração de terapêutica endovenosa, pelo que necessitarei de melhorar as minhas competências técnicas e práticas neste campo. Por outro lado existem outras que embora já tenha tido oportunidade de praticar noutros contextos de estágio, necessitam ser melhoradas para que possa garantir uma adequada vigilância do bem-estar materno e fetal, como é a leitura e interpretação de CTG.

Existem algumas competências que me poderão ser mais difíceis de adquirir, especialmente numa fase inicial do estágio, pois para além de as técnicas não me parecerem fáceis, implicam que consiga ultrapassar questões emocionais e psicológicas mal resolvidas desde a infância, podendo condicionar o meu bom desempenho (o que não aceito de modo algum). Refiro-me à execução do toque vaginal, episiotomia e episiorrafia. Tenho como mais-valia a grande preocupação em realizar estas técnicas da maneira menos agressiva possível e com as quais não surjam complicações.

Relativamente à “promoção do aleitamento materno” não defino nenhum objetivo embora considere esta área muito importante, pois considero que o tenha atingido plenamente noutros estágios, para além de ser uma constante na minha prática profissional diária. No entanto prevejo a sua promoção no planeamento das atividades para atingir o objetivo relacionado com o 4º estadio do trabalho de parto.

Em resumo, pretendo neste estágio rentabilizar a minha experiência pessoal e profissional que considero ser madura e prestar cuidados em enfermagem ESMO de excelência, com qualidade e se possível de modo a deixar uma imagem e uma marca

positivas, ao passar neste campo de estágio. Por outro lado, pretendo ainda que o resultado final, se traduza num relatório de estágio que reúna contributos para a prática de enfermagem e faça a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, beneficiando direta e/ou indiretamente a promoção do desempenho de profissionais, casais, famílias e por consequência a sociedade. Parece ser muito ambicioso mas se conseguir obter um bom resultado este influenciará esta cadeia em que todos poderão sair beneficiados.

2 – PLANO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Tendo como finalidade orientar o percurso a desenvolver durante o ensino clínico foram definidos os objetivos específicos seguidamente discriminados.

2.1- OBJETIVOS

1 – Definir estratégias potenciadoras da aquisição de competências inerentes ao EESMO em contexto de prestação de cuidados no Bloco de Partos

Justificação: O estágio IV é um estágio de excelência ao permitir a consolidação das competências adquiridas e mobilizadas nos estágios anteriores e ainda a conquista da aptidão para o desempenho de atividades inerentes ao EESMO no contexto de Bloco de Partos. Assim é indispensável a definição do percurso a fazer, tendo em vista a respetiva aquisição de competências através da definição de estratégias que norteiem o caminho a percorrer.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de um instrumento de orientação do desenvolvimento do estágio (projeto individual) tendo em consideração:<ul style="list-style-type: none">➤ Competências inerentes ao EESMO;➤ Objetivos propostos pela Unidade Curricular;➤ Objetivos pessoais;	<ul style="list-style-type: none">• A1• A2	<ul style="list-style-type: none">• 1ª e 2ª semana	<ul style="list-style-type: none">• Enf. Mª João• Enf. Cooperante• Prof. Orientadora

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Normas, protocolos e rotinas do Serviço: • Validação do projeto com a Enf. Cooperante; • Envio do projeto individual de estágio via eletrónica à Prof. responsável da Unidade Curricular; • Reunião para validação/discussão do projeto individual de estágio com a Prof. Orientadora; • Reformulação do projeto e entrega do mesmo à Prof. Orientadora. • Monitorização do desenvolvimento do estágio: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento das atividades planeadas e de outras eventualmente não planeadas mas que sejam consideradas importantes para o desenvolvimento profissional; ➤ Proporcionar momentos formais e informais de avaliação sobre o desempenho ao longo do estágio tendo em vista a correção e melhoria do exercício ao longo do estágio; ➤ Envolvimento em projetos em curso no Serviço; • Avaliação do desempenho durante o estágio: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construção de um relatório reflexivo das atividades desenvolvidas, com base nas experiências vivenciadas ao longo do estágio; ➤ Realização de autoavaliação e participação na heteroavaliação. 		<ul style="list-style-type: none"> • 2ª semana • 7 novembro 2012 • Ao longo do estágio • 5ª, 12ª e 20ª semana • Ao longo do estágio 	
--	--	--	--

2- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço de Bloco de Partos e Obstetrícia do Hospital de Santarém

Justificação: ao iniciar um período de ensino clínico é fundamental conhecer o serviço onde irão decorrer as atividades. A identificação dos recursos humanos e materiais do serviço permitem ao estagiário fazer um planeamento das suas atividades promovendo assim uma maior autonomia, segurança e assertividade no desempenho ao longo do estágio. Estas capacidades irão por sua vez influenciar a consecução dos objetivos propostos pela Unidade Curricular e os seus próprios objetivos.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Apresentação no Bloco de Partos;• Receção pela Enf. Chefe do serviço;• Apresentação à Enf. Cooperante;• Reunião com a Enf^a Cooperante sobre a estrutura organização e funcionamento do Serviço;• Observação do espaço físico e equipamento.• Colheita de informação referente a:<ul style="list-style-type: none">➤ Constituição da equipa multidisciplinar (nº enfermeiros, médicos e auxiliares por turno);➤ articulação com outros profissionais (psicólogo, anestesista e assistente social);	<ul style="list-style-type: none">• D1• D2	<ul style="list-style-type: none">• 22 outubro 2012	<ul style="list-style-type: none">• Enf. M^a João• Enf. Chefe do serviço• Enf. Cooperante

<ul style="list-style-type: none"> ➤ articulação com outras unidades, nomeadamente as Unidades de internamento de grávidas, ginecologia, puerpério, neonatologia, consulta externa e outros hospitais; ➤ horários de trabalho; ➤ método de trabalho existente; ➤ passagens de turno; ➤ rotinas e protocolos existentes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ de acordo com os diferentes turnos, ➤ presença de acompanhante junto da parturiente, ➤ prestação de cuidados ao RN pelo pai, ➤ administração terapêutica ➤ outros; 📌 Observação dos registos efetuados e organização dos processos clínicos; 		<p>1ª semana</p>	
---	--	------------------	--

3- Integrar a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos do Hospital de Santarém

Justificação: O processo de integração é dependente de vários intervenientes nomeadamente do próprio estagiário, da Enf. Cooperante e ainda de toda a equipa. Após conhecer a estrutura física e conhecer o funcionamento do serviço, é fundamental a integração na equipa multidisciplinar numa perspetiva de socialização profissional promotora da aquisição de competências inerentes ao desempenho do EESMO que se quer de excelência. Esta integração deve acontecer de uma forma gradual, iniciando-se com uma observação participativa, adquirindo progressivamente o espaço e o reconhecimento da equipa pelas atividades desenvolvidas.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Mobilização de competências relacionais e comunicacionais na interação com os vários elementos da equipa multidisciplinar;• Interação com a equipa de enfermagem durante a passagem de turno e na observação participativa das suas práticas;• Interação com a equipa médica numa perspetiva de complementaridade de vigilância;• Interação com a equipa de assistentes operacionais numa perspetiva de promoção de conforto e bem-estar materno/fetal e também da manutenção de ambiente seguro para as mulheres/casais e profissionais;	<ul style="list-style-type: none">• A1.1• A1.2• A2.2• B3.1• B3.2• D1.1	<ul style="list-style-type: none">• 2ª Semana • Ao longo do estágio	<ul style="list-style-type: none">• Enf Mª João• Enf. Cooperante

<ul style="list-style-type: none"> • Discussão com a Enf. Cooperante e com outros elementos acerca da evolução das diversas situações clínicas, mobilizando os conhecimentos adquiridos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ao longo do ensino teórico, ➤ com as práticas profissionais, ➤ com as experiências vividas ao longo dos estágios anteriores. • Prestação de cuidados de acordo com os protocolos, rotinas e normas de serviço em vigor; • Integração gradual no desempenho de atividades no serviço, com o apoio da Enf. Cooperante. 			
---	--	--	--

4 - Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ESMO à mulher/grávida/família na triagem do serviço de urgência ginecológica e obstétrica, tendo por base a aplicação da metodologia em vigor no serviço/do processo de enfermagem.

Justificação: A mulher/grávida que dá entrada no serviço de urgência traz consigo um misto de medos e preocupações que buscam apoio e uma prestação de cuidados complexa. Ao realizar estágio num serviço que se dedica ao atendimento de situações urgentes na área da ginecologia e obstetrícia é fundamental rentabilizar as oportunidades e as experiências no sentido de desenvolver as competências técnicas, cognitivas e relacionais necessárias para dar a resposta necessária com eficácia, eficiência e qualidade, de acordo com a metodologia em vigor no serviço. A mulher insere-se num sistema complexo, onde não pode ser esquecida a sua família, pelo que se deve ter ainda em atenção as suas necessidades e tornando-a num elemento integrante da prestação de cuidados tendo em vista o apoio e a continuidade após a alta.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	DATA DA REALIZAÇÃO	INTERVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Integração na dinâmica da triagem do serviço de urgência ginecológica e obstétrica; • Observação e dinamização da triagem no sentido de identificar e estabelecer prioridades, numa perspetiva holística e sistémica; • Mobilização das competências relacionais adquiridas, no acolhimento da mulher na triagem; • Mobilização dos conhecimentos teóricos para identificação das situações de risco; • Prestação de cuidados à mulher, grávida e família de acordo com as necessidades identificadas, relativamente à sua situação de urgência obstétrica ou ginecológica; • Integração da família ou pessoa significativa no plano de cuidados à mulher/grávida. 	<ul style="list-style-type: none"> • A1 • A2 • B3 • D1 • D2 • H1 • H2 • H3 • H4 • H5 • H6 • H7 	<ul style="list-style-type: none"> • 2ª Semana • Ao longo do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf Mª João • Enf. Cooperante

5- Desenvolver competências no acolhimento da grávida/parturiente/casal no Bloco de Partos

Justificação: Em qualquer que seja o contexto, o momento do acolhimento pode ser determinante sobre o decorrer de todo o processo de permanência. Sendo a gravidez um período de crise na vida da mulher/casal (nem sempre bem resolvido), é necessário que quando chega ao Bloco de Partos seja alvo de um acolhimento que lhe transmita a segurança e a tranquilidade necessárias para um culminar que se espera feliz mas que nem sempre assim acontece. Perante a presença de uma grávida/parturiente/casal pretendo consolidar as competências cognitivas e técnicas necessárias para uma abordagem holística e numa perspetiva sistémica.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Admissão da grávida/parturiente/casal utilizando uma perspetiva holística e sistémica de modo a promover uma relação empática;• Promoção de um ambiente facilitador que permita à grávida/parturiente/casal a expressão de dúvidas e medos inerentes à situação que estão a vivenciar;• Consulta de enfermagem tendo em vista a colheita de dados através de entrevista, observação do Boletim de Saúde da Grávida, observação de exames complementares, processo clínico e avaliação de parâmetros relativos ao bem-estar da mãe e do feto:<ul style="list-style-type: none">➔ Motivo da deslocação ao hospital;	<ul style="list-style-type: none">• A1• B3• D1• H3	<ul style="list-style-type: none">• Ao longo do estágio	<ul style="list-style-type: none">• Enf. M^ª João

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do tipo e intensidade de desconfortos; ➤ Identificação da percepção da grávida/parturiente/casal acerca da situação; ➤ Antecedentes de saúde pessoais e familiares; ➤ História obstétrica; ➤ Caracterização da gravidez atual; ➤ Realização de exame físico da grávida: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação de sinais vitais; ➤ Despiste de edemas, derrames ou varizes dos membros inferiores; ➤ Presença de corrimento vaginal. ➤ Realização de exame obstétrico: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manobras de Leopold; ➤ Monitorização e avaliação de atividade uterina e frequência cardíaca fetal; ➤ Exame vaginal para despiste de varizes, herpes ou condilomas; ➤ Despiste de hemorroidal; ➤ Realização do toque vaginal; ● Percepção sobre a frequência do curso de preparação para o parto e/ou parentalidade pela grávida e/ou casal; 		<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhada, até à 12ª semana • Autónoma até à 20ª semana 	
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação das expectativas da grávida/casal/acompanhante relativamente ao trabalho de parto e parto ● Admissão da grávida/parturiente/casal no internamento: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Encaminhamento da grávida para um quarto onde permanecerá durante o 1º estadio de TP; ➤ Apresentação da estrutura física do serviço que a parturiente/acompanhante vão utilizar; ➤ Informação sobre normas e rotinas do mesmo, relativas à presença de acompanhante e sobre habituais ou possíveis procedimentos durante o trabalho de parto e parto; ➤ Informação sobre a forma de vigilância da parturiente e do feto (monitorização contínua, com observação na sala de enfermagem e alertas sonoros); ➤ Preparação física da parturiente: ➤ Realização de orientações relacionadas com técnicas de relaxamento, formas como o acompanhante pode ajudar/cooperar com a parturiente; ➤ Detecção precoce de fatores de risco passíveis de afetar a evolução do TP e o bem-estar do feto, fazendo as corretas orientações para cada situação; 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação de medidas corretivas, se necessário, envolvendo a parturiente/família; ● Registo dos dados colhidos de forma clara, precisa e científica. 			
---	--	--	--

5.1 - Aperfeiçoar competências técnicas inerentes ao desempenho do EESMO adquiridos nos estágios anteriores, nomeadamente relacionadas com o toque vaginal e a leitura e interpretação de CTG

Justificação: Os estágios anteriores permitiram a aquisição de competências na execução de algumas técnicas fundamentais ao exercício do EESMO nos respetivos contextos. No entanto para o desempenho no Bloco de Partos é necessário o domínio de algumas dessas competências que considero ter necessidade de aperfeiçoar, pois só com a continuidade e variedade de situações se consegue ter uma maior abrangência e um maior conhecimento capazes de conferir a segurança necessárias a uma prestação de cuidados com qualidade.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ● Execução de toque vaginal sempre que possível e de acordo com a necessidade na vigilância de cada mulher, interpretando as estruturas e tecidos tocados: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Condições da bacia; ➤ Caraterísticas do colo uterino: posição, consistência, apagamento e 	<ul style="list-style-type: none"> ● H3.2 	<ul style="list-style-type: none"> ● Até à 12ª semana 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enf. Mª João ● Enf. Cooperante

<p>dilatação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Integridade das membranas; ✦ Determinação da apresentação, posição variedade e altura. ● Análise e interpretação de registos cardiotocográficos; ● Identificação precoce de sinais de risco relativos à contratilidade uterina e/ou sofrimento fetal; ● Validação com a Enf. cooperante sobre as análises feitas; ● Realização e interpretação do toque vaginal e do registo cardiotocográfico de forma autónoma. 		<ul style="list-style-type: none"> ● Entre a 12ª e a 20ª semana 	
--	--	--	--

6 – Desenvolver competências técnicas relativas à indução do parto e administração de terapêutica

Justificação: Existem situações em que se torna necessário e benéfico para a grávida ou para o feto provocar o parto/nascimento. Identificar estas situações e fazer uma correta vigilância é fundamental para o bem-estar de ambos. Torna-se necessário conhecer os medicamentos utilizados (efeitos desejados e efeitos secundários) bem como a sua administração de acordo com os protocolos em vigor.

Numa situação de indução de parto é necessário dar uma especial atenção às questões sociais, relacionais e emocionais não só da grávida mas também do acompanhante e família, informando-os sobre direitos e deveres de acordo com a legislação, normas do serviço, vontade expressa dos interessados de modo a que o processo (que muitas vezes se torna longo), decorra de forma tranquila sem sobressaltos nem intercorrências.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	DATA DA REALIZAÇÃO	INTERVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica; • Identificação das condições que levam à indução do TP; • Explicação à grávida/acompanhante acerca dos procedimentos e resultados esperados; • Preparação e vigilância da perfusão ocitócica; • Vigilância da administração de Misoprostol “per os” ou vaginais; • Avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização externa e/ou interna; • Avaliação da resposta uterina à terapêutica; • Detecção precoce de efeitos secundários que possam por em risco o bem-estar Materno-Fetal; • Informação da grávida/acompanhante sobre direitos e deveres de acordo com a legislação, normas e necessidades do serviço, vontade expressa dos interessados; • Informação à grávida/acompanhante sobre evolução do trabalho de parto; • Elaboração de registos claros na folha de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • A2 • B3 • H3 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª e 2ª semana • Ao longo do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Mª João

7- Adquirir competências na vigilância e prestação de cuidados à parturiente/casal nos quatro estádios do trabalho de parto

Justificação: Uma das grandes metas deste estágio consiste em adquirir, desenvolver e aprofundar competências nos diferentes estádios do trabalho de parto. Para tal, é necessária a aquisição de competências técnicas, cognitivas e relacionais indispensáveis para a excelência da qualidade na prestação de cuidados nesta área. Este estágio promove e proporciona um processo de aprendizagem indutor do desenvolvimento de atividades e capacidades de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, com vista a obter o bem-estar físico e emocional da mulher/pai e do feto durante o processo de nascimento.

