

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

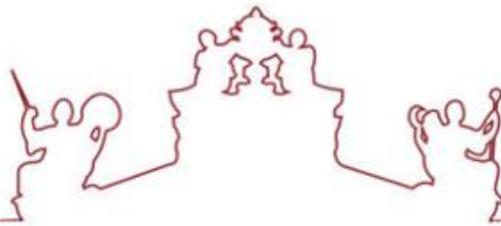
Dissertação

**Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do
casal**

Raquel Mendes Cerdeira

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

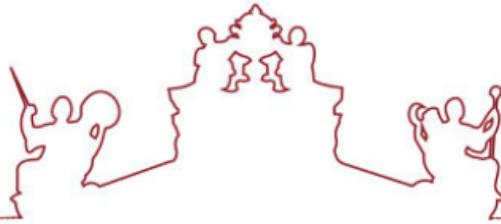
Dissertação

Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal

Raquel Mendes Cerdeira

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Anabela Ferreira dos Santos (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL) (Arguente)
| Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Otília Zangão, pela disponibilidade incrível que todos os professores deveriam ter, pelo olhar rigoroso e atento, por fomentar a procura de novos conhecimentos, por toda a orientação prestada, pelo apoio incondicional e compreensão que sempre manifestou;

Ao Prof. Dr. Jorge Lima, à Direção de Enfermagem e à Enf. Chefe Filipa Castilho pela receptividade e oportunidade de aplicar o estudo desenvolvido e por terem um pensamento crítico ao fomentarem a investigação em Enfermagem.

Aos EEESMO meus colegas e amigos Bruno, Lurdes, Cátia, Catarina, Paula por todos os ensinamentos transmitidos ao longo do meu percurso e pela disponibilidade que sempre mostraram, por ouvirem as frustrações e alegrarem-se com as minhas conquistas;

Aos pais e à instituição de saúde que consentiram participar no estudo, pela prontidão e interesse manifestados;

Ao Joel, por ser o meu pilar, por estar ao meu lado, pelo incentivo constante, mesmo nos piores momentos, por não me deixar desistir;

A todos, que de alguma forma contribuíram sem saber, através do seu exemplo de perseverança e por tornarem este percurso numa verdadeira aventura.

Muito Obrigada!

“O nascimento de um filho, em especial do primogénito, é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores.”
(Sousa e Silva & Carneiro, 2014, p.18).

Título: Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal

RESUMO

Objetivos: Avaliar o conhecimento adquirido pela grávida durante as consultas de vigilância da gravidez; Avaliar o conhecimento adquirido pelo pai durante a vigilância da gravidez e Avaliar a satisfação da grávida com a assistência de enfermagem.

Método: Tipo de estudo quantitativo descritivo. A seleção da amostra foi não probabilística acidental. A população abrangeu cerca de 196 casais. Para a recolha de dados foi usado um questionário sobre os conhecimentos adquiridos pelos pais na consulta de enfermagem e uma escala de satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem. Para o tratamento de dados recorreu-se ao Software IBM® SPSS® Statistic, versão 24.

Resultados: A pesquisa revelou altos níveis de conhecimento do casal após as consultas com o EEESMO e de satisfação da grávida com a assistência de enfermagem.

Conclusão: A pesquisa demonstra que o nível de satisfação do casal com a assistência do EEESMO influencia os conhecimentos adquiridos pelo casal.

Descritores (DeCS): Pais; Educação Pré-Natal; COVID-19; Enfermeiras Obstétricas; Satisfação do Paciente.

Title: The father's presence in pregnancy vigilance: the couple's perspective

ABSTRACT

Goals: To evaluate the knowledge acquired by the couple during the pregnancy vigilance nursing consultations, as well as to evaluate the pregnant women's satisfaction with nursing care.

Method: Descriptive quantitative-qualitative study. Sample selection was accidental non-probabilistic (for convenience). The population include 196 couples. For data collection, a questionnaire on the knowledge acquired by parents in the nursing consultation/expectations they had, and a scale of patient satisfaction with nursing care were used. For data processing, the IBM® SPSS® Statistic Software, version 24 was used.

Results: The survey revealed high levels of knowledge of the couple after consultations with midwives and the pregnant woman's satisfaction with nursing care.

Conclusion: The research demonstrates that the couple's level of satisfaction with the midwives assistance influences the knowledge acquired by the couple.

Keywords: Parents; Prenatal Education; COVID-19; Nurse Midwives; Patient Satisfaction

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1 – PARENTALIDADE E PATERNIDADE - PAPÉIS DOS PAIS	16
1.1 - PARENTALIDADE	16
1.2 - PATERNIDADE	18
2 - PRESENÇA DO PAI NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL	22
2.1 - DIREITOS DA PARENTALIDADE.....	23
2.2 - COVID-19	28
3 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ	30
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS.....	33
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	36
3.3 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE	37
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	40
1 – METODOLOGIA	41
1.1 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	41
1.2 - TIPO DE ESTUDO.....	41
1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
1.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	43
1.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS.....	46
2 - ANÁLISE DOS DADOS	48
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	49
2.2 - CONHECIMENTO ADQUIRIDO PELA GRÁVIDA E COMPANHEIRO DURANTE AS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ	52
2.3 - GRAU DE SATISFAÇÃO DAS GRÁVIDAS/CASAL COM A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	56
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	80
ANEXO I – Scoping Review.....	81
ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética do Hospital CUF Descobertas	82

APÊNDICES	83
APÊNDICE I – Póster apresentado no CMIN SUMMIT '21 Nascer e Crescer no Séc.XXI	84
APÊNDICE II – Apresentação do estudo em reunião com os Enfermeiros Gestores do Hospital CUF Descobertas.....	86
APÊNDICE III – Pedido de autorização da General Practice Nurse Satisfaction Scale (GPNS) e da Escala de Satisfação dos Pacientes com a Assistência de Enfermagem	94
APÊNDICE IV – Instrumento de Recolha de Dados.....	96
APÊNDICE V – Consentimento Informado	106
APÊNDICE VI – Consentimento Informado do Hospital CUF Descobertas	107

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Licenças de Parentalidade.....	25
Tabela 2 – Dotações seguras do EEESMO nos cuidados de saúde primários	31
Tabela 3 – Dotações seguras do EEESMO nos cuidados hospitalares.....	32
Tabela 4 - Perfil sociodemográfico	50
Tabela 5 - Perfil Obstétrico	51
Tabela 6 - Idade gestacional e número de consultas.....	52
Tabela 7 - Conhecimento adquirido	52
Tabela 8 - Conhecimento adquirido em cada item da escala - Mãe.....	53
Tabela 9 - Conhecimento adquirido em cada item da escala - Pai.....	54
Tabela 10 - Onde o pai adquiriu os seus conhecimentos sobre a gravidez	55
Tabela 11 - Outras informações sobre o conhecimento	55
Tabela 12 - Fiabilidade da escala de Satisfação com a assistência de enfermagem...	56
Tabela 13 - Satisfação com a assistência de enfermagem.....	57
Tabela 14 - Informações sobre a satisfação da participação na consulta de enfermagem	57
Tabela 15 - Importância de participar nas consultas de vigilância pré-natal.....	58
Tabela 16 – Importância do EEESMO nas consultas de vigilância da gravidez.....	58
Tabela 17 - Sentimento do pai na ausência nas consultas/exames durante a gravidez	59
Tabela 18 - Sentimentos do pai se estivesse presente na consulta, como se sentiria.	59
Tabela 19 – Sentimentos do pai se estivesse presente na consulta de vigilância da gravidez.....	59
Tabela 20 – Correlações entre variáveis	60
Tabela 21 - Regressão	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Subsídios Parentais e Remuneração.....	26
---	----

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, insere-se a concretização duma Dissertação de Natureza Científica, com a finalidade de obter o grau de mestre. Nesse sentido a temática elegida para esse efeito é “A presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal”.