7.1 - Adquirir competências na vigilância e prestação de cuidados à parturiente/casal no 1º estágio do trabalho de parto

Justificação: O primeiro estágio do trabalho de parto é o mais prolongado dos quatro estádios, sendo necessário prestar cuidados de vigilância materno-fetal e cuidar também do acompanhante/família envolvendo-os no plano de cuidados.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Promoção de um ambiente calmo e tranquilizador para a mulher/acompanhante;• Observação do comportamento emocional da parturiente;	<ul style="list-style-type: none">• A2• B3• H3.1	<ul style="list-style-type: none">• Ao longo do estágio	<ul style="list-style-type: none">• Enf. M^º João• Enf. Cooperante

<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a compreensão da mulher/casal acerca das informações transmitidas, especialmente em caso de barreiras linguísticas ou cognitivas; • Demonstração de disponibilidade à mulher/acompanhante; • Envolver a mulher no processo de cuidados e na tomada de decisão das intervenções do enfermeiro, informando-a sobre os procedimentos a executar e como pode colaborar; • Permissão da presença de acompanhante sempre que possível e solicitado; • Satisfação das necessidades da mulher/família; • Promoção do conforto, garantindo sempre que necessário cuidados de higiene parciais, ou da região perineal de modo a favorecer o bem-estar da mulher; • Promoção de medidas de conforto relacionadas com a sede, calor, frio entre outras para que a parturiente se sinta mais confortável; • Administração de terapêutica: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento da administração de terapêutica específica; ➤ Consulta de protocolos institucionais; ➤ Identificação da ação dos fármacos; ➤ Identificação das condições maternas e fetais para a sua utilização; 	<ul style="list-style-type: none"> • H3.2 	<ul style="list-style-type: none"> • Até à 5ª semana 	
---	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interpretação da resposta materno-fetal; ➤ Reconhecimento precoce de sinais de complicações; ➤ Avaliação da eficácia da administração. ● Vigilância do progresso de trabalho de parto promovendo o bem-estar materno-fetal: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorização da TA de hora/hora; ➤ Monitorização da temperatura corporal de 30 em 30 minutos se houver rotura de membranas; ➤ Vigilância e interpretação do padrão de contratilidade uterina; ➤ Vigilância da FCF através de monitorização externa ou interna; ➤ Revisão bibliográfica sobre procedimentos de monitorização interna; ➤ Interpretação do padrão de frequência cardio-fetal; ➤ Correlação entre contractilidade/frequência cardio-fetal; ➤ Reconhecimento precoce de alterações na resposta materna e cardio-fetal ➤ Observação da integridade das membranas; ➤ Realização de amniotomia se necessário, caso não ocorra rotura espontânea na fase ativa do trabalho de parto; ➤ Avaliação da progressão do trabalho de parto através do toque 			
--	--	--	--

<p>vaginal, segundo técnica asséptica;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do bem-estar fetal após execução do toque vaginal; ➤ Promoção de higiene e conforto; <p>● Vigilância do controle da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreensão da singularidade da dor no TP; ➤ Promoção do autocontrolo através do incentivo à utilização de técnicas de respiração e relaxamento aprendidas no curso de PPP ou explicadas no momento, de acordo com a capacidade de interiorização da parturiente; ➤ Implementação de técnicas não farmacológicas (relaxamento, exercícios respiratórios, haptonomia, musicoterapia); ➤ Informação à utente/acompanhante sobre a hipótese de realizar epidural para alívio da dor; ➤ Colaboração com o anestesista na realização da anestesia epidural: ➤ Implementação de técnicas farmacológicas (analgesia sistémica, analgesia epidural): <p>● Reconhecimento precoce de complicações inerentes ao 1º estadio do TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Adequada interpretação dos três componentes do TP – canal de parto, contrações e feto; 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estadio de TP: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dilatação completa; ➤ Necessidade de fazer esforços expulsivos; ➤ Introito vaginal aumentado; ➤ Abaulamento do períneo; ➤ Início da visualização da cabeça fetal. • Registos claros e pertinentes nos diversos suportes existentes. 			
---	--	--	--

7.2 - Adquirir competências no 2º estadio do trabalho de parto

Justificação: O 2º estadio do trabalho de parto é a sequência esperada do 1º estadio. É um período de muita tensão física e emocional, em que o EESMO tem um papel extremamente importante no apoio à parturiente, incentivando-a nos esforços expulsivos e em simultâneo fazendo uma avaliação da evolução do parto, planeando cuidados de enfermagem criteriosamente fundamentados e identificando precocemente sinais de risco de modo a mobilizar os recursos humanos e materiais necessários para dar a resposta precisa às necessidades identificadas.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	DATA DA REALIZAÇÃO	INTERVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Informação à parturiente/acompanhante sobre o progresso da descida fetal; 	<ul style="list-style-type: none"> • A2 • B3 	<ul style="list-style-type: none"> • Ao longo do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Mª João

<ul style="list-style-type: none"> • Informação à equipa multidisciplinar sobre progresso do TP; • Desalgaliação (se estiver algaliada); • Preparação do material necessário para a realização do parto; • Verificação da funcionalidade do equipamento necessário para o parto e para os cuidados ao RN; • Promoção de conforto e segurança da parturiente/acompanhante; • Permissão da presença do acompanhante para estimular os esforços expulsivos (caso tenha acompanhado o trabalho de parto); • Decisão para transferência da mulher para a sala de partos; • Fornecer equipamento de proteção ao acompanhante • Desinfecção das mãos e antebraços • Equipamento com material de proteção (touca, máscara, sapatos, avental e luvas esterilizadas); • Posicionamento da parturiente na marquesa ginecológica atendendo a alguns princípios nas diferentes posições para o parto (comodidade, ação da gravidade, oxigenação materna, que facilite a rotação fetal e que promova o descanso da mulher entre as contrações); • Monitorização cardiotocográfica permanente; • Vigilância do bem-estar materno e fetal; • Observação da eficácia da contractilidade uterina; 	<ul style="list-style-type: none"> • H3 • H4 		
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Explicação à parturiente sobre como efetuar os esforços expulsivos; • Confirmação da progressão da apresentação através da avaliação dos sinais de período expulsivo; • Confirmação das condições da bacia/variedade da apresentação; • Identificação da condição para esforços expulsivos; • Estimulação verbal da parturiente para fazer esforços expulsivos durante as contrações; • Assumir o comando e dar as orientações necessárias à condução do nascimento do feto; • Capacidade de decisão para a episiotomia/analgesia do períneo caso não tenha anestesia epidural; • Desinfecção do períneo, iniciando pela sínfise púbica, parte interna das coxas, região perineal e anal • Execução da técnica do parto: <ul style="list-style-type: none"> ➤ observação da evolução para coroação, ➤ Verificação da elasticidade perineal, ➤ Proteção do períneo (de modo a efectuar sempre que possível o parto de PI), ➤ Controlo da saída da cabeça fetal, ➤ Pesquisa de circulares do cordão, 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desencravamento dos ombros, ➤ Apoio do corpo fetal. ● Prestação de cuidados imediatos ao RN (enfª que realiza o parto): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção da adaptação do RN ao meio ambiente externo através da expressão das vias aéreas e da região torácica no sentido ascendente, de modo a libertar todos os fluidos dificultadores do estabelecimento da respiração; ➤ Hora do nascimento; ➤ Promoção do contacto com o abdómen materno de modo a favorecer a relação precoce da díade/tríade; ➤ Clampagem tardia do cordão quando este deixa de pulsar, se o recém-nascido está bem e a mãe é Rh positivo; ➤ Incentivo ao pai ou à mãe para cortar o cordão umbilical; ➤ Felicidade da mulher/casal pela colaboração e nascimento do seu bebé; ➤ Felicidade da mãe pelo comportamento e esforço realizado; ● Observação de alterações da evolução do TP; ● Registos do período expulsivo. 			
---	--	--	--

7.4 – Adquirir competências na realização de episiotomia e episiorrafia

Justificação: Estas técnicas são as que mais me impressionam na medida em que são das mais agressivas do ponto de vista físico e para mim no ponto de vista emocional por situações vividas no passado, constituindo por isso uma dificuldade a ultrapassar exigindo um aperfeiçoamento não só de técnica mas também de controlo emocional. É com enorme empenho que pretendo aprender a realizar estas técnicas tendo como incentivo a procura da garantia do bem-estar da mulher e do feto/criança, não só no momento do parto, mas também no futuro.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	DATA DA REALIZAÇÃO	INTERVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Observação da realização das técnicas pela Enf. cooperante e por outros profissionais; • Discussão com Enf. cooperante sobre pormenores relevantes na execução das técnicas; • Identificação da necessidade de episiotomia; • Realização de episiotomias; • Na execução da reconstrução do períneo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação dos planos a suturar; ➤ Execução da episiorrafia; ➤ Verificação do bem-estar da parturiente e da necessidade de analgesia; 	<ul style="list-style-type: none"> • A1 • A2 • B3 • H3 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª semana • Três primeiras semanas • 5ª semana • 3ª semana • 2ª semana 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Mª João • Enf. cooperante

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Despiste de proveniência de hemorragias (rutura de vasos nos tecidos a ser suturados ou uterinos); ➤ Informação à mulher sobre necessidade de inspeção retal; ➤ Toque retal para despiste de lacerações ou existência de pontos de sutura potenciadores da criação de aderências. 			
---	--	--	--

7.5 – Desenvolver competências no 3º estadio do trabalho de parto

Justificação: O terceiro estágio do trabalho de parto vai desde o nascimento do bebé até à expulsão da placenta. Idealmente este estadio (Dequitadura) deve ser naturalmente rápido, devendo o útero fazer descolar a placenta por meio de contrações que vão provocando a diminuição da superfície de aderência das vilosidades coriônicas, e expulsando-a até ao exterior. É necessária a vigilância deste processo, estimulando as contrações uterinas e vigiando as perdas hemáticas pelo risco de hemorragias abundantes.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação do estado de consciência e emocional da puérpera; ● Observação dos sinais de descolamento de placenta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ jorro de sangue à vulva, ➤ útero globular e firme, 	<ul style="list-style-type: none"> • A2 • B3 • H3 • H4 	<ul style="list-style-type: none"> • Ao longo do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. M^a João

<ul style="list-style-type: none"> ➤ elevação uterina, ➤ descida do cordão à vulva. ● Observação da saída da placenta por um período até 30 minutos após a saída do RN; ● Execução de a técnica da dequitação, apoiando a saída da placenta, rodando-a de modo a facilitar a saída das membranas o mais integras possível, utilizando como tração o próprio peso da placenta; ● Revisão placentar detalhada: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificação da integridade da placenta e das membranas de modo a identificar a possível retenção de fragmentos; ➤ Observação da placenta: presença de todos os lóbulos, forma, inserção do cordão umbilical, presença de 2 artérias e uma veia no cordão envolvidas pela geleia de wharton; ● Confirmação da contractilidade uterina e do globo de Segurança de Pinard, através de palpação externa; ● Avaliação das perdas hemáticas; ● Administração de ocitócicos; ● Realização da reconstrução do períneo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da mucosa vaginal e períneo, procedendo à sua reconstrução, através da episiorrafia/perineorrafia se necessário; 			
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none">➤ Pesquisa de lacerações;➤ Identificação dos tecidos a suturar;➤ Classificação do tipo de laceração, se for o caso;➤ Execução da reconstrução por planos, sob anestesia;• Execução de cuidados pós-reconstrução:<ul style="list-style-type: none">➤ Verificação de ausência de hemorragias provenientes de vasos sanguíneos;➤ Observação do trajeto anal a fim de despistar lacerações ou suturas no reto;➤ Lavagem e desinfecção perineal.• Verificação do bem-estar materno em termos físicos e psicológicos antes da sua transferência para a sala de recobro;• Promoção da amamentação;• Elaboração de registos nos diversos suportes existentes no serviço.			
---	--	--	--

7.6 – Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no 4º estadio à díade mãe/filho.

Justificação: Após o parto são muitas as adaptações a acontecer na mulher, no casal e no RN. Fisiologicamente o corpo da mulher procura adaptar-se rapidamente ao seu novo estado de pós parto, pelo que é necessário fazer uma adequada vigilância verificando a involução uterina, garantindo a estabilidade hemodinâmica e o bem-estar da mulher.

A possibilidade de a mãe/casal poderem ver, tocar e ouvir finalmente o seu filho, é o culminar de todas as idealizações elaboradas durante a gravidez, apresentando-se como o “produto acabado” de um projeto a dois, que ao ser presenciado e estimulado por outros, fortalece a relação preparando o duo/trio para enfrentar e ultrapassar os obstáculos da vida diária e em simultâneo usufruir das boas experiências.

A adaptação do RN à vida extrauterina e o estabelecimento do aleitamento materno (quando possível e de acordo com a vontade da mulher/casal) é também uma prioridade. Cabe ao EESMO a vigilância do bem-estar do RN e o incentivo e o apoio especializado à mulher/casal num momento de grandes emoções e naturalmente algumas dificuldades, promovendo assim os benefícios inerentes ao aleitamento materno e a vinculação precoce da díade/tríade que é o começo de um processo complexo integrante do projeto de parentalidade.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Transferência da parturiente/acompanhante/RN da sala de partos para o recobro;• Posicionamento da parturiente em decúbito dorsal;• Avaliação e registo dos sinais vitais;• Observação física da parturiente:	<ul style="list-style-type: none">• A2• B3• H4	<ul style="list-style-type: none">• 2º semana	<ul style="list-style-type: none">• Enf. Mª João

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coloração da pele e mucosas, ➤ Mamas e mamilos, ➤ Lóquios, ➤ Involução uterina, ➤ Períneo, ➤ Membros inferiores. ● Avaliação do estado de consciência; ● Avaliação precoce de sinais e sintomas de complicações do 4º estadio (involução uterina, hematomas e hemorragias imediatas); ● Satisfação das necessidades da mulher (frio, calor, fome, sede); ● Incentivo para a eliminação vesical espontânea, durante as duas horas após o parto favorecendo a privacidade, ou efetuar esvaziamento vesical; ● Avaliação de sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda hora de puerpério; ● Avaliação do globo de segurança de Pinard; ● Avaliação e quantificação das perdas sanguíneas, através da realização da expressão uterina; ● Realização de ensino à puérpera sobre as vantagens da auto massagem do útero de 30 em 30 minutos; 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Promoção e estimulação do autocuidado, salientando aspetos relacionados como: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Involução uterina, ➤ Caraterísticas dos lóquios, ➤ Higiene do períneo e das mamas, ➤ Amamentação. ● Promoção da amamentação: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da quantidade de colostro e caraterísticas dos mamilos; ➤ Avaliação da adaptação do RN à mama, estimulando a amamentação e a relação da díade; ● Realização de registos claros, precisos e concisos nos vários suportes existentes no serviço; ● Realização da transferência da puérpera para a unidade de internamento de forma a dar continuidade aos cuidados; ● Toda a informação deve ser transmitida à enfermeira que vai fazer o acolhimento da díade/tríade na unidade de puerpério. 			
---	--	--	--

8 – Adquirir competências técnicas e científicas na prestação de cuidados ao recém-nascido de parto eutócico/distócico, contribuindo para a sua adaptação à vida extrauterina

Justificação: Após o nascimento é necessário verificar e garantir o bem-estar do RN, podendo daí depender o seu bem-estar futuro. Para além da perspetiva física é necessário ter também atenção às perspetivas psicológica e social, tendo o EESMO um papel fundamental na vinculação e relação precoce da díade e da tríade, incentivando o olhar, o toque e a expressão de emoções. Sempre que possível a disponibilização e o incentivo ao pai para a colaboração na prestação dos primeiros cuidados ao RN é importante para a vinculação e a partilha das responsabilidades parentais. Do mesmo modo e de acordo com a vontade da mãe, também a amamentação nos primeiros trinta minutos de vida são importantes para o estabelecimento do aleitamento materno e para a vinculação, tendo mais uma vez o desempenho do enfermeiro uma importância crucial.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Manutenção de um ambiente aquecido e isento de ruídos;• Solicitação do pediatra sempre que necessário;• Desobstrução das vias aéreas se necessário;• Entubação nasogástrica e aspiração do conteúdo gástrico se necessário (presença de sangue ou mecónio);• Receber o recém-nascido num pano esterilizado e aquecido;• Proporcionar a interação precoce pais/filho, estimulando o processo de vinculação;• Avaliação do índice de APGAR ao 1º, 5º e 10 minuto de vida	<ul style="list-style-type: none">• A2• B3• H4.1• H4.2	<ul style="list-style-type: none">• 3ª semana	<ul style="list-style-type: none">• Enf. Mª João

<p>(frequência cardíaca, Frequência respiratória, tônus muscular, resposta aos estímulos e cor da pele);</p> <ul style="list-style-type: none">• Dar banho de imersão e/ou secar o recém-nascido;• Prestar os cuidados sob fonte radiante de calor, se possível com a presença do pai;• Incentivar o pai a colaborar na prestação de cuidados nomeadamente no ato de vestir o RN;• Observação física do RN (despiste de malformações congénitas, traumatismos do parto, integridade da pele, mãos e dedos, genitais e perfuração do ânus), neurológica e comportamental;• Avaliação dos dados antropométricos;• Administração de Vitamina K 1 mg Im, no vasto lateral no terço médio da face anterior da coxa• Aplicação de colírio oftálmico de acordo com norma do serviço (Fucitalmic);• Identificação do recém-nascido com pulseira com o nome da mãe;• Estimulação da amamentação precoce;• Avaliação do estado psicológico da mãe;• Promoção da relação de ajuda com a puérpera/casal.			
--	--	--	--

9– Adquirir competências técnicas na realização/colaboração de partos distócicos

Justificação: O trabalho de parto nem sempre decorre de forma simples e natural. Surgem por vezes problemas ou complicações que levam a distócias, tornando-se então necessária a intervenção do médico obstetra. As distócias podem ser dinâmicas (se relacionadas com disfunção contrátil uterina insuficiente ou ineficaz, interferindo com a progressão ou falta da mesma no apagamento e dilatação do colo uterino) ou mecânicas (se relacionadas com a compatibilidade feto-pélvica por desproporção entre os diâmetros fetais e os da bacia da mulher, impedindo o encravamento ou a progressão fetal no canal de parto). Assim, é fundamental que o EESMO faça a correta vigilância e avaliação do trabalho de parto de modo a identificar precocemente os problemas para poder fazer o respetivo encaminhamento visando sempre o bem-estar da mãe e da criança.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	DATA DA REALIZAÇÃO	INTERVENIENTES
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação sobre a necessidade de parto instrumental;• Avaliação do bem-estar da parturiente e do feto;• Observação das práticas de enfermagem na colaboração em partos distócicos;• Colaboração (acompanhada pela enf. cooperante) na realização de partos distócicos vaginais;• Colaboração autónoma na realização de partos distócicos vaginais;	<ul style="list-style-type: none">• A2• B3• H3	<ul style="list-style-type: none">• 3ª semana• Até à 5ª semana• Até à 12ª semana• Até à 20ª semana	<ul style="list-style-type: none">• Enf. Mª João

<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da utente ao BO no caso de cesariana; • Estabelecimento da relação precoce logo que possível. 			
---	--	--	--

10 – Consolidar competências formativas através da realização do estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia de acordo com as necessidades do serviço e as motivações pessoais

Justificação: a formação em serviço é uma forma de manter atualizados os conhecimentos profissionais, tanto de quem promove e desenvolve o trabalho formativo, como de quem assiste. São momentos que se querem privilegiados pela atualidade e pertinência dos temas tratados. Assim no contexto de estágio é importante o desenvolvimento de atividades direcionadas à consecução deste objetivo, na medida em que o papel de estagiário pode coexistir com o papel de reforço de conhecimentos ou de agente mudança ao intervir numa situação, num problema ou num projeto existentes no serviço, deixando a sua marca de passagem, colaborando na formação em serviço e enriquecendo os conhecimentos profissionais. Este objetivo também se torna importante ao exigir a mobilização de vários tipos de competências, como sejam a gestão de tempo, de recursos humanos e materiais e as competências comunicacionais e formativas algo complexas como as que estão implicadas no ensino de adultos.

<u>ATIVIDADES A DESENVOLVER</u>	<u>COMPETÊNCIAS</u>	<u>DATA DA REALIZAÇÃO</u>	<u>INTERVENIENTES</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião informal com o colega de estágio para delinear a estratégia de definição do tema a trabalhar; 	<ul style="list-style-type: none"> • A1 • A2 	<ul style="list-style-type: none"> • 3ª Semana 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Mª João

<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com as enfermeiras cooperantes e com a enf. chefe para identificação das necessidades de serviço; • Reflexão sobre a conciliação entre as necessidades identificadas e as motivações pessoais; • Realização de pesquisa bibliográfica acerca do tema onde se centrará a atenção; • Realização do trabalho a apresentar no serviço; • Validação do trabalho realizado com as Enf. cooperantes e com a Prof. responsável; • Realização de sessão de formação para apresentação do trabalho realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • B3 • D1 • D2 	<ul style="list-style-type: none"> • Em data a definir 	
--	--	---	--

11 – Avaliar o impacto do CPP na postura e desempenho dos pais no desempenho das competências parentais após o parto

Justificação: É cada vez mais comum a frequência das grávidas nos CPP apresentando como expectativas não só a preparação para o parto mas também a aquisição de competências para a prestação de cuidados ao RN. Em alguns casos os companheiros também frequentam algumas sessões, especialmente as que privilegiam os cuidados ao RN.

Perante a realidade com que se confrontam (a presença do RN) e a possibilidade de poderem prestar alguns cuidados aos seus filhos, como por exemplo vestir o bebé após o nascimento, verifica-se alguma resistência por parte de alguns pais, manifestando inclusivamente a intenção de manipular a criança só depois da queda do coto umbilical, atribuindo essa responsabilidade exclusivamente à mãe.

- Poderá haver alguma relação entre a frequência do Curso de Preparação para a Parentalidade pelos pais e a capacidade/vontade de prestar cuidados ao RN nos primeiros dias de vida?

ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	DATA DA REALIZAÇÃO	INTERVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos casais frequentaram o Curso de Preparação para a Parentalidade; • Identificação dos companheiros que são pais pela primeira vez; • Proporcionar sempre que possível a presença dos pais, durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN pelo EESMO; • Incentivo aos pais sempre que possível, a vestirem o RN; • Observação do comportamento e reação dos pais perante o estímulo ao desempenho de competências parentais; • Registo das observações realizadas; • Análise dos dados obtidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • A1 • A2 • B3 • D1 • D2 • H3 • H4 	<ul style="list-style-type: none"> • Ao longo do estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. M^a João

3 – CONCLUSÃO

Para o delinear do percurso a realizar no contexto desta Unidade Curricular, reveste-se de especial importância a elaboração deste Projeto Individual de Estágio. Após a sua apresentação à Enf. Cooperante e à Prof. Responsável de estágio, será provavelmente alvo de algumas correções e alterações com vista a melhorar e enriquecer o seu conteúdo.

Espero que seja um bom fio condutor e que com ele consiga atingir os objetivos propostos pela Unidade Curricular e os meus próprios objetivos, de modo a que ao concluir este percurso tenha adquirido as competências específicas inerentes ao EESMO.

Desejo sobretudo que os conhecimentos adquiridos contribuam de forma inestimável para o meu desempenho profissional e satisfação pessoal, contribuindo para uma vivência da gravidez e parentalidade cada vez mais saudável e gratificante na nossa comunidade.

Ao definir os objetivos e ao delinear as atividades procurei ter em atenção a sua exequibilidade e pertinência no que respeita ao atendimento da mulher ao longo do trabalho de parto, no parto, puerpério e ao recém-nascido. Serão feitas todas as reformulações que forem consideradas necessárias de modo a que o resultado final seja o melhor possível representando o meu crescimento pessoal e profissional enquanto EESMO.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- REGULAMENTO nº 122/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8648-8653
- REGULAMENTO nº 127/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8662-8666

ANEXO II –

GRELHA TIPO DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS PAIS

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTO

OBJETIVOS:

- Observar atitude/comportamento do pai que participou no CPP, em relação ao RN;
- Avaliar disponibilidade para prestar cuidados do RN
- Avaliar capacidades para prestar cuidados ao RN

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA OBSERVAÇÃO:

- Acompanhante ser o pai do RN
- Ser pai pela primeira vez
- Ter participado no CPP

Observação nº: _____ Data: _____	
Nº aulas frequentadas no CPP	
Presença durante o trabalho de parto	
Presente durante o parto	
Toque na mulher durante o parto	
Felicita a mulher após o parto	
Toca o RN antes de estar vestido	
Colabora espontaneamente nos cuidados ao RN	
Manifesta interesse em partilhar o momento com a mãe	

ANEXO III –

ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES DOS COMPORTAMENTOS DOS PAIS NO BOO

GRELHA SÍNTESE DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTO

	Observação 1 novembro 2012	Observação 2 novembro 2012	Observação 3 dezembro 2012	Observação 4 janeiro 2013	Observação 5 fevereiro 2013
Nº aulas frequentadas no CPP	3	4	2	3	5
Presença durante o trabalho de parto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Presente durante o parto	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Toque na mulher durante o parto	Sim. Manifestou palavras e expressões de incentivo.	Sim. Nervoso.	Sim. Confiante e protetor	Sim. Toque constante .	Sim. Preocupado em estar presente, procurando não dificultar o desempenho dos profissionais, como garantia do bem-estar da mulher.
Felicita a mulher após o parto	Sim, com manifestações de carinho.	Sim, emocionado.	Sim, com orgulho.	Sim, emocionado.	Sim, com manifestações de carinho.
Toca o RN antes de estar vestido	Sim.	Sim.	Sim.	Sim. Toque com as pontas dos dedos para sentir a textura da pele.	Sim.

	Observação 1 novembro 2012	Observação 2 novembro 2012	Observação 3 dezembro 2012	Observação 4 janeiro 2013	Observação 5 fevereiro 2013
Colabora espontaneamente nos cuidados ao RN	Solicitou a possibilidade de dar o banho e vestir, mostrando-se muito interessado em observar e colaborar em todos os procedimentos. Procurou esclarecer dúvidas sobre os cuidados ao RN, mostrando-se disponível para absorver toda a informação dada.	Sim. Hesitante e ansioso, mas disponível.	Sim. Confiante nas suas competências.	Sim. Perfeccionista nos cuidados.	Sim. Questiona para aferir conhecimentos acerca das necessidades e sensações do RN.
Manifesta interesse em partilhar o momento com a mãe	Manifesta-se ansioso em ir para junto da mãe com o RN.			Sim.	Manifesta-se ansioso em ir para junto da mãe com o RN.

ANEXO IV –
GUIÃO DE ENTREVISTAS

GUIÃO DE ENTREVISTA

OBJETIVO:

Colher a perceção das enfermeiras dinamizadoras dos Cursos de Preparação para a Parentalidade acerca da participação dos pais nestes cursos e do seu impacto no comportamento e disponibilidade dos pais para a prestação de cuidados ao Recém-Nascido

LEGITIMAÇÃO:

Apresentar o objetivo da entrevista;

Garantir total confidencialidade dos dados fornecidos e anonimato do entrevistado;

Solicitar após o devido esclarecimento autorização para proceder à gravação da entrevista.

ENTREVISTA Nº: _____		
DATA: _____	HORA: _____	DURAÇÃO: _____
TEMA	QUESTÕES	INDICADORES
• Participação dos pais no CPP	• Na dinamização do CPP, prevê a participação dos pais?	• Organização dos CPP prevê a presença dos pais? • Existe disponibilidade para a presença dos pais no CPP?
	• Quais as temáticas em que os pais são convidados a estar presentes?	• As temáticas abordadas procuram ir ao encontro das necessidades dos pais?
	• Considera que os pais aderem com facilidade?	• Os pais participam por sua iniciativa ou necessitam ser estimulados para frequentar as sessões? • Que constrangimentos ou outras situações interferem na adesão dos pais ao CPP?

<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da participação dos pais no CPP, sobre o seu comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, o facto de os pais frequentarem o CPP interfere ou condiciona a sua disponibilidade para cuidar do RN? 	<ul style="list-style-type: none"> • As temáticas abordadas no CPP despertam o interesse e/ou vontade dos pais para colaborar ou para prestar cuidados ao RN?
	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, o facto de os pais frequentarem o CPP interfere ou condiciona as suas capacidades/habilidades para cuidar do RN? 	<ul style="list-style-type: none"> • As sessões teóricas e práticas apoiam os pais na sua capacitação para cuidar do RN?

ANEXO V –
MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

MATRIZ DE ANÁLISE

SUBTEMA	UNIDADES DE REGISTO
Importância atribuída pelos profissionais acerca da presença dos pais nas sessões teóricas e práticas nos CPP	<p>E1 – (...) acho que é muito importante a participação dos pais em todos os cursos e em todas as aulas. (L3, P1)</p> <p>E2 – Eles são convidados a estar presentes em todas as temáticas, durante todo o curso desde o princípio até ao fim. (L6, P1)</p> <p>E2 – (...) normalmente eu indico como obrigatórias[presença nas sessões], nem lhes dou hipótese para faltarem (...). (L7, P1)</p> <p>E2 – não têm consciência do peso que o facto de o pai frequentar as aulas tem na dinâmica pós parto, porque os pais realmente são o suporte da mãe. (L34, P1)</p> <p>E2 – E realmente eles têm um papel, para mim fundamental, depois do parto. (L41, P2)</p> <p>E2 – (...) porque ele realmente é quem fica a servir de rede (...) Ela e o bebé estão no trapézio, por assim dizer, e eles servem de rede (...) (L45, P2)</p> <p>E3 – Em todos os cursos eu prevejo a participação dos pais. (L3, P1)</p> <p>E3 – Poderão estar presentes em todas as sessões ou naquelas que eu oriento e apelo à sua presença. (L3, P1)</p> <p>E3 – (...) são convidados a estar em tudo o que são sessões teóricas(...) (L9, P1)</p> <p>E4 – (...) em todos os temas eles são convidados e sabem que podem participar (...) (L5, P1)</p> <p>E5 – Em todas as aulas, mas principalmente nas aulas mais teóricas, (...) (L6, P1)</p>

Presença dos pais nos CPP

- E1** – Não é fácil eles estarem presentes em todas as aulas, devido á falta de tempo, mais em termos de horários de trabalho, mas cada vez mais se nota que os pais querem participar. (L4, P1)
- E1** – (...) há muitos pais que acham que é importante e que se envolvem muito agora na gravidez e no decorrer de toda a gravidez e todo o processo, consultas, preparação e tudo... (L16, P1)
- E1** – Acho que cada mais vez se nota os pais estarem mais presentes. (L18, P1)
- E1** – (...) também que se nota muito eles quererem estar durante o trabalho de parto e depois durante o parto, mesmo durante o parto. (L24, P1)
- E2** – Já se vê (...) muito interesse em os pais estarem presentes nas aulas de preparação para o parto. (L21, P1)
- E2** – Se são 2^{os} filhos, também eles ficam muitas vezes com os filhos mais velhos. Então aí há alguma dificuldade em virem. (L27, P1)
- E2** – (...) hoje em dia, eu noto já da parte deles muito mais interesse do que há 5 ou 6 anos atrás. (L28, P1)
- E2** – Os de primeira vez são muito mais interessados, sem sombra de dúvida. (L32, P1)
- E3** – (...) são convidados a estar em tudo o que são sessões teóricas (...). (L9, P1)
- E3** – Eles querem aderir. (L16, P1)
- E3** – Às vezes existem fatores que os impedem de chegar lá. (L16, P1)
- E3** – O que eu noto mais tem que ver com a atividade profissional e os locais em que eles se encontram, um bocado longe (...) (L16, P1)
- E3** – (...) noto também, é que alguns pais que estão desempregados, são pais continuamente presentes e assíduos (...) (L18, P1)