Este tema surge num momento mundialmente histórico, em que se ergue uma Pandemia denominada de COVID-19. Esta Pandemia fez emergir novas questões e valores relacionados com os acompanhantes da grávida nas consultas de vigilância pré-natal. Sendo a gestação um momento muito importante para o casal, a presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal é de suma importância nessa fase, pois constrói um vínculo com o bebé e ajuda o futuro pai a compreender a gestação.

A pertinência do tema surge, uma vez que a gestação é uma experiência, no sentido holístico, cada vez mais vivida pelo casal e não somente pela mulher grávida. Nesta nova etapa das suas vidas, surgem conjuntos de expectativas, emoções e decisões que, ao serem partilhadas trazem inúmeros benefícios para a transição da parentalidade. “Quando nasce um bebé, nasce também (...) um pai. (...) O pai “nasce” também em paralelo com o seu primeiro filho. Também ele percorre todo o caminho de filho, de homem, para adquirir o estatuto e o papel de pai. Esta nova identidade exige o desempenho de novas funções e o assumir de novas responsabilidades, desencadeando muitas vezes receios, inseguranças e inquietações. Ao pai é solicitado que apoie emocionalmente a companheira na gravidez, durante e no pós-parto, e são hoje reconhecidos os efeitos benéficos deste suporte afetivo para a mãe e para o bebé, como o aumento da aceitação da gravidez e do bebé, vivências mais positivas do parto e maior disponibilidade para o aleitamento materno. O pai deve estar presente nas consultas pré e pós-natais” (DGS, 2005, p.5-7).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) tem um importante papel na integração do casal nesta nova fase das suas vidas, tornando o processo da parentalidade mais facilitador. O EEESMO deve basear os cuidados/ensinos de enfermagem às necessidades e preocupações individuais de cada casal. A consulta de enfermagem de obstetrícia, tem um significado bastante forte a nível de ensinos adequados à transição para o papel parental, na reestruturação e/ou adaptação à parentalidade. Nesse sentido é importante identificar o nível de conhecimentos que cada casal possui para transmitir ensinamentos adequados e correspondentes ao grau de empoderamento de cada casal.

Devido a questões epidemiológicas e pandêmicas, ergueu-se a restrição da presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal nas instituições hospitalares. Foram bastantes as manifestações por parte das grávidas solicitando a presença do companheiro nas consultas, principalmente na realização da primeira ecografia. Nesse sentido, considero este tema pertinente, uma vez que a presença do pai na consulta pré-natal, para além de contribuir para o empoderamento do pai, contribui para uma parentalidade segura e autónoma, permitindo ainda, apoiar afetivamente a mulher grávida na vivência da maternidade. Deste modo, é importante perceber o conhecimento adquirido pelo casal sobre a vigilância pré-natal. A não presença do pai durante a vigilância pré-natal pode influenciar as vivências durante a gravidez e diminuir os conhecimentos do pai sobre todo o processo gravídico.

A pesquisa procurou responder às seguintes indagações: Quais os conhecimentos adquiridos pela grávida na consulta de enfermagem de vigilância da pré-natal? Quais os conhecimentos adquiridos pelo pai durante a vigilância pré-natal? Qual o nível de satisfação da grávida com a assistência do EEESMO? O grau de satisfação influencia os conhecimentos adquiridos pela grávida?

É imperativo neste sentido avaliar o grau de satisfação do casal face aos cuidados de enfermagem especializados. Sabemos que a satisfação do cliente surge como um dos indicadores da qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares. Por isso, existe uma preocupação crescente em avaliar os níveis de satisfação, pois os cuidados de enfermagem exigem qualidade. A avaliação de qualidade é variável, também a satisfação do cliente se torna oscilante de acordo com padrões individuais e fatores diversos e distintos. Nesse sentido a promoção da opinião dos clientes torna-se indispensável na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O cliente torna-se uma parte ativa e crítica no processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Venturi, KK. et al., 2009). O cliente percebe a qualidade no seu atendimento quando se sente cuidado, ou seja, percebe os resultados quando o conhecimento científico é aplicado no atendimento das suas necessidades e sente segurança, conforto e proteção contra malefícios à saúde. Quando aceita as orientações do enfermeiro é o resultado do reconhecimento do cuidado em enfermagem (Duffy, JR, Hoskins, L., 2003). Também é reconhecido que os cuidados de enfermagem especializados promovem uma maior satisfação e produzem ganhos em saúde, sendo essencial a procura contínua de resultados do cuidado de enfermagem com a finalidade de obter informações sobre como os cuidados beneficiam os clientes tanto a nível individual como a nível familiar e/ou a nível da comunidade. Logo, é imprescindível perceber se o grau de satisfação influencia o nível de conhecimentos que é adquirido pelo casal.

Atualmente, a participação do pai durante a gravidez, tornou-se mais ativa distinguindo algumas mudanças no paradigma que existia anteriormente. Essas mudanças contribuíram para que ocorresse o aumento do vínculo paterno tanto com a mulher como com o bebê, desenvolvendo um maior envolvimento afetivo familiar. Incluir o pai no momento da vigilância pré-natal é uma estratégia que proporciona maior interesse com à gestação estimulando o pai a ter maior cuidado com a mulher e o bebê.

A atuação do EEESMO nas consultas de vigilância pré-natal é essencial, pois cabe ao EEESMO orientar sobre os direitos e deveres referentes à gravidez.

A presente pesquisa teve como objetivos gerais:

- Avaliar o conhecimento adquirido pela grávida durante as consultas de vigilância da gravidez;
- Avaliar o conhecimento adquirido pelo pai durante a vigilância da gravidez;
- Avaliar a satisfação da grávida com a assistência de enfermagem.

Esta dissertação está organizada em duas partes. Inicia-se por uma introdução onde se apresenta a temática, com uma breve justificção sobre a pertinência do tema; Na parte I apresenta-se o estado da arte no enquadramento teórico, onde emergem definições importantes, orientações, direitos e leis sobre a parentalidade. Na parte II emerge o estudo empírico, com a apresentação da metodologia, dos resultados e discussão. Por fim apresento as conclusões, sintetizando os principais resultados e as referências bibliográficas. Como complemento ao texto apresento alguns anexos e apêndices.

Este documento foi elaborado segundo as normas APA 7ª edição.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PARENTALIDADE E PATERNIDADE - PAPÉIS DOS PAIS

Neste capítulo irei abordar duas definições pertinentes que surgem sempre que um casal pensa em constituir família e que os acompanha durante todo o processo da gestação até ao fim das suas vidas. São elas parentalidade e a paternidade, esta última mais especificamente direcionada para o pai.

1.1 - PARENTALIDADE

O termo parentalidade surgiu pela primeira vez pelo psicanalista Paul-Claude Racamier, em 1961. Traduziu o termo *motherhood* por maternalidade e uniu-o ao neologismo paternalidade, ao qual originou o conceito de parentalidade e paternidade. Essas palavras permaneceram incógnitas até a década de 80 quando René Clément (1985) as usa na sua obra "*Parentalité et dysparentalité*". Inicia-se assim o processo de transição em direção à parentalidade. Este tem sido alvo de estudos científicos que têm como foco as mães e os pais (Kruehl & Lopes, 2012).

O conceito de parentalidade surge também na convenção dos direitos da criança no artigo 27º, onde determina que é da responsabilidade dos pais "assegurar dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança" (ONU/UNICEF, 1990, p. 22).

Parentalidade tem inúmeras definições discutidas por vários autores. Torna-se assim pertinente clarificar o termo na perspectiva das diferentes concepções.

Segundo Bayle (2005), parentalidade advém da palavra latina *parentâle* e corresponde ao processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo ao homem e à mulher tornarem-se pais. Essas adaptações afetivas, físicas e psíquicas geram laços de aliança e filiação designando o conceito de família.

Parentalidade deriva originalmente da palavra inglesa *parenting*, que apesar de não ser uma palavra traduzível para outras línguas, é associada ao conjunto de atividades realizadas pelos pais que de forma segura, garantem a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento autónomo (Barroso, 2010).