	<p>E3 – (...) em toda a preparação para o parto. (L22, P1)</p> <p>E4 – Prevejo, aí a 25%.(L3, P1)</p> <p>E4 – (...) eles (Ah...) não vão mais porque estão a trabalhar e não têm a disponibilidade para assistir ao curso. (L26, P1)</p> <p>E5 – Em todas as aulas, mas principalmente nas aulas mais teóricas, (...). (L6, P1)</p> <p>E5 – Mas quando eu tento que o horário seja pós laboral, eles aderem. (L16, P1)</p> <p>E5 – (...) dar informação às companheiras, às mães, sobre os temas e com antecedência marco as datas, para elas poderem com os pais, combinar. (L23, P1)</p> <p>E5 – Normalmente, 60 a 70%. (L27, P1)</p>
<p>Temáticas das sessões nos CPP</p>	<p>E1 – Os temas são: os cuidados ao RN; a depressão pós parto; o tema mesmo “O pai” e o “Acompanhante no Bloco de Parto, no Bloco de Partos”. (L10, P1)</p> <p>E2 – (...) normalmente eu indico como obrigatórias, (...) a “Criopreservação”, “Aleitamento Materno”, “Cuidados ao Bebê”. (L8, P1)</p> <p>E2 – (...) algumas sessões, às vezes uma ou duas, (...) para eles tentarem perceberem o que é que as mulheres estão a fazer e no que é que as podem ajudar, (...) depois no trabalho de parto. (L10, P1)</p> <p>E3 – (...) “Amamentação”, “Regresso a casa com o seu bebé”, “O Banho”, “A Massagem” (...) (L10, P1)</p> <p>E4 – (...) há um tema principal que eu... que eu exijo que o pai esteja presente. O tema é: “Métodos Farmacológicos e Não Farmacológicos no alívio da dor” (...) (L6, P1)</p> <p>E4 – Há uma aula que é “Os Cuidados ao RN 1”, (Ah...) que é os primeiros cuidados que são</p>

	<p>prestados ao bebê, desde o banho, mudança de fraldas, cuidados com o umbigo (...) (L17, P1)</p> <p>E5 – “Amamentação”, “Cuidados ao RN”, “Sexualidade na Gravidez”, “Desconfortos na Gravidez”, (ah), “Trabalho de Parto e Parto (...) (L7, P1)</p>
<p>Disponibilidade para cuidar do Recém-nascido</p>	<p>E2 – Mostram-se muito mais disponíveis, (...) para tratar dele. (L50, P2)</p> <p>E3 – (...) interfere de forma positiva (...) (L25, P1)</p> <p>E3 – (...) acho que sim, que eles se sentem mais disponíveis e mais capazes de cuidar do seu bebê. (L26, P1)</p> <p>E4 – (...) ao frequentarem o curso, eles conseguem perceber quais são as dificuldades (...) (L33, P1)</p> <p>E4 – Eles estão mais predispostos para ajudar a mãe porque também obtiveram os conhecimentos (...) (L34, P1)</p> <p>E4 – “Ao frequentarem o curso, eles estão mais envolvidos na gravidez e após o curso tão mais envolvidos com a mãe e sentem-se, sentem-se que fazem parte da tríade...(L38, P2)</p> <p>E5 – Eles vêm porque querem fazer e querem aprender, normalmente é aquilo que eu sinto, é que eles querem estar, adquirir competências para depois poderem tratar dos filhos. (L30, P1)</p>
<p>Competências para cuidar do Recém-nascido</p>	<p>E1 – (...) acho que condiciona muito, eles estão muito mais disponíveis, querem participar ativamente nos cuidados ao RN (...) (L23, P1)</p> <p>E2 – Após o parto, logo, porque eles treinam os cuidados ao RN e portanto o vestir, começa logo a fazer parte de uma das dinâmicas deles. (L54, P2)</p>

E2 – (...) há tarefas que eu costumo identificar como sendo próprias do pai, que eu observo como sendo mais frequentes serem os pais a realizar. Muitas vezes o tratar do coto umbilical, o cortar as unhas e o dar banho, (...) são tarefas que são atribuídas ao pai. (L55, P2)

E2 – (...) o banho, é das coisas que eu noto que os pais se empenham mais em realizar. (L60, P2)

E2 – Ficam muito mais hábeis e muito mais capazes de cuidar do bebê. Nota-se isso muito bem! (L65, P2)

E3 – (...) os pais frequentadores do curso de preparação para o parto adquirem habilidades para melhor cuidar do seu bebê. (L30, P1)

E3 – (...) o feed-back que tenho é que na prática estas habilidades são demonstradas, são faladas pelas mães, portanto, como uma realidade. (L32, P1)

E5 – (...) daquilo que eu observo depois no período pós parto, quando eles vêm às consultas ou (...), aos pesos, normalmente são os pais que despem, são os pais que mudam a fralda, são eles que querem fazer. (L40, P2)

E5 – (...) eu penso que..., eles ficam aptos e ficam muito mais cientes do trabalho deles e daquilo que, que querem fazer. (L42, P2)

E5 – (...) os que vêm pela segunda vez sabem que as coisas mudaram e querem saber o que é que mudou. (L51, P2)

E5 – (...) ele vem também numa perspectiva de apoio àquela mulher, de validar comigo as competências dele, para depois ela se sentir segura que ele sabe fazer. (L57, P2)

ANEXO VI –
ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Tendo por base a identificação dos temas, segue-se a apresentação e análise dos dados colhidos para a realização desta abordagem explanatória, onde se procura fazer a interpretação da informação colhida sob a forma de opinião, junto das enfermeiras entrevistadas acerca da problemática explorada.

Partindo dos temas identificados, será feita a análise relacionando com cada um dos subtemas inerentes conforme pode ver-se no Quadro seguinte.

Quadro 1 – Grelha de análise das entrevistas

TEMA	SUB TEMA
PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NOS CPP	Importância atribuída pelos profissionais acerca da presença dos pais nas sessões teóricas e práticas nos CPP
	Presença dos pais nos CPP
	Temáticas das sessões nos CPP
IMPACTO NOS PAIS PELA FREQUÊNCIA NOS CPP	Disponibilidade para cuidar do Recém-nascido
	Competências para cuidar do Recém-nascido

1 – PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Perante uma sociedade plena de mudanças, adaptações e readaptações, o papel do pai não é exceção. Existe uma consciencialização cada vez maior acerca da necessidade de também os homens se prepararem para a parentalidade, uma realidade em que o seu desempenho é cada vez mais presente e exigente.

Numa época em que as mulheres são cada vez mais absorvidas pelas atividades laborais, quer pelo horário de trabalho, distâncias e responsabilidades, o planeamento e a definição de objetivos e estratégias implica inevitavelmente um maior envolvimento dos homens em todo o processo de parentalidade desde a conceção, gravidez, parto e cuidados ao Recém-nascido e criança. A legislação portuguesa ao prever a licença de paternidade, prevê por inerência a existência de pais capazes de prestar cuidados competentes aos seus filhos.

A passagem de filhos a pais induz muitas vezes um sentimento de responsabilização para o qual os homens sentem necessidade de estar preparados. De entre as diversas possibilidades, os Cursos de Preparação para a Parentalidade surgem como um recurso facilmente acessível tanto em

serviços públicos como em serviços privados. No entanto verifica-se que a presença dos pais no papel de acompanhantes, durante a gravidez não é uma constante, pelo que a autora considera importante fazer uma análise acerca do tema, através da perceção das enfermeiras dinamizadoras destes cursos.

Na sequência da análise do tema “Presença dos pais nos CPP”, emergem três Subtemas: “Importância atribuída pelos profissionais acerca da presença dos pais nas sessões teóricas e práticas nos CPP”; “Presença dos pais nos CPP” e “Temáticas das sessões nos CPP”, cuja análise se apresenta a seguir.

1.1 – Importância atribuída pelos profissionais acerca da presença dos pais nas sessões teóricas e práticas nos CPP

O facto de os CPP serem dinamizados por EESMO garante aos clientes estarem perante profissionais com domínio de competências muito diversas, relacionadas com a mulher, grávida, puérpera, casal e RN. A par com as mudanças sociais tem surgido uma necessidade crescente por parte dos profissionais acerca da presença dos pais nos CPP, perspetivando-os como elementos fundamentais no sucesso do projeto de gravidez e parentalidade *“(…) acho que é muito importante a participação dos pais em todos os cursos e em todas as aulas” (E1, L3, P1); “Eles são convidados a estar presentes em todas as temáticas, durante todo o curso desde o princípio até ao fim.” (E2, L6, P1)*

No entanto, a autonomia e tomada de decisão é um direito que assiste pelo que é comum a todas as entrevistadas a sensibilização e a disponibilidade para a presença dos pais nas suas sessões *“(…) em todos os temas eles são convidados e sabem que podem participar (…)” (E4, L5, P1); “Poderão estar presentes em todas as sessões ou naquelas que eu oriento e apelo à sua presença.” (E3, L3, P1)*

Para alguns profissionais esta presença é de tal modo considerada importante que assume um grande nível de exigência *“(…) normalmente eu indico como obrigatórias[presença nas sessões], nem lhes dou hipótese para faltarem (…)” (E2, L7, P1)*

Na verdade, a importância atribuída pelos profissionais à presença dos pais nos CPP prende-se essencialmente com a preocupação com o bem estar e com a promoção de boas dinâmicas do casal/família após o nascimento do bebé, considerando que *“(…) não têm consciência do peso que o facto de o pai frequentar as aulas tem na dinâmica pós parto, porque os pais realmente são o suporte da mãe.” (E2, L34, P1)* Reforçando ainda com uma curiosa analogia *“(…) porque ele realmente é quem fica a servir de rede (…)* Ela e o bebé estão no trapézio, por assim dizer, e eles servem de rede (…)” *(E2, L45, P2)*

1.2 – Presença dos pais nos CPP

A existência de recursos na comunidade relacionados com o apoio à parentalidade como é o caso dos CPP, quer em serviços públicos quer privados, é uma mais-valia da sociedade atual.

Os CPP preveem a participação das grávidas/casais habitualmente a partir das 28 semanas de gestação. Apesar de a legislação prever e apoiar o pai do bebé no acompanhamento da gravidez, a presença em todas as sessões implica a necessidade de uma grande disponibilidade para a sua frequência sem faltas. Sendo contempladas aulas teóricas e práticas, são essencialmente incentivados a estar presentes nas sessões teóricas, com o intuito de adquirirem mais informação relacionada com o período do puerpério e com as necessidades do RN “ (...) *são convidados a estar em tudo o que são sessões teóricas (...)* ” (E3, L9, P1); “*Em todas as aulas, mas principalmente nas aulas mais teóricas, (...)* ” (E5, L6, P1)

Impelidos pelas expectativas pessoais, familiares e sociais os pais manifestam um desejo e uma necessidade cada vez maior de acompanharem a gravidez e de estarem presentes nos CPP “ (...) *hoje em dia, eu noto já da parte deles muito mais interesse do que há 5 ou 6 anos atrás.* ” (E2, L28, P1); “*Acho que cada mais vez se nota os pais estarem mais presentes.* ” (E1; L18, P1); “ (...) *há muitos pais que acham que é importante e que se envolvem muito agora na gravidez e no decorrer de toda a gravidez e todo o processo, consultas, preparação e tudo... .* ” (E1, L16, P1)

Pode observar-se com alguma facilidade uma preocupação cada vez mais comum nos casais em encarar a gravidez, o parto e a parentalidade como um projeto comum, com responsabilidades partilhadas “*Já se vê (...) muito interesse em os pais estarem presentes nas aulas de preparação para o parto [parentalidade].* ” (E2, L21, P1)

Se por um lado se pode observar uma maior frequência do companheiro na vigilância da gravidez, também é cada vez mais comum manifestarem o desejo de quererem acompanhar todo o processo do parto até ao nascimento do bebé “ (...) *também que se nota muito eles quererem estar durante o trabalho de parto e depois durante o parto, mesmo durante o parto.* ” (E1, L24, P1)

Parecem existir grandes diferenças no que respeita à adesão dos pais aos CPP “*Prevejo, aí a 25%.* ” (E4, L3, P1); “*Normalmente, 60 a 70%.* ” (E5, L27, P1), podendo eventualmente ser atribuídas a múltiplos fatores (pessoais, sociais, culturais ou outros, cujo estudo sai do âmbito deste trabalho) que têm como resultado servir de obstáculos ou de incentivadores para essa adesão.

Existem alguns constrangimentos identificados que podem dificultar aos pais conseguir concretizar plenamente os seus desejos “*Eles querem aderir.* ” (E3, L16, P1); “*Às vezes existem fatores que os impedem de chegar lá.* ” (E3, L16, P1).

Os constrangimentos identificados relacionam-se sobretudo com dois aspetos:

- os condicionantes laborais “(...) eles (Ah...) não vão mais porque estão a trabalhar e não têm a disponibilidade para assistir ao curso.” (E4, L26, P1); “Não é fácil eles estarem presentes em todas as aulas, devido á falta de tempo, mais em termos de horários de trabalho, mas cada vez mais se nota que os pais querem participar.” (E1, L4, P1); “O que eu noto mais tem que ver com a atividade profissional e os locais em que eles se encontram, um bocado longe (...)” (E3, L16, P1).

Constata-se assim que embora a legislação procure promover a parentalidade, os pais têm dificuldade em conjugar as suas atividades laborais com a concretização de alguns aspetos importantes para a transição para a parentalidade, como é a frequência dos CPP. Esta realidade é reforçada por oposição com a falta de emprego “(...) noto também, é que alguns pais que estão desempregados, são pais continuamente presentes e assíduos (...)”, (E3, L18, P1) “(...) em toda a preparação para o parto.” (E3, L22, P1)

Os EESMO parecem estar sensíveis a esta constatação e vão procurando encontrar estratégias promotoras do aumento da frequência da presença dos pais nos CPP (de acordo com as características e possibilidades dos serviços ou locais onde dinamizam os cursos) como: “(...) dar informação às companheiras, às mães, sobre os temas e com antecedência marco as datas, para elas poderem com os pais, combinar.” (E5, L23, P1); “Mas quando eu tento que o horário seja pós laboral, eles aderem.” (E5, L16, P1)

- os condicionantes familiares. Sendo pais pela primeira vez, parecem estar mais disponíveis para as aulas de CPP “Os de primeira vez são muito mais interessados, sem sombra de dúvida.” (E2, L32, P1). A necessidade de apoiarem a família pode ser um condicionante “Se são 2^{os} filhos, também eles ficam muitas vezes com os filhos mais velhos. Então aí há alguma dificuldade em virem.” (E2, L27, P1)

1.3 – Temáticas das sessões nos CPP

Com a dinamização dos CPP nasce um espaço de excelência para a abordagem com as grávidas e com os casais, das mais variadas temáticas relacionadas com a gravidez, o parto e com o bebé. Saem assim reforçadas as possibilidades de aquisição de conhecimentos e competências para enfrentar um período tão delicado na vida de qualquer mulher, homem e/ou casal, como é a transição para a parentalidade.

A evolução da sociedade portuguesa e de muitos dos seus conceitos promove atualmente a necessidade de os homens procurarem e adquirirem conhecimentos que lhes garantam a capacidade de desempenhar corretamente os papéis de homem, companheiro, marido e pai, tendo

frequentemente que recusar “de uma assentada, a herança cultural de várias gerações e o modelo exemplificativo dos próprios pais, em muito diferentes do dos pais atuais.” (CORDEIRO, 2013).

O mesmo autor refere que “os cursos podem ajudar os pais a lidar com todas as questões que o nascimento do bebé envolve (...), transmitindo ainda ensinamentos importantes no que diz respeito ao recém-nascido (...) o que, por conseguinte, confere segurança e tranquilidade aos pais.” (CORDEIRO, 2013)

As presenças dos pais como acompanhantes prendem-se habitualmente com questões relacionadas com a gravidez, o parto e com o bebé, pelo que se oferece uma abrangência de temas que procuram envolver o pai como elemento fundamental de cuidados à mãe e à criança, ao mesmo tempo que têm como objetivo a sua capacitação “*Os temas são: os cuidados ao RN; a depressão pós parto; o tema mesmo “O pai” e o “Acompanhante no Bloco de Parto, no Bloco de Partos”*”. **(E1, L10, P1)**

A diversidade das temáticas abordadas nas sessões é assim uma realidade disponibilizada pelos CPP, procurando ir ao encontro dos interesses e necessidades das grávidas e dos pais. Os cursos preveem apoiar as grávida/casais para o momento do parto, procurando adaptar-se e ir ao encontro das possibilidades dos pais, sem descurar as limitações relativas à disponibilidade, conforme referido anteriormente “*(...) algumas sessões, às vezes uma ou duas, (...) para eles tentarem perceberem o que é que as mulheres estão a fazer e no que é que as podem ajudar, (...) depois no trabalho de parto.*” **(E2, L10, P1).**

A preparação para o parto e o bem estar da parturiente são comumente os principais focos de atenção das enfermeiras dinamizadoras dos CPP, focando-se em diversas perspetivas de modo a que as experiências do trabalho de parto e parto sejam o mais gratificantes possível “*(...) há um tema principal que eu... que eu exijo que o pai esteja presente. O tema é: “Métodos Farmacológicos e Não Farmacológicos no alívio da dor” (...)*”. **(E4,L6, P1).** Perceciona-se da sua parte uma preocupação evidente e um enfase cada vez maior relativo à proximidade e inclusão do pai, incluindo-se no “menu” diversos temas “*(...) normalmente eu indico como obrigatórias, (...) a “Criopreservação”, “Aleitamento Materno”, “Cuidados ao Bebê”.*” **(E2, L8, P1).**

Relativamente ao bebé existe também um compromisso e uma dedicação especial, procurando a aproximação entre o sonho e a realidade do bebé imaginado e do bebé real “*Há uma aula que é “Os Cuidados ao RN 1”, (Ah...) que é os primeiros cuidados que são prestados ao bebé, desde o banho, mudança de fraldas, cuidados com o umbigo (...)*” **(E4, L17, P1); “ (...)** “*Amamentação”, “Retorno a casa com o seu bebé”, “O Banho”, “A Massagem” (...)*”. **(E3, L10, P1)**

2 – IMPACTO NOS PAIS PELA FREQUENCIA NOS CPP

O nascimento de um filho é algo único que traz consigo sensações e emoções ímpares. Se bem que a expectativa do sucesso deste momento recaia sobre a parturiente, ela necessita de todo o apoio de uma equipa, da qual o pai faz parte e é elemento essencial. Como tal, espera-se que este tenha uma atitude de apoio e de interesse em relação à parturiente e ao feto e depois ao recém-nascido. Como foi referido anteriormente, é assim necessário que se prepare para este período tão especial.