O termo "*parenting education*" "é o ato de fornecer conhecimentos específicos e habilidades da criação dos filhos aos pais e outros cuidadores com o objetivo de melhorar a saúde e o desenvolvimento da criança. Os esforços da parentalidade podem concentrar-se em habilidades específicas da criação dos filhos para melhorar a interação pais-filhos, tais como práticas disciplinares apropriadas e recomendadas, ou em assuntos mais gerais, como compreensão do crescimento e desenvolvimento infantil

em um determinado estágio do desenvolvimento da criança ou como promover a saúde física e emocional de uma criança” (Zepeda, Varela, & Morales, 2004, p.10).

Não sendo universalmente aceite, o “termo *“parenting education”* e denominarem o termo educação parental ou parentalidade, vários relatórios e grupos recomendam que o termo parentalidade inclua aqueles indivíduos que não são os pais biológicos ou legais, mas que, no entanto, carregam a responsabilidade primária de criar um filho” (Zepeda, Varela, & Morales, 2004, p.10).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a parentalidade é definida como *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (CIPE, 2019, p. 2); inclui a adaptação à parentalidade que significa *“comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”* (CIPE, 2019, p. 49); envolve a educação da criança que significa a *“socialização e educação da criança, satisfazendo as suas necessidades básicas e individuais, desempenhando comportamentos que apoiam a transmissão da cultura e das tradições das gerações dos mais velhos para as novas gerações”* (CIPE, 2019, p. 94); e inclui a vinculação que é a *“ligação entre a criança e mãe e/ou pai; formação de laços afetivos”* (CIPE, 2019, p.138). A parentalidade constitui assim um projeto de vida sujeito a mudanças e novas adaptações para receber um novo membro na família. O nascimento de um filho marca a passagem para uma nova fase do ciclo familiar, pois leva à reformulação dos papéis e regras de funcionamento da família.

Segundo o dicionário da Porto-editora, parentalidade é *“a qualidade do que é parental”*, *“estado ou condição de pai ou mãe”*, em psicologia é o *“conjunto das funções e das atividades desenvolvidas por um progenitor ou cuidador, com vista ao saudável e pleno desenvolvimento da criança a seu cargo”* e em direito é o *“vínculo jurídico que existe entre um progenitor e o seu filho ou entre um adulto e o menor a seu cargo, que acarreta direitos e obrigações”* (Dicionário Infopédia, 2021).

Segundo Menezes (2001), a construção da parentalidade inicia-se antes da concepção, já que a possibilidade ou não dessa construção dá-se a partir da inclusão de um novo ser na família.

Solis-Ponton (2004), defende que a parentalidade começa com o desejo de ter a criança e que se desenvolve durante a gravidez e continua após o nascimento da criança. Neste

estudo, podemos verificar que o tema menciona a palavra “pai” no sentido da sua significância holística, pai é aquele que exerce as funções paternas. No entanto, cada vez mais existem casais heterogêneos. Por esse motivo, este estudo inclui a denominação de “pai” como “o outro progenitor”, “pessoa significativa”, “companheiro, companheira”, entre outros. “*Ser pai ou mãe implica, fundamentalmente, o envolvimento com os filhos e a relação com o outro elemento do casal parental nas questões que dizem respeito ao exercício da Parentalidade*” (Jurisdição da Família e das Crianças, 2018, p.11). Deste modo, o conceito de parentalidade engloba duas dimensões, o envolvimento parental e a coparentalidade.

O envolvimento parental é o compromisso quer materno quer paterno em desempenhar os seus papéis parentais com relação ao seu filho (Mesquita, 2013) que pode ser encarado como o “*engagement*”, “*interaction*”, “*accessibility*” e “*responsability*” (Hall, 2005). A coparentalidade é a ligação, interação concebida pelos progenitores com a finalidade de exercer a parentalidade, ou seja, a forma como colaboram e interagem entre si com o intuito de desempenharem as suas funções parentais (Mesquita, 20013). Houzel (2004) propõe três eixos da parentalidade, de acordo com as funções adquiridas pelos pais e mães, que são: exercício da parentalidade, experiência da parentalidade e prática da parentalidade. O exercício da parentalidade permite a organização da identificação dos laços de parentesco constituindo os deveres e os direitos associados a este. Este encontra-se em constante transformação uma vez que pode sofrer alterações devido a aspetos culturais. A experiência da parentalidade refere-se à experiência pela qual o casal passa, nomeadamente o desejo de ter um filho, o processo de transição para a parentalidade. A prática da parentalidade inclui as tarefas quotidianas que os pais realizam com a criança, nomeadamente os cuidados físicos parentais como cuidados psíquicos (Kruel & Lopes, 2012).

Nos países ocidentais, a parentalidade tem sofrido mudanças nas famílias, em particular no sistema sociopolítico e cultural. Essas mudanças referem-se à progressiva integração das mulheres (mães) no mercado de trabalho e as mudanças ocorridas nas relações Estado-Família.

1.2 - PATERNIDADE

Segundo Oiberman (1994) citado por Kruel e Lopes (2012), a maternidade e a paternidade complementam-se a nível cultural e familiar.

No século XVIII, o parto deixa de ser um acontecimento exclusivamente feminino para passar a ser vivenciado em ambiente hospitalar, com o acompanhamento de um médico, o que ainda hoje perdura (Motta & Crepaldi, 2005).

Tradicionalmente, o papel do pai esteve durante muitos anos associado ao suporte financeiro dos filhos e esposa. Para Coutinho e Morsch (2006), o pai permaneceu durante décadas como responsabilizado em determinar limites e leis familiares, afastando-se da realidade doméstica e dos seus filhos (Kruel & Lopes, 2012).

A mudança de papéis paternos na dinâmica familiar surge com a introdução da mulher no mundo laboral, sendo o envolvimento do homem na educação e gestão da casa mais recorrente e efetivo (Balancho, 2001). “Este envolvimento das mulheres no campo profissional e o papel social do trabalho feminino que assistimos nos dias de hoje, abre caminho para a participação do pai nos cuidados dos seus filhos” (Piccinini, et al., 2004, p. 304).

Por volta dos anos setenta, o pai surge como uma figura ativa e inserida nos cuidados da família. Emergiu uma “nova paternidade”, uma nova imagem do pai, comprometido não só com o suporte económico e educação dos filhos, mas, envolvido e capaz de assumir os cuidados com os filhos em qualquer fase de desenvolvimento (Leal, 2005). Surge assim uma pressão a nível da sociedade para que os homens se envolvam mais nos cuidados com a criança. Alguns dos fatores determinantes para o aumento dessa pressão, na redefinição do papel do pai, são a afirmação da igualdade feminina e o aumento de casos de divórcios e separações conjugais. No entanto, a comunidade científica ao reconhecer a importância do pai no desenvolvimento da criança, enumera alguns benefícios, tais como o impacto positivo sobre as habilidades cognitivas, competências sociais e de identidade sexual da criança, combatendo com algumas desvantagens, em que a ausência paterna diminui a autoestima, surgem sintomas depressivos e comportamentos inadequados (Gaudet e Devault, 2001). Assim, os homens transitam dum papel de pai, que exige força e negação aos seus sentimentos, para um papel que exige sensibilidade, empatia e maior envolvimento emocional (Deslauriers, 2002; Gomez, 2005).

O aumento da participação das mulheres no campo profissional, deu oportunidade a uma nova mudança no papel do pai onde surge o conceito do envolvimento paterno. Nasce uma nova consciência de que criar um filho é também função do pai (Parke, 1996). Segundo Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985) citado por Piccinini (2004) definem este conceito através de três dimensões de avaliação do comportamento paterno: interação, acessibilidade à criança e responsabilidade. A interação refere-se ao contato direto com o filho, em cuidados e atividades compartilhadas. A acessibilidade concerne à presença ou disponibilidade para a criança para possíveis interações. A responsabilidade diz respeito ao papel que o pai exerce ao garantir cuidados e recursos para a criança. Segundo Parke (1996), este conceito era discutido de forma quantitativa, calculado através do número de horas que o pai passava com a criança em atividades.

Atualmente, a avaliação do envolvimento paterno inclui aspetos qualitativos, como a qualidade e o conteúdo do envolvimento.

O envolvimento paterno na gestação engloba os casais, não apenas a mulher, ou seja, os casais ficam grávidos (Parke, 1996). As mudanças pelas quais os futuros pais atravessam são dependentes um do outro. Por vezes, os pais podem desenvolver a Síndrome de Couvade, que corresponde a um conjunto de sintomas físicos e psicológicos, que exprimem sensações semelhantes aos da mulher, que aparecem nos homens durante a gestação (Piccinini, 2004).

O envolvimento paterno inclui a participação do pai nas consultas e ecografias bem outro tipo de comportamentos e atitudes, mas também o envolvimento a nível emocional (May, 1982). Uma vez que esse envolvimento pode variar conforme as características de cada pai, May (1982) enumera três fases de mudanças: o período desde a suspeita da gravidez até à sua confirmação, onde vivenciam reações de stress, desconforto e ambivalência; a fase de distanciamento emocional, onde não existem certezas de que a gestação é uma realidade porque os sinais físicos ainda não são evidentes; definição de pais, encaram a gestação uma realidade e tornam-se mais participativos (Cit. por Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge, 2004).

De acordo com Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), muitas vezes os pais não conseguem criar um vínculo concreto e sólido com o bebé porque apenas a mulher pode sentir o filho a crescer dentro de si, parir e amamentá-lo. Por essa razão, a formação do vínculo entre pai e filho pode ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança. Podem surgir sentimentos de ciúme, inveja, ansiedade e solidão no homem, por este não vivenciar as alterações corporais e do desenvolvimento do bebé no seu próprio corpo (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger & Pratt, 2000; Maldonado & cols., 1997).

Segundo May (1980) existem três estilos de pais expectantes: o pai “observador”, observa a gravidez como um acontecimento normal e da responsabilidade da mulher, nega qualquer impacto emocional sobre si e presta cuidados quando solicitado; o pai “instrumental”, oferece suporte em questões práticas e sente-se pouco confortável para partilhar aspetos emocionais da gravidez; o pai “expressivo”, consciente da importante transição na sua vida, envolve-se a nível emocional e a nível comportamental, deseja partilhar ao máximo essa experiência e oferece apoio e suporte emocional (Cit. por Lis, Zennaro, Mazzeschi e Pinto 2004).

Segundo Gomez (2005) o pai-expectante “ideal” é aquele que apoia ativamente a grávida, que se envolve emocionalmente na gravidez, participa nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, está presente nas consultas e ecografias e no nascimento

dos filhos (Draper, 1997; Gomez, 2005). A presença do pai durante o parto é claramente uma questão cultural e é atualmente uma prática comum a nível mundial.

Deste modo, o pai torna-se uma figura importante, durante as consultas pré-natais, na realização dos exames ecográficos, nas aulas de preparação para a parentalidade e no nascimento (Bayle, 2006), *“os papéis de mãe e de pai deixam de ser específicos, rígidos, complementares e atribuídos de acordo com o género, passando para a ideia de coparentalidade, em que ambos os pais distribuem, de uma forma mais igualitária, as responsabilidades e tarefas a vários níveis, tais como o financeiro, doméstico e obviamente nos cuidados à criança”* (Monteiro, et al., 2008, p. 396).

Figueiredo (2008), afirma que a forma como cada pai encara a paternidade é particular. O percurso de vida de cada pai vai influenciar a sua adaptação e fundamentar-se em experiências vividas na sua infância e adolescência. Existem fatores importantes que contribuem *“para um melhor ajustamento individual, diminuindo os níveis de stress e facilitando a transição para a parentalidade”* (Garcês, 2011, p. 32), nomeadamente, fatores interpessoais, relacionais com a sua família e com a sua companheira.

A experiência da paternidade é individual, dependendo de cada contexto em que o homem se encontra inserido. Dessa forma, cada pai irá vivenciar a paternidade de modo ímpar dependendo dos fatores sociais, relacionais e culturais a que este esteve sujeito. Segundo Freitas et al. (2007), muitos homens sentem-se pais somente após o nascimento do bebé ou não percebem o sentimento de paternidade mesmo após o nascimento deste. Estas diferenças existem devido a modelos distintos de paternidade, sendo um deles aquele em que o homem se mantém distante da vivência da gestação, ao ter um papel de provedor e outro em que o homem procura ser um “novo pai” mais presente e envolvido (Kruel & Lopes, 2012).

O envolvimento do pai na gravidez e no parto reforça a sua identidade como agente participante e ativo, reduzindo a sensação de que está a ser excluído do processo de paternidade. Atualmente, os pais esperam beneficiar uma intervenção mais direta desde o início da gravidez. Existe uma semelhança no plano psicológico entre as vivências maternas e paternas. São reações normais à mudança que culminam com uma redefinição de papéis. Deste modo, o período de transição para a paternidade é marcado por sentimentos ambivalentes de alegria, ansiedade e conflitos (Lopes, 2012). Atualmente é preciso redefinir e reinventar o lugar do pai, tanto na família quanto na sociedade, pois as referências dos pais do passado não são modelos suficientemente capazes para serem seguidos numa paternidade atual. Por isso mesmo, cada vez mais temos pais mais informados e presentes que acompanham a gravidez desde a preconceção até ao desenvolvimento da criança para a sua fase adulta.

2 - PRESENÇA DO PAI NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

Nos últimos anos, este tema tem emergido com mais firmeza, surgindo debates, ações e principalmente, uma mudança de olhar por parte dos investigadores, gestores e profissionais de saúde: a importância da presença do pai.

A presença do pai no período pré-natal é deveras importante, pois constrói um vínculo com o bebê e compreende tudo o que abarca este período da gestação, sendo um momento muito importante para o casal.

Atualmente, a participação do pai durante a gravidez, tornou-se num papel mais ativo, distinguindo algumas mudanças no paradigma que existia anteriormente. Essas mudanças contribuíram para que ocorresse o aumento do vínculo paterno tanto com a mulher como o bebê, desenvolvendo um maior envolvimento afetivo familiar. Incluir o pai no momento da vigilância pré-natal é uma estratégia que proporciona maior interesse com à gestação estimulando o pai a ter maior envolvimento com a mulher e o bebê.

Em 1994, a Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento estabeleceu a importância de envolver os homens no desafio de melhorar a saúde sexual e reprodutiva. O objetivo foi aumentar a percepção crescente das atitudes e conhecimentos dos homens perante a sua saúde e também a das mulheres com a sua saúde reprodutiva. Surgiram mudanças importantes na sociedade moderna, como a mudança de padrões de casamento e divórcio e mudanças na vida profissional com o aumento da participação da força de trabalho entre as mulheres. O aumento da igualdade de gênero na sociedade requer um maior envolvimento dos homens na vida familiar. O resultado é que alguns cientistas estão a estudar uma ampla variedade de diferentes perspectivas e questões relacionadas à educação dos homens. O desafio da paternidade dos homens tem sido principalmente em discussões sobre pais que ignoram as suas responsabilidades parentais e como isso afeta negativamente e emocionalmente os filhos, assim como o bem-estar mental e financeiro (WHO, 2007).

O envolvimento paterno não é um assunto novo, pois os homens foram encorajados a participar em grupos de pais, e durante o trabalho de parto desempenham um papel mais ativo, assim como nos cuidados ao recém-nascido. A OMS focou-se em oferecer aos pais instruções e conselhos sobre a melhor forma de apoiar a parceira antes, durante e após o parto. Atualmente, os homens estão mais envolvidos não apenas pela saúde materna e infantil, mas também pela sua própria saúde (WHO, 2007).