Embora numa primeira análise se possa entender que a maioria das sessões nos CPP são dirigidas à grávida, à parturiente ou ao pai, o resultado final tem inevitavelmente impacto no RN, pela expectativa, pelos conhecimentos e segurança na forma como é acolhido e cuidado.

A análise das entrevistas realizadas permitiu evidenciar o tema que é a base do objetivo deste trabalho: “Impacto nos pais pela frequência nos CPP”, sendo subdividido em dois subtemas “Disponibilidade para cuidar do Recém-nascido” e “Competências para cuidar do Recém-nascido”

2.1 – Disponibilidade para cuidar do Recém-nascido

As alterações que se têm vindo a observar nas características sociais do papel do pai são uma constante. Existe como que um despertar de necessidades de aquisição de competências, demonstrando uma maior disponibilidade do pai para cuidar do recém-nascido *“Eles vêm porque querem fazer e querem aprender, normalmente é aquilo que eu sinto, é que eles querem estar, adquirir competências para depois poderem tratar dos filhos.” (E5, L30, P1)*. No entanto, apesar disso nem sempre o pai tem a noção das suas necessidades de informação, *“(…) ao frequentarem o curso, eles conseguem perceber quais são as dificuldades (…)” (E4, L33, P1)*. Os cuidados ao recém-nascido tendem por isso mais facilmente, a ser partilhados pelo casal beneficiando a qualidade da relação entre si e com o bebé *“Eles estão mais predispostos para ajudar a mãe porque também obtiveram os conhecimentos (…).” (E4, L34, P1)*

Ao frequentarem as sessões dos CPP os pais têm a oportunidade de desmistificar medos, esclarecer dúvidas e ainda incrementar os seus conhecimentos relacionados com os cuidados ao recém-nascido. A sua presença *“(…) interfere de forma positiva (…)” (E3, L25, P1)* influenciando a postura e a forma como promovem o seu envolvimento com a grávida e com o bebé *“Ao frequentarem o curso, eles estão mais envolvidos na gravidez e após o curso tão mais envolvidos com a mãe e sentem-se, sentem-se que fazem parte da tríade...(E4, L38, P2); “(…) acho que condiciona*

muito, eles estão muito mais disponíveis, querem participar ativamente nos cuidados ao RN (...) ” (E1, L23, P1); “Mostram-se muito mais disponíveis, (...) para tratar dele. ” (E2, L50, P2).

O domínio do conhecimento pode influenciar a disponibilidade para a concretização das atividades junto do recém-nascido em parceria com a mãe ou sozinhos “ (...) acho que sim, que eles se sentem mais disponíveis e mais capazes de cuidar do seu bebê.” (E3, L26, P1)

2.2 – Competências para cuidar do Recém-nascido

Por frequentarem as sessões disponibilizadas nos CPP, espera-se que os pais sejam influenciados positivamente sobre a forma como irão interagir com os seus filhos recém-nascidos, tornando-se mais competentes “ (...) eu penso que..., eles ficam aptos e ficam muito mais cientes do trabalho deles e daquilo que, que querem fazer. (E5, L42, P2). Presume-se existir da parte do pai uma preocupação não só com as suas necessidades como também com as da mãe “ (...) ele vem também numa perspetiva de apoio àquela mulher, de validar comigo as competências dele, para depois ela se sentir segura que ele sabe fazer. ” (E5, L57, P2)

Parece então existir uma relação direta entre as dinâmicas utilizadas nas sessões dos CPP e o desempenho dos pais referido pelas enfermeiras entrevistadas “(...) acho que condiciona muito, eles estão muito mais disponíveis, querem participar ativamente nos cuidados ao RN (...)” (E1, L23, P1), “(...) o feed-back que tenho é que na prática estas habilidades são demonstradas, são faladas pelas mães, portanto, como uma realidade.” (E3, L32, P1); “ (...) os pais frequentadores do curso de preparação para o parto adquirem habilidades para melhor cuidar do seu bebê.” (E3, L30, P1); “Ficam muito mais hábeis e muito mais capazes de cuidar do bebê. Nota-se isso muito bem! ” (E2, L65, P2)

Quando se trata de um segundo ou mais filhos, existem pais que mantêm presente a necessidade de se manterem atualizados e de cuidar bem do seu bebê “ (...) os que vêm pela segunda vez sabem que as coisas mudaram e querem saber o que é que mudou. ” (E5, L51, P2)

A capacidade de se relacionar e de cuidar do bebê é frequentemente posta à prova precocemente, logo após o nascimento, “ Após o parto, logo, porque eles treinam os cuidados ao RN e portanto o vestir, começa logo a fazer parte de uma das dinâmicas deles. ” (E2, L54, P2). Esta capacidade vai continuar a ser mobilizada e aperfeiçoada conferindo aos pais uma autoconfiança que os leva a assumir como algumas tarefas como suas e que são observadas em momentos formais “ (...) daquilo que eu observo depois no período pós parto, quando eles vêm às consultas ou (...), aos pesos, normalmente são os pais que despem, são os pais que mudam a fralda, são eles que querem fazer.” (E5, L40, P2)

Avaliando o desempenho do papel parental, as enfermeiras vão mais longe nas suas constatações “ (...) há tarefas que eu costumo identificar como sendo próprias do pai, que eu observo como sendo mais frequentes serem os pais a realizar. Muitas vezes o tratar do coto umbilical, o cortar as unhas e o dar banho, (...) são tarefas que são atribuídas ao pai.” (E2, L55, P2); “ Após o parto, logo, porque eles treinam os cuidados ao RN e portanto o vestir, começa logo a fazer parte de uma das dinâmicas deles.” (E2, L54, P2) “ (...) o banho, é das coisas que eu noto que os pais se empenham mais em realizar.” (E2, L60, P2).

ANEXO VII –
ARTIGOS SELECCIONADOS

Parents' Expectations About Participating in Antenatal Parenthood Education Classes

Ingegerd Ahldén, RNM, MPH

Siw Ahlehagen, RNM, PhD

Lars Owe Dahlgren, PhD

Ann Josefsson, MD, PhD

ABSTRACT

Our objective was to assess parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes and to determine whether their expectations might be related to gender, age, and educational level. Data from 1,117 women and 1,019 partners residing in three cities in Sweden were collected with a questionnaire in a cross-sectional study. Participants believed that antenatal education classes would help them to feel more secure as parents and to be better oriented toward childbirth. Men had more positive expectations about the childbirth than the women. The participants mostly wanted help in preparing for parenthood and in learning infant care skills, followed by help in preparing for childbirth. The participants' expectations were affected by gender, age, and educational level. The expectant parents appeared to want more focus on preparation for parenthood than on childbirth.

The Journal of Perinatal Education, 21(1), 11–17, <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.11>

Keywords: antenatal parenthood education classes, antenatal programs, prospective parents' expectations

Antenatal education is offered to expectant parents worldwide with the aim of providing them with strategies for dealing with childbirth and parenthood. These programs, usually offered within the antenatal care system, have traditionally focused on expectant mothers; however, during the past decades, the focus in many countries has been extended to include expectant fathers (Chalmers, Mangiaterra, & Porter, 2001; World Health Organization, 2004). This approach is in line with the World Health Organization's recommendation based on the importance of encouraging both women and their partners to take

equal responsibility for their child even before the child is born (Morse, Buist, & Durkin, 2000).

The transition to parenthood includes a radical change in the lives of both women and men, requiring them to make significant adjustments, and the need for dealing with this change becomes apparent during pregnancy when the couples need

The transition to parenthood includes a radical change in the lives of both women and men, requiring them to make significant adjustments.

to understand that this change will affect them from then on (Ahlborg, Persson, & Hallberg, 2005; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett, & Charles, 2004). The experience of parenthood may not always be in accordance with the expectations of the future parents, which is why it is essential to study the impact of factors such as gender roles, relationship quality, and dyadic satisfactions on expectant parents' expectations, even during pregnancy (Matthey et al., 2002; Morse et al., 2000). Previous research has focused mainly on women's transition to motherhood (Mercer, 2006; Nelson, 2003). However, in the past decade, men's transition to fatherhood and paternal involvement with the child has gained increasing interest (Condon, Boyce, & Corkindale, 2004; Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, & Bremberg, 2008). Some researchers have concluded that antenatal care programs and parenthood education classes (PECs) need to give more attention to men's knowledge about pregnancy and childbirth (Boyce, Condon, Barton, & Corkindale, 2007; Condon et al., 2004; Fagerskiöld, 2008). If antenatal PEC can help men make the transition to fatherhood, it can be expected to benefit not only the man but also his partner and their infant (Buist, Morse, & Durkin, 2003). The transition to parenthood is complex and may also be affected by age, educational level, and professional status in addition to the aforementioned factors of gender roles, relationship quality, and dyadic satisfactions (Halford, Petch, & Creedy, 2010).

Although antenatal education programs are well established in many countries, the impact of such classes has not been subject to thorough scrutiny, according to a Cochrane Library review of antenatal PEC programs offered throughout the world (Gagnon & Sandall, 2007). This review states that the effect of antenatal PEC on the overall acquisition of knowledge and on the parents' ability to care for infants and to make psychological and social adjustments in the transition to parenthood is still largely unknown (Gagnon & Sandall). Recently published Swedish studies have concluded that participation in antenatal PECs do not seem to affect the first-time mother's experience of childbirth and her understanding of the skills needed to be a parent (Bergström, Kieler, & Waldenström, 2009; Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2005). In contrast with these findings, a randomized controlled trial from Australia found that an antenatal education program focusing on parenting improved maternal self-efficacy and parenting knowledge (Svensson, Barclay, & Cooke, 2009).

Both the organization and the actual performance of antenatal PECs in Sweden have been carefully surveyed (The Swedish Society of Obstetrics and Gynecology [SFOG], 2008). Obstetricians' and midwives' conceptions of PECs and their time spent on providing antenatal PECs have been investigated, and the costs of conducting PECs have been calculated (Ahldén, Goransson, Josefsson, & Alehagen, 2008; Bremberg, 2006; SFOG, 2008). However, none of these studies examined what the expectant parents believe they will get from taking part in antenatal PECs before they actually start the classes.

Expectations and motivation are strong factors that influence the learning process (Knowles, Holton, & Swanson, 1998; Marton & Booth, 1997). Therefore, a better understanding of what future parents expect they will get from antenatal PECs is needed for developing a useful program of antenatal education. Knowledge about future parents' expectations is also a necessary prerequisite for identifying variables that can be used in the evaluation of antenatal PECs. Hence, the aim of this study was to investigate the expectations of future parents who choose to participate in antenatal PECs. A secondary aim was to determine how the parents' expectations might be related to gender, age, and educational level.

METHODS

All pregnant women and their partners who attended the first session of PECs at antenatal care clinics in three cities located in southeastern Sweden were invited to participate in our descriptive cross-sectional study. The communities and their catchment areas have a population of around 500,000 people. These communities include major industrial and high technological and educational enterprises as well as farming areas. Study enrollment took place between February and December 2005. The inclusion criteria were the ability to understand Swedish and being 18 years of age or older. Out of 1,227 consecutively registered pregnant women who attended the antenatal PECs, seven individuals did not meet the inclusion criteria. A total of 1,220 eligible pregnant women and their partners were invited to participate, and 1,117 women (92%) and 1,019 partners gave informed consent to participate in the study.

We developed a structured 10-item questionnaire to collect data for this study. The items were based on the Swedish National Guidelines of Public Health (Swedish National Institute of Public Health, 2003), the Intention of Performance of the Swedish

PEC (SFOG, 2008), and the results from two studies: a pilot study of nine couples who had participated in antenatal PECs and a study that focused on perceptions of antenatal PECs among midwives and obstetricians in charge of antenatal care programs (Ahldén et al., 2008).

The questionnaire was tested for face validity and acceptability in a sample of nine couples and in a group of 10 antenatal PEC-midwives, which resulted in minor revisions. The 10-item questionnaire has a four-level descriptive scale. Three items focus on parents' expectations concerning childbirth, parenthood, and participation in antenatal PECs and can be answered with the following alternatives: *very negative*, *fairly negative*, *very positive*, and *fairly positive*. Seven items concern the expectant parents' reasons for participating in PECs and comprise the following response alternatives: *I disagree*, *I partly disagree*, *I somewhat agree*, and *I fully agree*. In addition, there are questions about sociodemographic characteristics.

At the beginning of the first session of the PEC, the participants received verbal and written information about the study. In addition, they were informed about the option of withdrawing from the study at any time without giving any reason, and they were assured that all information would be handled confidentially. Written consent was then obtained from each participant. The questionnaires were completed individually and thereafter placed in an unmarked envelope. These envelopes were then sent to the study coordinator. The study was approved by the regional ethical review board in Linköping, No. 43-05.

Statistical Analysis

The four response alternatives of the questionnaire were dichotomized as *negative* or *positive* and *disagree* or *agree* in order to avoid too small numbers in the cells. The original five levels of education were dichotomized to two variables: individuals having a high school degree or less (less than or equal to 12 years) and individuals with college/university experience (more than or equal to 13 years). Group differences were estimated with the chi-square test on sociodemographic variables and the Student's *t* test on continuous variables.

The chi-square test was used to test for differences in the parents' PEC expectations and reasons for participating in PECs with regards to gender, age, and educational level. Data were also analyzed

by means of logistic regression analysis, with age, gender, and education identified as independent categorical variables and with each question concerning the expectations and reasons for participating identified as dependent variables in order to simultaneously adjust for the three background characteristics. Because there were no substantial differences between these additional analyses and the chi-square analyses, only the chi-square values are presented here. Statistical significance was defined as two-sided *p* values using a significance level of 5%.

The statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences software version 14.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTS

The sociodemographic variables of gender, age, and educational level are presented in Table 1. Most of the participants were married or cohabiting, and less than 1% were single or noncohabitant. The participants included first-time parents, current parents, and "mixed couples" in which either the woman or the man was a first-time expectant parent. All the participating partners were male. The distribution of age in our sample corresponds with the national mean age of women who had given birth during the period of the study (Swedish National Board of Health and Welfare, 2005).

More than 90% of the participants had positive expectations about participating in antenatal PECs. Women were more positive than men (96% vs. 92%, $p < .001$) in their expectations. Men were more positive about the childbirth than women (92% vs. 87%, $p < .001$). Expectant parents who were older ($p = 0.019$) and had a higher educational level

TABLE 1
Sociodemographic Variables of the Study Participants

Variables	Women	Men	<i>p</i>
Age (in years ^a)	Mean (<i>SD</i>)	Mean (<i>SD</i>)	
	29 (5)	31 (5)	<.001
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Highest educational level ^b			
High school degree or less (≤ 12 years)	560 (50)	626 (62)	<.001
College/university (≥ 13 years)	533 (50)	384 (38)	

^aStudent's *t* test.

^bChi-square test.

($p < .001$) had more negative expectations about childbirth.