Nesse sentido, o EEESMO tem um papel importante na educação para a saúde. Não apenas no incentivo e encorajamento da presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal como uma fonte fidedigna, atualizada e científica de informação especializada na área de saúde materna. Para além de serem um suporte emocional na ausência dos pais nas consultas de vigilância pré-natal.

Segundo o Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEESMO tem competências para “*cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, pré-natal e pós-natal*” (OE, 2019, p. 13561). Nesse sentido o EEESMO deve promover a saúde da mulher no período pré-natal ao diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher, providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal. Isso incluir informar e orientar a participação do pai nas consultas de vigilância pré-natal.

Pais envolvidos dão suporte psicológico e emocional para a mulher durante a gravidez e parto, isso pode reduzir a dor, o pânico durante o parto. Programas de saúde que visam o envolvimento dos homens torna-os mais preparados para possíveis emergências obstétricas, para além de beneficiar a própria saúde e bem-estar dos pais. O apoio e incentivo para o envolvimento paterno, que deve ser sempre assegurado pelo EEESMO, pode depender de cooperações dos programas de saúde existentes em cada estado ou país. Alguns estudos mostram que um sistema de licença parental generoso, que permite uma licença parental paga e mais longa, dá melhores oportunidades para os pais combinarem o trabalho com a vida familiar, para além de contribuir positivamente para resultados de saúde e igualdade de género. Isto pode variar entre diferentes países da Europa (WHO 2007).

2.1 - DIREITOS DA PARENTALIDADE

A Lei Portuguesa alista vários direitos de maternidade e paternidade (parentalidade), nomeadamente a licença parental inicial, licença parental exclusiva da mãe, licença parental exclusiva do pai, entre outras. Ocorreram mudanças na lei em 2019 na Lei nº7/2009 do Código do Trabalho, deixando de ser denominadas por licenças de maternidade e paternidade para serem denominadas por licenças parentais (Tabela 1) como um todo (CIMH/CGTP-IN, 2020).

A **licença parental** é o direito, atribuído a trabalhadores que acabaram de ter filhos, de se ausentarem do trabalho por um determinado período de tempo. Durante esse período, os dias podem ser divididos entre pai e mãe, de acordo com a vontade de ambos. O subsídio parental é o apoio financeiro dado aos trabalhadores enquanto

cuidam dos seus filhos. Este substitui o salário dos trabalhadores durante o seu período de ausência (CIMH/CGTP-IN, 2020).

A **licença parental inicial** tem a duração de 120 ou 150 dias consecutivos. No caso de o casal optar pela partilha da licença, esta pode totalizar 180 dias por ter direito a mais 30 dias extras do subsídio (CIMH/CGTP-IN, 2020). Os 120 dias de licença parental inicial são pagos a 100 %. Os 150 dias de licença parental inicial são pagos a 80 %, mas se a mãe e o pai gozarem cada um/a, em exclusivo, pelo menos 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, o montante é igual a 100 %. Os 180 dias de licença parental inicial são pagos a 83 %. (CITE, 2019)

A **licença parental inicial exclusiva da mãe**, de gozo obrigatório, é de seis semanas consecutivas a seguir ao parto, pagas a 100 %. A mãe pode também gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto, pagos a 100 %. (CITE, 2019)

A **licença parental inicial exclusiva do pai** tem a duração total de 25 dias úteis, dos quais 20 são de gozo obrigatório e os outros 5 de gozo facultativo. Os 20 dias úteis obrigatórios devem ser gozados nos 30 dias seguintes ao nascimento do/a filho/a, sendo os primeiros 5 dias gozados de modo consecutivo, imediatamente a seguir ao nascimento. Os 5 dias úteis facultativos podem ser gozados após os primeiros dias obrigatórios, de modo consecutivo ou interpolado, em simultâneo com a licença parental inicial por parte da mãe. A licença parental inicial exclusiva do pai é paga a 100 %. Após o gozo da licença parental inicial exclusiva do pai, este tem direito a partilhar com a mãe a restante licença parental inicial. Depois do gozo obrigatório pela mãe de seis semanas de licença a seguir ao parto, a restante licença parental inicial pode ser partilhada, desde que ambos informem, por escrito, as respetivas entidades patronais até 7 dias após o parto (CIMH/CGTP-IN, 2020).

A **licença parental complementar** é o direito de o pai e a mãe trabalhadores prestarem assistência a filho/a ou adotado/a com idade não superior a seis anos. Esta licença depende de informação por escrito à entidade patronal, com 30 dias de antecedência, e pode ser gozada numa licença parental alargada, por três meses. A licença parental complementar do pai e da mãe é paga a 25 %, na modalidade de licença parental alargada, desde que gozada imediatamente após o pagamento da licença parental inicial ou imediatamente após o pagamento da licença parental alargada já gozada por um dos progenitores (CIMH/CGTP-IN, 2020).

Tabela 1 - Licenças de Parentalidade

Identificação da Situação	Subsídio e Regime	Valor / % Rem. De Referência
Licença Parental Inicial (Lei n.º 7/2009, de 12/02 artigos 39º e 40º)	- 120/150 dias consecutivos partilhados pelos pais. Pode acrescer 30 dias (180 dias) no caso de partilha em que cada um goze em exclusivo 30 dias consecutivos ou 2 períodos de 15 dias consecutivos, após as 6 semanas obrigatórias da mãe. - Declaração conjunta a apresentar em 7 dias após o parto, com menção aos períodos a gozar, de modo exclusivo ou partilhado. (Decreto-Lei n.º 89/2009, de 09/04)	120 dias – 100% 150 dias – 80% ou 100% 180 dias – 83% (artigos 23º Decreto-Lei n.º 89/2009, de 09/04)
Licença Parental Exclusiva da Mãe (Lei n.º 7/2009, de 12/02 artigos 39º e 41º)	- Um período até 30 dias antes do parto e de seis semanas consecutivas a seguir ao parto. (Decreto-Lei nº 89/2009, de 09/04 artigo 12º)	100%
Licença Parental Exclusiva do Pai (Lei n.º 7/2009, de 12/02 artigos 39º e 43º)	- Tem a duração total de 25 dias úteis, dos quais 20 são de gozo obrigatório e os outros 5 de gozo facultativo. (Lei 90/2019, de 4/9 artigo 43º)	100%
Licença Parental Complementar Alargada (filho com idade inferior a 6 anos – Artigo 51º Lei n.º 7/2009, de 12/02 nº 1 a))	- Até 3 meses, para assistência ao filho, a um ou ambos os progenitores, imediatamente a seguir ao período de atribuição de subsídio parental inicial ou subsídio parental alargado do outro cônjuge. (Decreto-Lei n.º 89/2009, de 09/04 artigo 16º)	25% (Artigo 23º Decreto-Lei n.º 89/2009, de 09/04)

Fonte: (CIMH/CGTP-IN, 2020).

Em Diário da República ficou ainda estabelecido o direito “a três dispensas do trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais” (CIMH/CGTP-IN, 2020, p.12).

Sendo o EEESMO responsável pelas consultas de vigilância pré-natal, o mesmo deve ser detentor desta informação para capacitar os pais e informar de que podem estar presentes e participarem nas consultas de vigilância pré-natal. Na figura 1 apresentamos um resumo dos subsídios parentais e dos respetivos valores remuneratórios.

Subsídio Parental inicial / por adoção			
Período de licença	Dias gozados pela mãe	Dias gozados pelo pai	Remuneração de Referência diária
120 dias	120 dias	—	100 %
150 dias	150 dias	—	80 %

Subsídio Parental inicial / por adoção			
Período de licença	Dias gozados pela mãe	Dias gozados pelo pai	Remuneração de Referência diária
150 dias	Esta licença pode ser partilhada, logo após o período de gozo obrigatório, exclusivo da mãe – 6 semanas a seguir ao parto. O pai e a mãe devem gozar, em exclusivo, pelo menos, um período de 30 dias seguidos ou dois períodos de 15 dias, cada um.		100 %
180 dias	Para o uso desta licença, é obrigatória a partilha pela mãe e pelo pai. A partilha pode ocorrer logo após o período de gozo obrigatório, exclusivo da mãe – 6 semanas a seguir ao parto. O pai e a mãe devem gozar, em exclusivo, pelo menos, um período de 30 dias seguidos ou dois períodos de 15 dias, cada um.		83 %

Nota: Haverá direito a um acréscimo de 30 dias e um período recomendado de internamento, em caso de parto ocorrido até às 33 semanas inclusive (premature). No caso de gémeos são sempre acrescidos 30 dias por cada um, além do primeiro.

Subsídio Parental inicial exclusivo do pai			
Período de licença	Dias gozados pela mãe	Dias gozados pelo pai	Remuneração de Referência diária
20 dias obrigatórios 5 dias facultativos	—	20 ou 25 dias	100 %

Nota: Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, o subsídio parental inicial, nas várias modalidades, tem um acréscimo de 2% relativamente às percentagens referidas

Subsídio Parental alargado			
Período de licença	Dias gozados pela mãe	Dias gozados pelo pai	Remuneração de Referência diária
90 dias	A licença parental alargada pode ser usufruída pelo pai ou pela mãe		25 %

Figura 1 - Subsídios Parentais e Remuneração

Fonte: CIMH/CGTP-IN (2020).

Na perspetiva da saúde da população, as políticas de licença e subsídio parental têm o potencial para influenciar a saúde ao longo do curso de vida. A licença parental e o subsídio podem facilitar os cuidados preventivos. Por exemplo, a licença parental pode promover imunizações e a amamentação dos bebés. Ao reduzir o conflito entre o trabalho e as responsabilidades familiares, a licença e o subsídio parental protegidos no emprego podem reduzir o stress relacionado à gravidez, doenças pessoais e as baixas para cuidar de membros da família (Nandi, et al, 2018).

Do ponto de vista social, quando as políticas de licença parental são universais e concebidas pela igualdade de acesso, estas podem reduzir a desigualdade na aceitação, com efeitos potencialmente benéficos para as famílias e crianças. A disponibilidade da licença remunerada pode beneficiar desproporcionalmente grupos socialmente desfavorecidos que não têm recursos para tirar licença do trabalho. As políticas de licença paterna, em particular, ajudam a promover a igualdade de género, incentivam os novos pais a participarem da criação dos filhos e facilitam a participação das mães no mercado de trabalho; no entanto, os pais podem ser menos propensos a utilizar a licença paterna se já tiveram experimentado o estigma no local de trabalho associado ao pedido de licença (Nandi, et al, 2018).

As políticas que afetam as licenças associadas à gravidez e nascimento como as políticas de licença parental diferem nos países europeus, onde os direitos dos trabalhadores à licença por nascimento, por doença pessoal e por doença familiar são distintos (Nandi, et al, 2018).

As políticas de licença remunerada disponíveis nos países da OCDE variam em duração, benefícios e elegibilidade, embora globalmente a tendência seja aumentar a generosidade ao longo do tempo. A maioria dos países da OCDE cumprem o padrão da Organização Internacional do Trabalho de fornecer pelo menos 14 semanas de licença remunerada e uma taxa de reposição salarial de pelo menos dois terços do salário (Nandi, et al, 2018). A maioria das políticas nos países da OCDE exige que os funcionários demonstrem algum vínculo com a força de trabalho antes da licença, como trabalhar um certo número de horas ou algum tempo antes de se tornarem elegíveis, embora haja exceções (Nandi, et al, 2018).

Em Portugal, os direitos exclusivos do pai trabalhador são os seguintes:

- Direito a **licença parental exclusiva do pai** de 15 dias úteis seguidos ou interpolados, pagos a 100% da remuneração de referência, de gozo obrigatório, nos 30 dias seguintes ao nascimento do/a filho/a, cinco dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento;

- Direito a 10 dias úteis de licença, pagos a 100 % da remuneração de referência, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe, devendo avisar a entidade empregadora até 5 dias de antecedência. No caso de nascimentos múltiplos, à licença prevista nos números anteriores acrescem dois dias por cada gémeo/a além do/a primeiro/a, pagos a 100 % da remuneração de referência;

- Direito à licença parental inicial a gozar pelo pai por impossibilidade da mãe, em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica desta, com a duração mínima de 30 dias.

Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica de mãe não trabalhadora nos 120

dias a seguir ao parto, o pai também tem direito a licença. As licenças referidas carecem de apresentação de atestado médico ou de certidão de óbito;

- Direito a três dispensas do trabalho para acompanhamento a consultas pré-natais (CITE, 2019).

2.2 - COVID-19

Em dezembro de 2019 em Wuhan, China, foi descrito o aparecimento da Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Esta doença demonstrou uma rápida disseminação com alta infectividade denominando assim uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2020 (Dashraath et al., 2020). Considera-se que a transmissão entre pessoas ocorre através de gotículas aerossóis devido à proximidade e contacto próximo prolongado num perímetro inferior a dois metros (Ashokka et al., 2020)

Após a confirmação do primeiro caso positivo de COVID-19 em Portugal, as regras hospitalares quanto ao direito ao acompanhante na maioria das instituições foram alteradas. Neste momento tão conturbador em que as instituições hospitalares têm que recorrer a mudanças e alterações para garantir a segurança das suas grávidas, a restrição do pai nas consultas de vigilância pré-natal foi implementada. Foi suprimido o direito ao acompanhante às grávidas pelas instituições para assegurar o cumprimento deste direito em segurança, embora essa restrição não detenha amparo na Lei, nem no Decreto Presidencial que decreta o Estado de Emergência.

Surge neste quadro a preocupação pelas mulheres, o bem-estar dos seus recém-nascidos, bem como dos seus companheiros, pois é negada a experiência de vivenciar um momento único e irrepetível: o acompanhamento da gravidez. A restrição do acompanhante nas instituições de saúde não tem amparo legal, dando abertura a um vazio na lei (Lei 15/2014, de 21 de março, atualizada pela Lei 110/2019, de 9 de setembro), pois não prevê em nenhuma das exceções qualquer situação ligada a doenças infecciosas (Assembleia da República, 2019). As recomendações da OMS são no sentido da efetivação deste direito das grávidas, dada a importância do mesmo para o seu bem-estar emocional. Para não mencionar os inúmeros benefícios maternos como paternos.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) viu-se confrontada em atualizar orientações dirigidas à gravidez e parto. Publicou uma atualização da orientação 018/2020 atualizada em 20/04/2021 sobre a gravidez e parto (covid-19), em que reforça o direito legal reconhecido das grávidas terem acompanhante no parto:

*“As unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para **garantir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto.** Para tal, o acompanhante:*

- a) *Deve realizar um questionário clínico e epidemiológico dirigido nos termos da Norma 019/2020;*
- b) *Deve fazer-se acompanhar de um teste molecular de SARS-CoV-2 (com resultado negativo) realizado nas 72h anteriores ao internamento. No caso da grávida que é admitida em trabalho de parto espontâneo, cujo acompanhante não apresente o resultado do teste programado, deve ser realizado um teste laboratorial para SARS- CoV-2 nos termos da Norma 019/2020 da DGS, preferencialmente um teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN);*
- c) *Deve ser apenas um, sem troca de acompanhantes;*
- d) *Deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, e as demais regras da unidade hospitalar e orientações dos profissionais de saúde;*
- e) *Deve evitar o contato com todos os outros utentes internados;*
- f) *De forma a diminuir a possibilidade de transmissão da infeção, recomenda-se que haja limitação às entradas e saídas do acompanhante” (DGS, 2020, p. 9, 10).*

A nível nacional, antes do surgimento da pandemia COVID-19, a presença do acompanhante ou pessoa significativa era permitida nas consultas de vigilância pré-natal, ecografias e trabalho de parto em qualquer maternidade. Por motivos de segurança e proteção da grávida, parturiente e recém-nascido e de toda a equipa multidisciplinar, a presença do acompanhante foi vedada nas consultas, ecografias e trabalho de parto na maioria das maternidades portuguesas. Neste sentido, estamos perante um retrocesso no avanço que tem sido realizado pelos EEESMO's para a integração do pai na transição da parentalidade. Nesse sentido, surge a importância do acompanhamento por parte do pai no processo da gravidez.