The reasons for participating in antenatal PECs are shown in Table 2. Most women (91%) and men (90%) agreed that participating in antenatal PECs would help them feel more secure as parents, and 86% of the participants thought that PECs would help them feel more secure in taking care of their newborn child. More women than men agreed that the PECs would help them to reduce their fear of childbirth (80% vs. 75%, $p = .006$), as did younger participants compared with older ones (18–24 years old, 82%; 35–50 years old, 73%, $p < .032$). Participants with a lower educational level were also more convinced that the antenatal PECs would help them reduce their fear of childbirth (less than or equal to 12 years, 80%; more than or equal to 13 years, 74%, $p = .002$). Men agreed to a higher degree than women that they participated in the PECs because they were expected to take part in parental training (52% vs. 41%, $p < .001$). Compared to women, men

more often agreed with the statement that the PECs could positively affect a couple's relationship (73% vs. 67%, $p = .001$). More expectant parents with less than or equal to 12 years of education thought that participating in antenatal PECs could positively affect their relationship with their partner (less than or equal to 12 years, 73%; more than or equal to 13 years, 66%, $p < .001$).

The top two reasons that both the women and the men gave for participating in antenatal PECs was that it would help them feel more secure as a parent and more secure in taking care of their newborn. A ranking model is presented in Table 3 in order to elucidate similarities and differences between the expectant parents' reasons for participating in PECs (Table 3).

DISCUSSION

Our descriptive cross-sectional study investigated women's and men's expectations about and reasons for participating in antenatal PECs. We chose

TABLE 2
Reasons for Participating in the Antenatal Parenthood Education Classes

	Gender			Age Range (in Years)				Educational Level		
	Female <i>n</i> (%)	Male <i>n</i> (%)	<i>p</i> *	18–24 <i>n</i> (%)	25–34 <i>n</i> (%)	35–50 <i>n</i> (%)	<i>p</i> *	≤12 Years <i>n</i> (%)	≥13 Years <i>n</i> (%)	<i>p</i> *
<i>I participate because:</i>										
<i>I want to meet other expectant parents.</i>										
Disagree	187 (17)	295 (29)	<.001	48 (18)	332 (22)	83 (26)	.078	249 (21)	230 (25)	.072
Agree	922 (83)	708 (71)		217 (82)	1,146 (78)	237 (74)		922 (79)	706 (75)	
<i>It will help me to feel more secure as a parent.</i>										
Disagree	97 (9)	104 (10)	.213	21 (8)	146 (10)	31 (10)	.601	99 (8)	101 (11)	.061
Agree	1,015 (91)	905 (90)		246 (92)	1,340 (90)	288 (90)		1,081 (92)	835 (89)	
<i>It will decrease my fear of childbirth.</i>										
Disagree	225 (20)	254 (25)	.006	48 (18)	334 (23)	87 (27)	.032	237 (20)	241 (26)	.002
Agree	887 (80)	752 (75)		218 (82)	1,147 (77)	234 (73)		939 (80)	695 (74)	
<i>It will help me feel more secure in taking care of the newborn.</i>										
Disagree	146 (13)	143 (14)	.478	35 (13)	199 (13)	49 (15)	.643	154 (13)	134 (14)	.412
Agree	965 (87)	864 (86)		232 (87)	1,284 (87)	271 (85)		1,023 (87)	802 (86)	
<i>It is expected that parents-to-be will take part in antenatal parenthood education classes.</i>										
Disagree	656 (59)	478 (48)	<.001	150 (57)	799 (54)	162 (51)	.343	611 (52)	521 (56)	.092
Agree	453 (41)	527 (52)		114 (43)	684 (46)	157 (49)		563 (48)	414 (44)	
<i>It will help me to manage childbirth better.</i>										
Disagree	148 (13)	149 (15)	.320	37 (14)	203 (14)	49 (15)	.750	170 (14)	125 (13)	.462
Agree	964 (87)	857 (85)		230 (86)	1,279 (86)	271 (85)		1,006 (86)	812 (87)	
<i>It can positively affect my relationship with my partner.</i>										
Disagree	370 (33)	271 (27)	.001	82 (31)	451 (30)	96 (30)	.982	317 (27)	321 (34)	<.001
Agree	737 (67)	738 (73)		184 (69)	1,030 (70)	223 (70)		860 (73)	612 (66)	

*Chi-square test

TABLE 3
Ranking of Reasons to Participate in Antenatal Parenthood Education Classes

Reasons	Women % (Ranking)	Men % (Ranking)
I think that it will help me to feel more secure as a parent.	91 (1)	90 (1)
I think that it will help me feel more secure in taking care of the newborn.	87 (2)	86 (2)
I think that it will make me better able to manage the childbirth.	87 (2)	85 (3)
I want to meet other expectant parents.	83 (3)	71 (6)
I think that it will decrease my fear of childbirth.	80 (4)	75 (4)
I think it can provide support to a couple's relationship.	67 (5)	73 (5)
It is expected that parents-to-be will take part in antenatal parenthood education classes.	41 (6)	52 (7)

a quantitative method in order to collect data from a large population. The results indicate that there is consensus among expectant parents about some aspects of participating, despite differences in age, gender, and educational level. We found that parents are overwhelmingly positive about participating in antenatal PECs, which might indicate that this activity meets the needs of prospective parents. It is worth noting that the participation rate in this study was high (greater than 90%), which adds to the reliability of the study.

Most of the women and men reported high expectations about the experience of childbirth and becoming parents, with no gender-related differences apparent in their expectations. Younger participants were more positive in their expectations than older participants. Similarly, participants with a lower educational level were more positive than participants with a higher level of education. These differences might be explained by the fact that the older participants, who also had a higher level of education, might have developed a more critical way of thinking.

Birth is but one day in a life, whereas parenthood is an experience for an entire life; understanding this notion may explain why the highest ranked reason for participating in antenatal PECs, among both men and women, was to feel more secure as a parent. From a historical perspective, antenatal PECs have focused on preparation for childbirth because of a belief that the childbirth experience is the main interest among parents-to-be. However,

studies indicate that during the period of pregnancy, women and men have already reached beyond the childbirth and embraced the transition to parenthood (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Matthey et al., 2002).

In this study, the statement "to be better able to manage the childbirth" was highly ranked among both women and men as a reason for participating in antenatal PECs. The statement "to feel more secure in taking care of the newborn" was also highly ranked. In a previous study of fathers' experiences of childbirth education, preparation for the childbirth itself was considered essential as well as physical training and providing men with techniques for supporting the woman during labor (Premberg & Lundgren, 2006).

In this study, we found that more men than women thought that the antenatal PECs could support the relationship with their partner. In a study from the United Kingdom, researchers found that first-time mothers and their partners would have liked more knowledge about relationship changes and their partner's perspective (Deave et al., 2008).

Eight percent of the men in this study participated in the PEC program despite negative expectations. Similar results have been found in prior studies (Condon et al., 2004; Hallgren, Kihlgren, Forslin, & Norberg, 1999). A potential source of stress for expectant fathers is a lack of congruence within the couple concerning their expectations about support and assistance during pregnancy and childbirth (Boyce et al., 2007). Hence, the fact that both the woman and the man participate in the PECs might facilitate the man's engagement and transition to fatherhood.

Identifying individuals with a fear of childbirth was not one of the aims of this study. However, we did want to learn whether or not antenatal PECs were expected to help a parent deal with a fear of childbirth. We found that more women than men agreed with the statement that antenatal PECs would help them to reduce their fear of childbirth, as did younger participants, compared with older participants and participants with a lower educational level. Experiencing fear of childbirth represents a significant burden for both parents (Eriksson, Jansson, & Hamberg, 2006).

A potential source of stress for expectant fathers is a lack of congruence within the couple concerning their expectations about support and assistance during pregnancy and childbirth.

Our study's results show that parents who fear childbirth and require specific needs to address their fears do participate in antenatal PECs, which makes them approachable for childbirth preparation.

This study elucidates expectant parents' reasons for participating in antenatal PECs and highlights the importance of developing classes suitable for women and men of different ages and educational levels. The study focused on parents who participated in antenatal PECs; however, nonparticipating parents are also a concern. Findings from a previous Swedish study demonstrated that factors such as being unemployed and having a native language other than Swedish, a low level of education, and negative expectations of childbirth are associated with nonattendance in antenatal PECs among pregnant women (Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2004). When interpreting the results of our study, it is important to consider the absence of non-Swedish-speaking participants, which was a limitation of our investigation.

This study does not contribute to answering the question that Jaddoe (2009) similarly posed: Do antenatal PECs work? However, our findings do provide a better understanding of why expectant parents choose to participate in antenatal PECs.

CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE

The main concerns of the expectant parents in this study were to prepare for parenthood and to feel more secure in taking care of their newborn, followed by the need to prepare for childbirth. Data from this study demonstrate that gender, age, and educational level have an impact on expectant parents' motives for participating in antenatal PECs.

This study's results indicate a need for improvement in antenatal classes in order to make classes more attractive and to meet the requirements of today's expectant parents. Providing an increased focus on preparation for parenthood seems to be what expectant parents want most from classes.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank all the parents-to-be who participated in this study. This investigation was supported by grants from the Medical Research Council of Southeast Sweden. We also fondly remember and gratefully acknowledge our coauthor, Lars Owe Dahlgren, who died shortly after this article was accepted for publication in 2011.

REFERENCES

- Ahlborg, T., Persson, L. O., & Hallberg, L. R. (2005). Assessing the quality of the dyadic relationship in first-time parents: Development of a new instrument. *Journal of Family Nursing, 11*(1), 19–37.
- Ahldén, I., Göransson, A., Josefsson, A., & Alehagen, S. (2008). Parenthood education in Swedish antenatal care: Perceptions of midwives and obstetricians in charge. *The Journal of Perinatal Education, 17*(2), 21–27.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 116*(9), 1167–1176.
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' Study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(9), 718–725.
- Bremberg, S. (2006). *New tools for parents – Proposals for new forms of parental support* (No. 91-7257-431-7). Stockholm, Sweden: Swedish National Institute of Public Health, Report No. 2006; 15.
- Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 32*(2), 172–180.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth, 28*(3), 202–207.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(1–2), 56–64.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth, 8*, 30. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery, 22*(3), 240–248.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery, 20*(3), 226–235.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84*(5), 436–443.
- Fagerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(1), 64–71.
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD002869.

- Halford, W. K., Petch, J., & Creedy, D. K. (2010). Promoting a positive transition to parenthood: A randomized clinical trial of couple relationship education. *Prevention Science, 11*(1), 89–100.
- Hallgren, A., Kihlgren, M., Forslin, L., & Norberg, A. (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery, 15*(1), 6–15.
- Jaddoe, V. W. (2009). Antenatal education programmes: Do they work? *Lancet, 374*(9693), 863–864.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (1998). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (5th ed.). Houston, TX: Gulf Pub. Co.
- Marton, F., & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Matthey, S., Kavanagh, D. J., Howie, P., Barnett, B., & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders, 79*(1–3), 113–126.
- Matthey, S., Morgan, M., Healey, L., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2002). Postpartum issues for expectant mothers and fathers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 31*(4), 428–435.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 35*(5), 649–651.
- Morse, C. A., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: Influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 21*(2), 109–120.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 32*(4), 465–477.
- Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Fathers' experiences of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education, 15*(2), 21–28.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica, 97*(2), 153–158.
- The Swedish Society of Obstetrics and Gynecology. (2008). *Mödrhälsövård, sexuell och reproduktiv hälsa [Prenatal care, sexual and reproductive health]*. Stockholm, Sweden: Svensk Förening För Obstetrik Och Gynekologi.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery, 25*(2), 114–125.
- Swedish National Board of Health and Welfare. (2005). *The Swedish medical birth registry - A summary of content and quality*. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret/inenglish>
- Swedish National Institute of Public Health. (2003). *Swedish national guidelines of public health. National Institute of Public Health. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden*. Retrieved from <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Swedens-New-Public-Health-Policy—The-National-Institute-of-Public-Health/>
- World Health Organization. (2004). *3rd task force making pregnancy safer/promoting effective perinatal care: From evidence to practice, Verona, Italy, 22–24 October 2003*. Copenhagen: Author.

INGEGERD AHLDÉN is a member of the Faculty of Health in the Division of Nursing Sciences, Department of Medical and Health Sciences, at Linköping University in Linköping, Sweden. SIW ALEHAGEN is a member of the Faculty of Health in the Division of Nursing Sciences, Department of Medical and Health Sciences, at Linköping University. LARS OWE DAHLGREN was a professor and member of the Faculty of Arts and Sciences in the Department of Behavioral Sciences and Learning at Linköping University. ANN JOSEFSSON is an assistant professor and member of the Faculty of Health Sciences in the Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical and Experimental Medicine, at Linköping University as well as the Department of Obstetrics and Gynecology in Linköping, Country Council of Östergötland, Linköping, Sweden.

Copyright of Journal of Perinatal Education is the property of ASPO/Lamaze and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Prenatal Parental Education From the Perspective of Fathers With Experience as Primary Caregiver Immediately Following Birth: A Phenomenographic Study

Kerstin Erlandsson, RN, RM, PhD

Elisabet Häggström-Nordin, RN, RM, PhD

ABSTRACT

The aim of this phenomenographic study was to capture fathers' conceptions of parental education topics, illuminated by their experiences as primary caregiver of their child immediately following birth. Fifteen fathers were interviewed between 8 days and 6 weeks after the birth of their child. Three categories, five subcategories, and 12 qualitatively different conceptions emerged from the study's findings. The first category showed that parental education emphasizes the importance of normal birth. The second category illustrated that parental education defuses the issue of complicated births. The third category demonstrated that parental education preserves traditional gender roles. The study's results may facilitate efforts to integrate fathers into parental education toward the aim of achieving parity between mother and father in their role as parents.

The Journal of Perinatal Education, 19(1), 19–28, doi: 10.1624/105812410X481537

Keywords: fathers, antenatal care, parental education, childbirth education

Childbirth education for mothers-to-be started in Sweden in the early 1950s. Over the years, the involvement of the woman's partner in antenatal care and childbirth education has been extended (Fabian, 2008), with parental education being offered by antenatal clinics to prepare all parents-to-be for birth and early parenthood as part of political efforts toward equality (Svensk Förening för Obstetrik och Gynkologi [Swedish Society of Obstetrics and Gynecology], 2008; Swedish Government Official Reports, 1978). Furthermore, in preparation for parenthood, the partner is encouraged to participate

in events during pregnancy (Ekelin, Crang-Svalenius, & Dykes, 2004; Hildingsson & Häggström, 1999).

Despite the intention to involve partners during the childbearing period, fathers have been described as having a secondary role during parental education and antenatal care (Hildingsson & Rådestad, 2005; Premberg & Lundgren, 2006). Furthermore, Hildingsson, Tingvall, and Rubertsson (2008) found in a Swedish national cohort study that fathers who were not supportive of women during early pregnancy were still uninvolved and unsupportive a year after the infant was born. The findings indicate that

fathers' early involvement during pregnancy might prevent a lack of support to mother and baby after birth (Hildingsson et al., 2008). Furthermore, a father's involvement in an early care-providing relationship with his infant may have a positive emotional effect in fathers, understood as bonding (Erlandsson, 2007).

In Sweden, parental education classes are attended predominantly by primiparous women (Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2004). In the period 2003–2005, 80% of midwives working in antenatal clinics led parental education classes (Fabian, 2008). In a clinical context where the epidural rate in first-time mothers is 50% and cesarean surgery is increasing—now heading toward 20% (Swedish Medical Birth Register, 2007)—topics related to birth might, during pregnancy, be expected to be the first subject addressed in parental education (Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2005). However, 40% of 1,055 Swedish mothers reported that parental education also prepared them for early parenthood (Fabian et al., 2005). Fabian et al. (2005) did not investigate whether parental education prepared fathers for early parenthood. In a review conducted by The Cochrane Library, the effectiveness of parental education for childbirth and parenthood remained unclear (Gagnon & Sandall, 2007). Consequently, in Sweden, investigators suggest that more research into the needs of parents for support in the childbearing period and an evaluation of parental education should be conducted (Bremberg, 2004; Fabian, 2008). The Swedish National Institute of Public Health recently published a qualitative survey of the support required by parents (Sarkadi, 2009).

Fabian (2008) identified areas for further study, including research into topics discussed in parental education classes from the participants' perspective. In an attempt to cover this gap, the aim of the present study was to capture fathers' conceptions of parental education topics, illuminated by their experiences as primary caregiver of their child immediately following birth.

METHOD

The current study used the phenomenographic method, which was originally developed by Marton (1981) in the field of learning to identify how different aspects of reality are conceived by different people. The phenomenographic method (Marton, 1981, 1986; Wenestam, 2000) inspired the design of the present study, with the aim of capturing fa-

thers' perceptions of various aspects of parental education topics as an area of learning.

The concept of "experience as primary caregiver" was defined as the father taking care of his infant "immediately following birth," with the infant separated from the mother, who was in postoperative care for the first hours after birth. To be included in the study, the fathers should have taken care of their child immediately following birth between the 37th and 42nd week of pregnancy, when the mother was in postoperative care. Mother and child had to be healthy. Additionally, to be included, the fathers should have attended parental education classes before the birth of their child.

Study Participants

The study included 15 fathers who were between 28 and 54 years old and took care of an infant, ranging from their first to their fifth child, immediately following birth. Care took place between 1 hour and 7 hours after birth. The mothers were in postoperative care due to a variety of birth-related complications, such as retention of placenta with or without blood loss, rupture of vagina or sphincter, elective or acute cesarean surgery because of maternal and/or fetal indication, and spinal or general anesthesia. The fathers took care of the child in a room, a kitchenette, or a day room at the birth unit, on the maternity ward, or in a room at the neonatal intensive care unit (Erlandsson, Christensson, & Fagerberg, 2008).

All fathers had upper secondary or higher education. They had participated in different parental education classes offered by the maternity health service in Sweden. Four to six couples with knowledge of the Swedish language had met 4 to 6 times from gestation week 30 to 36. Each gathering lasted 1½ hours. The content of the parental education was guided by a report published by the Swedish Ministry of Health and Social Affairs (Swedish Government Official Reports, 1978). The following themes were addressed by the lecturing midwife, in line with the needs and suggestions of the participants: pregnancy, childbirth, early parenthood, personal development, partner relationship, and relaxation techniques. Both the woman and her partner were informed and invited to group discussions, and for one session a social welfare secretary was also invited.

Procedure

Ethical approval was obtained from the regional ethics board. Six midwives assisted the project

leader in identifying fathers who might participate. After fathers were identified for participation in the study, the assisting midwife provided them with both written and oral information and obtained their informed consent. The description included an explanation that the interview would be audiotaped and conducted by a researcher at the Mälardalen University in Västerås, Sweden, that participants could withdraw at any time, and that the interview would take about 1 hour. Participants' confidentiality was guaranteed.

Two pilot interviews performed at the university emphasized the importance of choosing a quiet place for the interview. The test interviews were not included in the present analysis.

After submitting signed informed consent, the fathers were contacted by telephone to make an appointment for the interview. Each interview lasted 45–90 minutes and took place at the university or at the participant's home, depending on the father's preference. In an attempt to help each father feel more comfortable at the beginning of the interview, a series of demographical questions were posed before the father was asked to tell his story. An exploratory approach was used for questioning (Marton, 1986). The initial questions were of a general nature: "What happened?" and "Why did you take care of your child?" and "What did you feel then?" or "What did you think then?" The fathers narrated freely and, thereafter, the interviewer posed the following requests: "Please, tell me about your experiences and conceptions of your participation in parental education" and "Please, tell me your views of parental education topics related to your experience." The fathers' responses inspired further questions from the interviewer, such as, "Can you explain that?" and "How would you describe that?"

The audiotaped recordings were transcribed verbatim and number coded. Fifteen interviews were included in the analysis.

Analysis

The first step in the analysis process was *familiarization*. In the first reading of the interview transcripts, fathers' conceptions were assessed with a view to capture, in accordance with the aim of the study, before the analysis continued (Wenestam, 2000). After several readings of each transcript, we became familiar with the data. It became apparent that the fathers' understanding of perinatal parental education topics was that parental education mainly focuses on the mother's situation.

Keeping the study's aim in mind while going through the text of the transcriptions, we identified 127 different *conceptions*. All data were inclusive.

The next step was *condensation* of conceptions; each father's conceptions were carefully examined for their meaning and described verbally. Then the refined text, retaining the essence of the fathers' statements, was analyzed.

In the next step, *grouping*, a comparison of similarities and variations in the fathers' conceptions was made. Similar conceptions were preliminarily labeled as topics for parental education. The parental education topics were "cesarean section," "separation," "complicated delivery," "breastfeeding," "the infant," "normal delivery," "evidence-based care," "skin-to-skin care," "the father's role," "the mother's role," and "parenthood."

In the next stage, conceptions were separated from other conceptions, and similar conceptions were put together and articulated in a condensed, collective *description*. In order to put together the final comprehensive description of the fathers' conceptions, we contrasted similarities and differences in the text. The conceptual description of the similarities and differences of the fathers' conceptions of parental education topics, which were illuminated by their experiences, constituted the *outcome space* with subcategories and categories. The *conceptions* within the *subcategories* described the varied ways fathers with experience as primary caregiver immediately following birth conceived of parental education. The *categories* were "Parental education emphasized the importance of normal birth," "Parental education defused the issue of complicated birth," and "Parental education preserved traditional gender roles in parenthood." Finally, the interviews were *re-read*, and the final comprehensive description was assessed as having captured the fathers' conceptions. The authors are in agreement on the findings of this study. Examples of analyses used in the study are presented in Table 1.

The quotations presented in the results section illuminate the fathers' different conceptions of parental education topics. Number codes are used to identify quotations from a particular interview transcript.

RESULTS

Three categories, five subcategories, and 12 qualitatively different conceptions emerged from the data, describing fathers' conceptions of parental education (Table 2).

TABLE 1
Examples of Analyses Used to Examine Fathers' Perceptions of Prenatal Parental Education

Familiarization	Conception	Condensation	Grouping	Collective Description	Outcome Space	Re-reading
Fathers' conceptions assessed for capture.	"My opinion is we did not receive any good information of what would happen after a cesarean.	Fathers perceived parental education did not prepare the participants for cesarean	Cesarean section	Fathers reported nobody mentioned the effects of mother-infant separation on mother-infant bonding after reunion with the infant.	<i>Conception</i> Consequences for mother, partner, and child	Fathers' conceptions assessed after captured.
Parental education mainly focused on the mother's situation.	It is so common and therefore it should... I believe I could have prepared myself better... I did not know... because Betty could not take part during the first days and did not get close, really. It was me and my baby."	section and its effects on mother-infant bonding—something the father conceived of as necessary if he was to be properly prepared.			<i>Subcategory</i> Cesarean section and complicated birth <i>Category</i> Parental education defused the issue of complicated birth	

Parental Education Emphasized the Importance of Normal Birth

The first category, "Parental education emphasized the importance of normal birth," was represented by three subcategories. In the first subcategory, "Normal birth," the fathers' conception was that the parental education they received centered on the woman and empowered expectant parents to stay focused on the coming birth. In the second subcategory, "The role of the father," the fathers understood from parental education that their responsibility was to support the mother and to stay close to the mother and infant. In the third subcategory, "The infant," the fathers' conception was that although the parental courses they attended described the infants' prefeeding behavior, nothing was said about the opportunity for parents to interact with an alert, newborn child.

Normal Birth

Women in focus. Fathers conceived that they were prepared for what the prenatal educators and they, as parents-to-be, actually expected: a normal birth

Fathers reported that, at the parental education classes they attended, descriptions of the normal birth process empowered mothers and fathers and kept them focused on the coming birth.

process. The fathers perceived that the normal birth process focuses physically and psychologically on the mother. As one participant noted, "Mothers first, and that may be right, but not always" (3).

Empower parents-to-be. Fathers reported that, at the parental education classes they attended, descriptions of the normal birth process empowered mothers and fathers and kept them focused on the coming birth. As one of the participants said, "The focus was on a normal birth. One expected everything to remain normal. It's like driving a car. You don't expect to have an accident; you expect everything to be all right" (13).

The Role of the Father

Supportive of the mother. The fathers' role in the normal birth process was conceived as being supportive of the mother when in labor and after coming home. While the mother was physically and psychologically weak and sensitive, the fathers were prepared to provide support with practical issues until breastfeeding was established. They were informed that, although the mother-infant dyad should not be disturbed, the dyad must be supported. As one of the fathers described, "We attended parental education and thought it would be a normal birth. My role was everything practical

TABLE 2
Categories, Subcategories, and Conceptions of Fathers' Perceptions of Prenatal Parental Education

Category	Subcategory	Conceptions
Parental education emphasized the importance of normal birth	Normal birth	Women in focus
	The role of the father	Empower parents-to-be Supportive of the mother To stay close to mother and child
	The infant	Prefeeding behavior Ready to interact
Parental education defused the issue of complicated birth	Cesarean section and complicated birth	A secondary subject area Consequences for mother, partner, and child Skin-to-skin contact
Parental education preserved traditional gender roles in parenthood	Being a parent	Emphasis on the mother as parent Outside the mother-infant dyad Involve the other parent

around mother and baby, the bed, the room, and such things” (9).

To stay close to mother and child. The fathers' conception was that the parental education classes they attended emphasized the importance of normal birth but did not encourage fathers to stay in close proximity to the mother and child. Some fathers believed that being close to the mother and child enhances a deep relationship between the couple and their baby in the long run. The fathers' conception was that the infant, after being put on the mother's breast for a while, could later be put on the father's chest while the mother rested after giving birth. The following response by one of the study's participants conveys the significance fathers perceived in their desire to stay close to the mother and child soon after birth:

The midwife puts the baby on the mother's breast—of course she should! But later on, when the mother may need to rest, the midwife could tell the father, “Please sit down; do this and do that.” To be involved is very important! It is this isolation of fathers that otherwise often becomes automatic. One will miss so much at the beginning of the infant's life. In this way, one can experience a sense of unity [with the mother and child]. (12)

The Infant

Prefeeding behavior. Fathers reported that, in the parental education classes they had attended, they received information about the first hours after

a normal vaginal birth when the baby, in skin-to-skin contact on the mother's breast, could crawl to the breast and suck. However, based on their own experiences following the birth of their child, the fathers believed the lack of time and the restrictive nature of routine care in the birth or maternity unit might disturb feeding behaviors and cause breastfeeding problems. For example, one of the fathers reported:

It was a pity; she [the baby] did not get the chance to suck at the breast right after the delivery, and she therefore did not suck at the breast until the next day. I wonder if she lost some of her normal sucking reflexes because she did not start sucking early. (5)

Ready to interact. Some fathers said they had been informed in parental education classes that, following birth, the baby would only eat and sleep. However, as one father described his personal experience, “I thought I would meet a tired baby, because it is a struggle to be born, but he [the baby] was unexpectedly alert” (16). The fathers suggested parental classes inform expectant parents that they might meet a calm infant who is awake, alert, and ready to interact on the birth ward.

Parental Education Defused the Issue of Complicated Birth

The second category, “Parental education defused the issue of complicated birth,” was represented by one subcategory. In the subcategory, “Cesarean section and complicated birth,” the fathers conceived

that the parental education classes they attended only slightly mentioned cesarean surgery and other possible complications. The fathers believed that the topic of complicated birth should also include the consequences of cesarean surgery and its subsequent complications for the mother, the father, and the child after birth, as well as its subsequent complications and effects on skin-to-skin contact with the baby during maternal-infant separation, bonding, and breastfeeding.

Cesarean Section and Complicated Birth

A secondary subject area. The fathers' conception was that because no two births are similar and parental education cannot cover every possible outcome of an individual birth, cesarean surgery and complicated birth should be studied as a secondary subject area. The fathers believed that an expectant couple should receive information on complications and cesarean surgery not only during parental education classes but also on the birth or maternity ward. As one of the fathers noted, "The hospital is a safe place where you should receive guidance whenever a complication appears" (1).

Consequences for mother, partner, and child. Another conception of the fathers was that it is better to be prepared than unprepared for a childbirth event. The fathers also believed some birth complications are more common than others and, therefore, should be included in parental education classes. Topics the fathers believed should be included in parental education were cesarean surgery, separation between mother and child, the father's role with the baby during maternal-infant separation, and the effects of separation on attachment/bonding and on breastfeeding when the infant is reunited with the mother. One of the fathers' comments echoed similar reports from other participants in the study: "The parental education touched on complications such as vacuum extraction and cesarean section, but there was nothing about the consequences for mother, father, and child" (7).

Some fathers reported they had received information in parental education classes about what would happen to the mother after cesarean surgery. However, the fathers also reported they did not know what would happen to the father and the baby during maternal-infant separation.

From their individual experiences with mother-infant separation following the birth of their child,

the fathers stated that information they received beforehand in parental education classes had a reassuring effect on the mother when she was separated from her child, because she knew the father could take care of their baby. For example, as one father explained:

I believe it gave her [the mother] a peace of mind during separation, when she knew that I was with the baby up there [on the maternity ward], with less stress and less pain. It created a coherent experience and a feeling of safety. (6)

Based on their experiences, the fathers' conception was that a complicated birth, cesarean surgery, and maternal/infant separation not only led to a prolonged bonding process between the mother and baby but also delayed the time before the mother could breastfeed her baby. As one father expressed, "I would have liked to have had information in advance that Jane [the mother] would not be able to participate very much during the first days after delivery" (11).

Skin-to-skin contact. Based on their experiences, some fathers conceived that skin-to-skin contact with the baby created much more than just a safe, warm child. They also believed skin-to-skin contact provided fathers an opportunity to start the bonding process and, as one father described, begin a positive, long-lasting trend of bonding between father and child. The fathers believed that the positive effects of skin-to-skin contact should be discussed more fully in parental education classes. For example, one father stated:

There is probably already research showing the positive effects of skin-to-skin care. They [leaders of parental education classes] could talk a little about that, and the potential risk that the mother may not be able to keep the baby skin-to-skin. And if she cannot breastfeed, she can still keep the baby skin-to-skin, and so on. And if the mother should not feel well or if she is just tired or has to do something else, it is the father that should give the child the skin-to-skin contact that the baby needs. (10)

Parental Education Preserved Traditional Gender Roles in Parenthood

The third category, "Parental education preserved traditional gender roles in parenthood," was represented by one subcategory. In the subcategory, "Being a parent," the fathers conceived that the parental

education they received emphasized the mother's role as a parent, but did not stress the importance of the father's involvement in the early stages of parenthood. According to the fathers in the study, parental education topics should extend beyond the mother's role as the traditional infant caregiver to include the father's role as the other primary partner in providing infant care.

Being a Parent

Emphasis on the mother as parent. The fathers conceived that the parental education classes they attended emphasized the mother as parent, with no emphasis on the father's responsibility or early relationship with the baby. For example, as one participant described, the fathers received the impression that "...the mother was the one that should raise the child, and the father could come and play with the child sometimes" (2).

Outside the mother-infant dyad. The message fathers received from parental education classes was that they should leave responsibility for the baby to the mother. The fathers believed that this approach might result in fathers taking on less responsibility. Consequently, one parent (most likely the mother) might then shoulder a heavy burden of responsibility for the baby's practical and emotional needs. As illustrated in the following comment from one of the participants, the fathers expressed concern about parental education classes neglecting the father's important role as a parent:

The only time the father was mentioned [in parental education classes] was when we received information about social insurance, including paternity leave; otherwise, the attitude was that the mother was having the baby, not that we together, as a couple, were having a baby. (15)

Involve the other parent. The fathers reported that they had asked for group discussions in parental education classes about the importance of fathers and mothers sharing responsibility for the baby. Their conception was that, as a parent, it was important for fathers to be involved with their baby's care. The fathers believed that two parents should raise and provide security for their child, whatever might happen in the couple's future relationship with each other. This perception is reflected in the following comments from one of the participants:

My opinion is that a father can be as important as a mother for a baby, except that he cannot breast-feed ... and I believe that it is good, both for the mother and the father, to get the feeling at once that both of them can experience the baby. (14)

DISCUSSION

The present study aimed to capture fathers' conceptions of parental education topics, illuminated by their experiences as primary caregiver of their child immediately following birth. The findings illustrate the challenge for childbirth educators in creating parental education that suits all participants, as previously discussed by Ahldén, Göransson, Josefsson, and Alehagen (2008). The fathers in this study reflected on parental education in light of their experiences of complicated birth; however, fathers with experiences of normal birth might have reflected differently on the parental education and formed other conceptions. The fathers in the present study focused on their baby and their involvement as a parent, as has previously been described (Ahlborg & Strandmark, 2001; Ahldén et al., 2008). Although the sample size is small, the findings highlight these fathers' conceptions, mapping the potential for parental education involving both parents in group activities and lecturing (Ahldén et al., 2008).

Credibility (Polit & Beck, 2008) was strengthened in the present study when, before analysis, all interviews were read through to get a feeling for the scope of the fathers' views. Throughout the research process, we maintained a dialectic encounter between ourselves as co-investigators, and our intention was not to leave out any part of the topic studied. Moreover, in the analysis process of this study, we intended to include the complete range of variation in the fathers' qualitatively different conceptions that emerged from each interview. After completing the analysis, we re-read and assessed the interviews in relation to the final comprehensive description, with the intention of capturing how parental education was actually conceived by the fathers in the study. Our plan was to carefully and honestly describe data gathering and the analysis process to enable the reader to follow the research process (Wenestam, 2000). Moreover, the results were in line with other studies in the field, thus providing a measure of confirmability (Polit & Beck, 2008).