Segundo Colman e Colman (1994) o parto “é o culminar da gravidez” e, como tal, a experiência da gestação deveria terminar “tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher” (Colman e Colman, 1994, p. 152).

Da mesma forma, o início e o término dum processo de gravidez é importante a presença do pai, a durabilidade desse mesmo processo, deveria ser representativo da mesma importância no sentido de obter a sua presença em todos os momentos de vigilância pré-natal.

3 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

As competências específicas do EEESMO foram atualizadas em 2019 e publicado em diário da república, sendo estas:

- “Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; (...) durante o período pré-natal; (...) durante o trabalho de parto; (...) durante o período pós-natal; (...) durante o período do climatério; (...) a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuida do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserida na comunidade.” (OE, 2019, p.13561).

O EEESMO é um profissional de saúde autónomo, responsável, credível e detentor de competências específicas na área da saúde/doença da mulher. Este acompanha todo o seu percurso ginecológico, desde o início do ciclo reprodutivo até ao climatério, e também o do seu recém-nascido. Em Portugal, podem exercer as suas funções em diversas instituições, tais como em unidades hospitalares, como maternidades, clínicas de fertilidade, centros ou clínicas de preparação para o nascimento, na comunidade, nomeadamente nos agrupamentos de centro de saúde (ACES). Os ACES são divididos em Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). As dotações de enfermeiros para cada unidade, é definida com referência a certos parâmetros, nomeadamente: pela sua área geográfica de intervenção de cada unidade funcional que integra o ACES ou a Unidade Local de Saúde (ULS); pela geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional); pelo diagnóstico de saúde da comunidade (OE, 2019, p.132). Com relação às dotações seguras do EEESMO nos cuidados de saúde primários, cada UCC tem ao dispor um EEESMO por cada 500 nascimentos na sua área de abrangência. Isso inclui, realizar cursos na área de preparação para o nascimento, adaptação à parentalidade e adaptação ao pós-parto. Deve ainda assegurar atividades desenvolvidas nas USF e UCSP em conjunto. Essas atividades são envolvidas à sua UCC, ao que deve corresponder um EEESMO por cada 200 nascimentos, como mostra a tabela 2. No programa de adaptação ao pós-parto, podem ser incluídos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica e enfermeiros especialistas em reabilitação (MCEESMO, 2019, p.3).

Tabela 2 – Dotações seguras do EEESMO nos cuidados de saúde primários

Dotações seguras do EEESMO nos cuidados de saúde primários	
UCC	1 EEESMO por 500 nascimentos na sua área de abrangência.
UCC + CPPN + adaptação à parentalidade + adaptação ao pós-parto em conjunto com as USF e UCSP	1 EEESMO por 200 nascimentos; Podem incluir EEESMP e EEER.

Fonte própria

Nos cuidados hospitalares, no serviço de internamento de Medicina Materno-Fetal, deve existir um EEESMO, por três clientes com gravidez de alto risco e um EEESMO por seis clientes com gravidez de médio risco; no serviço de puérperas deve existir um EEESMO por três clientes em puerpério patológico, e um EEESMO por seis clientes em puerpério normal. Devem ser incluídos enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como Enfermeiros de cuidados gerais, atuando em complementaridade; nos serviços de ginecologia deve existir, preferencialmente, pelo menos, um EEESMO em permanência, 24 horas por dia, como mostra a tabela 3 (OE, 2019, p. 140, 141). Com relação aos rácios do EEESMO por cliente na assistência intra-parto, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) define um EEESMO por duas grávidas no 1º estágio de trabalho de parto (TP); um EEESMO por uma grávida no 2º estágio do TP; no 3º e 4º estadio de TP a assistência é da responsabilidade do EEESMO envolvido no 2º estágio; um EEESMO por três grávidas em indução de trabalho de parto (MCEESMO, 2019, p.2). A consulta de enfermagem de saúde materna, a consulta de enfermagem de ginecologia é assegurada por EEESMO, a urgência de obstetria e ginecologia tem de ser assegurada exclusivamente por EEESMO, sendo a triagem um posto de trabalho e a consulta de interrupção da gravidez (IG) até às 10 semanas e 6 dias, tem de ser assegurada exclusivamente por EEESMO (MCEESMO, 2019, p.2).

Tabela 3 – Dotações seguras do EEESMO nos cuidados hospitalares

Dotações seguras do EEESMO nos cuidados hospitalares	
Serviço de internamento de Medicina Materno-Fetal	1 EEESMO por 3 grávidas de alto risco.
Serviço de internamento de Medicina Materno-Fetal	1 EEESMO por 6 grávidas de médio risco.
Serviço de internamento de Puérperas	1 EEESMO por 3 puérperas com puerpério patológico.
Serviço de internamento de Puérperas	1 EEESMO por 6 puérperas com puerpério normal; Deve incluir EEESIP e Enfermeiros de cuidados gerais.
Serviço de internamento de ginecologia	1 EEESMO 24h/dia.
Serviço de Bloco de Partos	1 EEESMO por 2 grávidas no 1º estágio do TP.
Serviço de Bloco de Partos	1 EEESMO por 1 grávida no 2º estágio do TP; O 3º e 4º estágio do TP é da responsabilidade do EEESMO envolvido no 2º estágio do TP.
Serviço de Bloco de Partos	1 EEESMO por 3 grávidas em indução de TP.
Consulta de enfermagem de saúde materna	Assegurada por EEESMO
Consulta de enfermagem de ginecologia	Assegurada por EEESMO
Urgência de obstetrícia e ginecologia (triagem)	Exclusivo a EEESMO
Consulta de interrupção da gravidez (10 semanas + 6 dias)	Exclusivo a EEESMO

Fonte Própria

Os EEESMO são considerados um investimento para as famílias e comunidade, porque promovem o nascimento e crescimento saudável das gerações atuais e futuras.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a relevância das intervenções do Enfermeiro Especialista através da criação dos Colégios das Especialidades, conforme o disposto no nº2 do artigo 31º da Lei 111/2009. Deste modo pode-se afirmar que a Enfermagem Portuguesa detém um quadro de referências, bem estruturado, com instrumentos reguladores da intervenção dos enfermeiros, assentes no desenvolvimento e certificação de competências profissionais e legislação comunitária (Cerejeira, 2010). Os cuidados de saúde primários sofreram alterações com a criação de diferentes unidades de saúde, como as UCC que são maioritariamente compostas por Enfermeiros Especialistas. Estas direcionam os seus cuidados para a comunidade, sendo os EEESMO's responsáveis pelos cursos de preparação para o nascimento, entre outras atividades. Já as USF são responsáveis pela vigilância da gravidez de baixo risco e são compostas maioritariamente por Enfermeiros Generalistas. Existe assim uma

articulação entre USF, UCSP com as UCC e um cruzamento de esferas de atuação com diferentes profissionais de diferentes áreas como os enfermeiros especializados na área de saúde mental e/ou reabilitação. Isso faz com que cada profissional respeite as suas competências comuns enquanto enfermeiros especialistas (Cerejeira, 2010).

O objetivo é promover a saúde e prevenir a doença. Nesse sentido, é importante focalizar a literacia em saúde ou a educação para a saúde ante, pré e pós-natal, a preparação para o nascimento e a parentalidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. O EEESMO com o seu conjunto de experiência e conhecimento profissional que contribuem para a sua formação individual, pode identificar antecipadamente situações que devem beneficiar outro tipo de intervenção, detetando complicações e agindo ao aplicar medidas de emergência. São assim profissionais autónomos e seguros das suas competências, que ajudam a construir famílias saudáveis para o futuro.