As in the case of all qualitative studies, one should be cautious and humble with transferability. Yet, the reader might transfer findings to other

situations identified as similar, as they generally contribute a deeper understanding of the topic studied. Credibility, confirmability, and transferability create trustworthiness (Creswell, 1998; Polit & Beck, 2008).

The first category gleaned from the interviews, "Parental education emphasized the importance of normal birth," captured how fathers understood parental education topics to prepare and empower parents-to-be for a normal birth process. This finding confirms results from other studies on child-birth education showing that parental education exclusively prepares for normal birth (Cliff & Deery, 1997; Stamler, 1998). Midwives in Sweden are responsible for normal birth, often in complex clinical settings. According to a recent publication from The Cochrane Library, women who have midwife-led models of care are more likely, compared with women who receive other models of care, to experience spontaneous vaginal birth, feel in control during the birth process, and initiate breastfeeding (Hatem, Sandall, Devane, Soltani, & Gates, 2008). Consequently, parents experiencing normal birth might provide the best evidence available (Hatem et al., 2008). However, in the present study, fathers stated that the parental education they received emphasized the importance of normal birth and that the situation of complicated birth was only briefly mentioned in class.

In the interviews' second category, "Parental education defused the issue of complicated birth," the fathers conceived that no two births are similar and that parental education cannot possibly cover every outcome of an individual birth process. Therefore, according to the fathers, cesarean surgery and complicated birth should be studied as a secondary subject area.

In the present study, the fathers' conceptions were founded on their own experiences of complicated births when the birth situation imposed a need for them to take immediate care of the child. They recognized that medical interventions affect mother-infant bonding and the initiation of breastfeeding when the mother does not feel well enough to care for her baby. Consequently, the fathers requested information about how cesarean surgery

and other possible complications affect mother-infant bonding and breastfeeding and how fathers can support the clearly described mother-infant dyad (Moore, Anderson, & Bergman, 2007; Walters, Boggs, Ludington-Hoe, Price, & Morrison, 2007) while the mother and child are separated and after they are reunited. A plan for fathers to help if the mother is not able to care for her baby might support fathers having some feeling of control in a frightening situation. An additional part of prenatal parental education could focus on helping parents understand the language of their baby. For instance, fathers helping mothers initiate breastfeeding might be proud of their ability to understand their infant's feeding cues and, thus, feel closer to their infant (Tedder, 2008).

Lack of postnatal issues in parental education has previously been described, in line with the findings from the present study (Fabian et al., 2005; Ho & Holroyd, 2002; Matthey et al., 2002; Schneider, 2001; Svensson, Barclay, & Cooke, 2006). In situations of separation, when early skin-to-skin contact with the mother and initiation of breastfeeding is delayed (Awi & Alikor, 2006; Chien & Tai, 2007), fathers can provide calming skin-to-skin contact, enhanced adaptation of infant breathing, and a chance for the baby to prefeed (Erlandsson, 2007). In mothers, skin-to-skin contact, breastfeeding, and bonding are combined; when the infant is reunited with the mother, the mother and child often require extended skin-to-skin contact and breastfeeding support in order to enhance breastfeeding and bonding (Nissen, 1996). Giving this information beforehand at parental education might contribute to reproductive health and well-being, in accordance with the World Health Organization's (1994) definition of reproductive health.

The third category gleaned from the interviews, "Parental education preserved traditional gender roles in parenthood," captured how fathers see themselves as important as a parent and, at the same time, stressed how vital it is for fathers to be included, so that not all responsibility for infant care rests on their partner. This finding is confirmed by results from Hildingsson et al.'s (2008) follow-up study on partner support during the childbearing period. According to Hildingsson et al. (2008), it is possible to recognize a lack of support for women and, consequently, the need to involve the partner during pregnancy. However, the fathers' conception in the present study was that the parental education classes they attended did not involve them enough

In situations of separation, when early skin-to-skin contact with the mother and initiation of breastfeeding is delayed, fathers can provide calming skin-to-skin contact.

to make them feel included and acknowledged. They believed this neglect might send a negative message to fathers and, thus, result in their taking on less responsibility in fatherhood. According to publications from Sweden's National Institute of Public Health (Sarkadi, 2009) and a report from the Swedish Society of Obstetrics and Gynecology (2008), the Swedish maternity service needs to include gender issues in order to achieve parity between the mother and father. These publications suggest parental education classes include the topic of the relationship between partners and parental roles, which is similar to the suggestions presented in the views of the fathers in the present study.

CONCLUSION AND CLINICAL IMPLICATIONS

The present study contributes a number of conceptions on parental education topics, according to the perception of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth. Information on the effects of mother-infant separation on the mother, their partner, and the newborn infant is emphasized. The importance of partner inclusion and involvement in parental education is stressed. The descriptions provided by fathers in this study might facilitate childbirth educators and maternity care personnel in their efforts to integrate fathers into parental education. When fathers are invited to participate in the clinical context, such as providing care during the antenatal, birth, and postnatal periods, it is important to listen to their ideas.

ACKNOWLEDGMENTS

We are grateful to the fathers who participated in the study. We also thank the School of Health, Care and Social Welfare at Mälardalen University in Västerås, Sweden, for providing financial support.

REFERENCES

- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention – First-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 318–325.
- Ahldén, I., Göransson, A., Josefsson, A., & Alehagen, S. (2008). Parenthood education in Swedish antenatal care: Perceptions of midwives and obstetricians in charge. *The Journal of Perinatal Education*, 17(2), 21–27.
- Awil, D. D., & Alikor, E. A. (2006). Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 9(1), 57–64.
- Bremberg, S. G. (2004). *New tools for parents – Proposals for new models of parental support*. Stockholm, Sweden: National Institute of Public Health. (In Swedish)
- Chien, L. Y., & Tai, C. J. (2007). Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(2), 123–130.
- Cliff, D., & Deery, R. (1997). Too much like school: Social class, age, marital status and attendance/non-attendance at antenatal classes. *Midwifery*, 13(3), 139–145.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London: Sage Publications.
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A.-K. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*, 20(4), 335–344.
- Erlandsson, K. (2007). *Care of the newborn infant during maternal-infant separation* (Published thesis, Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Stockholm, Sweden, 2007). Retrieved September 27, 2009, from <http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-373-3/thesis.pdf>
- Erlandsson, K., Christensson, K., & Fagerberg, I. (2008). Fathers' lived experiences of getting to know their baby while acting as primary caregivers immediately following birth. *The Journal of Perinatal Education*, 17(2), 28–36.
- Fabian, H. (2008). *Women who do not attend parental education classes during pregnancy or after birth* (Published thesis, Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Stockholm, Sweden, 2008). Retrieved September 27, 2009, from <http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-104-5/thesis.pdf>
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3), 226–235.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436–443.
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online : Update Software)*, (Issue 3), CD002869.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online : Update Software)*, (Issue 4), CD004667.
- Hildingsson, I., & Häggström, T. (1999). Midwives' lived experiences of being supportive to prospective mothers/parents during pregnancy. *Midwifery*, 15(2), 82–91.
- Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 239–249.

- Hildingsson, I., Tingvall, M., & Rubertsson, C. (2008). Partner support in the childbearing period – A follow up study. *Women and Birth; Journal of the Australian College of Midwives*, 21(4), 141–148.
- Ho, I., & Holroyd, E. (2002). Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 74–85.
- Marton, F. (1981). Phenomenography. Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177–200.
- Marton, F. (1986). Phenomenography. A research approach to investigating different understanding of reality. *Journal of Thought*, 21(3), 28–49.
- Matthey, S., Morgan, M., Healey, L., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2002). Postpartum issues for expectant mothers and fathers. *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 31(4), 428–435.
- Moore, E. R., Anderson, G.C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online : Update Software)*, (Issue 3), CD003519.
- Nissen, E. (1996). *Effects of some ward routines on behavioural and physiological adaptation to breast-feeding*. (Published thesis, Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Stockholm, Sweden, 1996).
- Polit, D., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Fathers' experiences of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education*, 15(2), 21–28.
- Sarkadi, A. (2009). *Föräldrastöd i sverige idag: Vad, när och hur? [Parental support in Sweden today: What, when and how?]*. Östersund, Sweden: National Institute of Public Health.
- Schneider, Z. (2001). Antenatal education classes in Victoria: What the women said. *Australian Journal of Midwifery*, 14(3), 14–21.
- Stamler, L. L. (1998). The participants' views of childbirth education: Is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 939–947.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [Swedish Society of Obstetrics and Gynecology]. (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa [Mother health care, sexual and reproductive health]*. Stockholm, Sweden: Author.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: Assessing learning needs. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4), 18–27.
- Swedish Government Official Reports. (1978). *Parent education 1*. Stockholm, Sweden: Ministry of Health and Social Affairs.
- Swedish Medical Birth Register. (2007). *Pregnancies, deliveries and newborn babies 1973–2005*. Stockholm, Sweden: National Board of Health and Welfare, Center of Epidemiology, Statistics.
- Tedder, J. L. (2008). Give them the HUG: An innovative approach to helping parents understand the language of their newborn. *The Journal of Perinatal Education*, 17(2), 14–20.
- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrison, B. (2007). Kangaroo care at birth for full term infants: A pilot study. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(6), 375–381.
- Wenestam, C.-G. (2000). The phenomenographic method in health research. In B. Fridlund & C. Hildingh (Eds.), *Qualitative research methods in the service of health* (pp. 105–115). Lund, Sweden: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (1994). *Guidelines on reproductive health*. Retrieved November 17, 2009, from <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfrehp.gdl.html>

KERSTIN ERLANDSSON is a senior lecturer in the School of Health Care and Social Welfare at Mälardalen University in Västerås, Sweden. Her main research interest is to obtain an understanding for fathers' care of their newborn. ELISABET HÄGGSTRÖM-NORDIN is a senior lecturer of midwifery education at Mälardalen University. Her main research interests are within the field of sexuality, gender issues, and young people.

Copyright of Journal of Perinatal Education is the property of ASPO/Lamaze and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

ANEXO VIII –
FICHAS DE LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Título					
ARTIGO 1 - Parents` Expectations About Participating in Antenatal Parenthood Education Classes					
Autores	Método	Objetivos	Participantes	Intervenções	Nível de evidência
<ul style="list-style-type: none"> • Ahldén, I.; • Ahlehagen, S.; • Dahlgren, L.O.; • Josefsson, A. 	Estudo tipo descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as expetativas dos pais acerca da participação em aulas de educação parental antenatal • Determinar se as suas expetativas podem estar relacionadas com o género, idade e escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> • 1117 mulheres • 1019 companheiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário estruturado com 10 questões 	V
Ano/ País					
2012/Suécia					
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes acreditavam que as aulas de educação antenatal os poderiam ajudar a sentir mais seguros como pais e a estarem mais orientados relativamente ao parto. - Os homens tinham mais expetativas positivas acerca do parto do que as mulheres. - Os participantes queriam sobretudo ajuda na preparação para a parentalidade e aprender sobre competências para cuidar das crianças, seguido de ajuda na preparação para o parto. - As expetativas dos participantes foram influenciadas pelo género, idade e nível de escolaridade. - Os pais expectantes aparentam estar mais focados na preparação para a parentalidade do que na preparação para o parto. - Mais de 90% dos inquiridos tinham expetativas positivas acerca da participação em aulas de educação parental antenatal. - As mulheres demonstraram ser mais positivas nas expetativas do que os homens (96% vs 92%). - Os homens demonstraram-se mais positivos que as mulheres, em relação ao parto (92% vs 87%). 				

- Os inquiridos mais velhos e com maior escolaridade tinham mais expectativas negativas em relação ao parto.
- A maioria das mulheres (91%) e dos homens (90%) concordaram que a participação em aulas de educação parental antenatal poderia ajudar a sentirem-se mais seguros como pais e 86% dos participantes pensa que estas aulas podem aumentar a segurança para cuidar do RN.
- Mais mulheres do que homens (80% vs 75%), assim como os participantes mais jovens (18-24 anos, 82%) comparados com os mais velhos (35-50 anos, 73%) concordaram que a participação em aulas de educação parental antenatal pode ajudar a diminuir o medo do parto.
- Os participantes com menos escolaridade estavam mais convictos que as aulas de educação parental antenatal podem ajudar a diminuir o medo do parto.
- Os homens concordaram mais que as mulheres (62% vs 41%) que participaram nas aulas pela expectativa de participarem em sessões de treino parental.
- comparando com as mulheres, os homens concordaram mais (73% vs 67%), assim como os participantes com menos escolaridade (73% vs 66%) que as aulas podem afetar positivamente a relação de casal.
- As duas razões mais fortes identificadas igualmente por homens e mulheres para participarem nas aulas de educação parental antenatal relacionam-se com a ideia de que podem contribuir para uma maior segurança como pais e como cuidadores do RN.

Título					
ARTIGO 2 - Prenatal Parental Education From the Perspective of Fathers With Experience as Primary Caregiver Immediately Following Birth: A Phenomenographic Study					
Autores	Método	Objetivos	Participantes	Intervenções	Nível de evidência
<ul style="list-style-type: none"> • Erlandsson, K. • Haggstrom-Nordin, E. 	Estudo Fenomenológico	<ul style="list-style-type: none"> • Captar as concepções dos pais acerca dos tópicos da educação parental, à luz das suas experiências como primeiros cuidadores dos seus filhos imediatamente após o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 pais com idades entre 28-54 anos que tivessem cuidado de uma criança, entre 1 a 5 filhos, imediatamente após o parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista 	VI
Ano/ País					
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Com o estudo emergiram três categorias, cinco subcategorias e doze concepções qualitativamente diferentes. - A primeira categoria mostra que a educação parental enfatiza a importância do parto normal. - A segunda categoria demonstra que a educação parental preserva os papéis tradicionais de género. - Os resultados do estudo podem facilitar os esforços para integrar os pais na educação parental em direção ao objetivo de conseguir a igualdade entre mãe e pai nos seus papéis como pais. - Os pais consideram que a educação parental foca-se sobretudo na importância do parto normal, centrando-se essencialmente 				

no ponto de vista físico e psicológico da mãe.

- Pais referem que a as aulas de educação parental que frequentaram empoderaram mães e pais para que se focassem na espera pelo nascimento

- Os pais referem que o seu papel é concebido para ser o suporte da mãe durante o trabalho de parto e no regresso a casa. no caso do parto normal

- Os pais são preparados para apoiar a mãe enquanto está debilitada, nas questões práticas até a amamentação estar estabelecida e são informados de nada deve perturbar a díade mãe-criança, devendo ser o suporte da díade

- Na conceção dos pais, as aulas que frequentaram enfatizaram a importância do parto normal mas não encorajaram os pais a permanecer muito próximos da mãe e da criança. Alguns pais creem que estar próximos da mãe e do filho aumenta a profundidade da relação entre o casal e o seu bebé a longo prazo.

- Os pais concebiam que a criança depois de ser colocada durante um tempo à mama da mãe, podia ser colocada sobre o peito do pai, enquanto a mãe repousava depois do parto.

- Os pais referiram que nas aulas receberam a informação de que na primeira hora depois do nascimento normal por via vaginal, no contacto pele a pele o bebé podia rastejar até à mama e sugar. No entanto, a falta de tempo pelas rotinas dos serviços podem interferir nos comportamentos alimentares e trazer problemas no estabelecimento da amamentação.

- Alguns pais foram informados nas aulas que depois do nascimento o bebé podia só comer e dormir e sugeriram que nas aulas deviam ser informados de que podiam encontrar um bebé calmo mas acordado, alerta e pronto para interagir.

- Os pais referiram que nas aulas foi abordada muito superficialmente a possibilidade de existirem complicações no parto, como cesarianas, e sugerem que o tópico sobre os partos complicados incluía as consequências dessa cirurgia e as complicações para a mãe, para o pai e para a criança depois de nascer, assim como as subsequentes complicações no contacto pele a pele com o

bebé durante a separação mãe-criança, vinculação e amamentação.

- Os pais consideram que as informações sobre possíveis complicações nas cesarianas devem ser dadas não só nas aulas de educação parental mas também no hospital.

- Os pais consideram que devem ser incluídas nas aulas de preparação parental, tópicos como cesariana, separação entre mãe e filho, papel do pai durante a separação de mãe e filho e os efeitos da separação sobre a vinculação e a amamentação quando da reunião da díade.

- Os pais receberam informação sobre o que acontece com a mãe após a cesariana, mas não sobre o que acontece com o pai e com o bebé.

- Pelas suas experiências, os pais consideram que a informação recebida nas aulas tranquilizam as mães acerca das capacidades dos pais para cuidarem dos bebés durante a sua separação.