Portanto, as consultas de vigilância da gravidez são de extrema importância para os EEESMO's promoverem a educação para a saúde familiar, incentivando a presença do pai nas consultas e fazê-lo sentir-se envolvido nesta nova transição para uma parentalidade saudável.

A Internacional Confederation of Midwives (ICM) refere que as parteiras devem ministrar educação para a saúde para todos a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva (ICM, 2019). Para Hotelling (2004), a aprendizagem efetiva acontece quando ocorre a capacitação do pai, assim os EEESMO's ensinam para um empoderamento parental.

Devido à situação pandémica do Covid-19, surgiu um momento em que os pais foram restritos ao acompanhamento da grávida às consultas e ecografias, no entanto, após deliberação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e DGS, foram emitidas novas orientações e o acompanhamento dos pais foi restituído.

Durante esse momento aflitivo e conturbado, os EEESMO's foram um pilar para as grávidas, tornaram-se profissionais de saúde fidedignos com informação segura e credível, pessoas de referência que cuidaram da mulher e família desmistificando ideias inadequadas, promovendo a saúde mental e familiar.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de Enfermagem são reconhecidos e identificados de uma enorme importância e exigência técnica e científica que assumem, perante os profissionais de saúde, uma diferenciação e especialização inerente (OE, 2019).

O Enfermeiro Especialista (EE) é o Enfermeiro que adquiriu competências humanas, técnicas e científicas para realizar os cuidados de enfermagem especializados nas

áreas específicas da área de enfermagem, ou seja, da sua especialidade. Desse modo, essas competências adquiridas são reconhecidas e atribuídas com o título de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros. Para além dessas competências, o EE partilha em conjunto competências comuns, com os restantes enfermeiros, que são definidas em todos os contactos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019).

As competências comuns que são reguladas pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros envolvem várias dimensões, nomeadamente *“educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”* (OE, 2019, p. 4744). Ao ser definido estas competências comuns, torna-se público aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem gerais e/ou especializados.

Podemos assim distinguir que as competências comuns, são todas as competências que são *“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade”* (OE, 2019, p.4745) e que as competências específicas são *“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”* (OE, 2019, p.4745).

Os domínios que são comuns a todos os enfermeiros especialistas, são *“Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (OE, 2019, p. 4745). Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi sempre salvaguardada a privacidade de cada grávida e respeitado os seus interesses, baseando-me sempre através do código deontológico da Ordem dos Enfermeiros, aquando a prestação de cuidados e na implementação do estudo. Por contingência da Pandemia COVID-19, o acompanhamento das grávidas durante as consultas de vigilância foi suspenso, deste modo, tive de adotar novas medidas para dar resposta às necessidades individuais de cada grávida. Foram incentivadas a partilharem, as informações que adquiriam durante as consultas, com os respetivos pais. Perguntava de que forma o pai estava a participar na gravidez e distribuía folhetos informativos dirigidos para os mesmos de forma a promover a literacia em saúde. Do mesmo modo, foram realizados diversos ensinamentos dirigidos às preocupações pessoais e individuais de cada grávida.

Para o domínio de melhoria contínua da qualidade, uma das escalas deste estudo foca-se na satisfação dos clientes com a assistência de enfermagem, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados. Na ocorrência

de negligência, omissão profissional ou falhas da própria organização de saúde, estamos perante uma situação em que não houve cuidado. Estas situações podem gerar danos à saúde, mas também insatisfação, tanto por parte de quem cuida como do próprio cliente, quando não reconhecem evidências de cuidado (Duffy, JR, Hoskins, L., 2003). Sabemos que a satisfação do cliente surge como um dos indicadores da qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares. Por isso, existe uma preocupação crescente em avaliar os níveis de satisfação, pois os cuidados de enfermagem exigem qualidade. A avaliação de qualidade é variável, também a satisfação do cliente se torna oscilante de acordo com padrões individuais e fatores diversos e distintos. Nesse sentido a promoção da opinião dos clientes torna-se indispensável na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. O cliente torna-se uma parte ativa e crítica no processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Venturi, KK. Et al, 2009).

No domínio gestão de cuidados, uma vez que a abordagem para a participação do estudo era realizada na área da realização dos CTG, nem sempre estive presente ou distribuída nessa área de forma a poder englobar todas as grávidas para o estudo. Nesse sentido, solicitei a ajuda da equipa de enfermagem e informei e esclareci como se realizava o processo para abordar as inquiridas de modo a ser fornecido o consentimento informado e esclarecido, e o método de aceder ao questionário via on-line.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como todos os estudos científicos, vi-me confrontada com grávidas que não quiseram participar no estudo e não foram tratadas de maneira diferente, nem tiveram qualquer penalização ou prejuízo. Foram todas respeitadas pela sua decisão. Para além de toda a pesquisa científica que foi realizada para este estudo, foi realizada uma Scoping Review (Apêndice I), a qual está no prelo. Surgiu a oportunidade de disseminar e dinamizar o esforço realizado dessa pesquisa e divulgá-la em formato de póster no CMIN SUMMIT '21 (Centro Materno Infantil do Norte) Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI com o tema “Presença do Pai na Vigilância da Gravidez: Scoping Review”, o qual foi posteriormente apresentado e discutido (Apêndice II). Também foi realizada uma reunião com os Enfermeiros Gestores do Hospital CUF Descobertas, para apresentarem, o que em cada área de enfermagem, estão a realizar nos seus serviços, ao qual fui convidada pela minha chefia a apresentar o estudo a ser realizado nesta instituição (Apêndice III).

3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas são *“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”* (OE, 2019, p.4745).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, as competências do EEESMO foram atualizadas em 2019 e publicado em diário da república, sendo estas:

- “Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; (...) durante o período pré-natal; (...) durante o trabalho de parto; (...) durante o período pós-natal; (...) durante o período do climatério; (...) a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuida do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserida na comunidade” (OE, 2019, p.13561).

Neste estudo, focalizei-me na competência de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, onde engloba a sua gravidez e a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal.

O EEESMO é detentor de intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, isto é, todas as situações de vida no ciclo reprodutivo da mulher ditas normais. Todos os processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher são considerados situações de médio e alto risco, logo são situações interdependentes com a equipa multidisciplinar envolvida.

Neste sentido, em todas as consultas realizadas pelos EEESMO, eram abordados ensinamentos específicos para cada trimestre em que a grávida se situava. Para o primeiro trimestre eram abordados temas como importância da vigilância da gravidez, importância da vacinação, desconfortos do 1º trimestre, necessidade de alimentação saudável e fracionada, sexualidade, necessidade de períodos de repouso ao longo do dia, perigos da automedicação, vestuário e calçado, higiene e calçado, entre outros. Para o segundo trimestre eram abordados temas como o desenvolvimento fetal, enxoval do bebé, escolha do local/agendamento da visita à maternidade, curso de preparação para o nascimento, vantagens do aleitamento materno, preparação do mamilo para a amamentação, postura correta durante as mamadas, técnica, duração e intervalos entre mamadas, desconfortos do 2º trimestre, sinais e sintomas de incontinência urinária, entre outros. Na consulta do terceiro trimestre são abordados temas como sinais de parto, consulta pré-natal com o pediatra, explicação do CTG e a sua importância, ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais, preparação da mala para o

hospital, exame surdez infantil, importância da vigilância do recém-nascido, diagnóstico precoce, vacinação do bebê, puerpério, lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida do leite, consulta do pós-parto, entre outros.

3.3 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE

A Enfermagem, precisa constantemente de analisar e avaliar a qualidade dos seus serviços de maneira científica, sistemática e acompanhar o desenvolvimento tecnológico, com vistas ao aperfeiçoamento da sua prática para o atendimento às necessidades de saúde da sociedade. Nesse sentido, são requeridas aos enfermeiros responsabilidades e competências de cuidados e gestão para a prestação de serviços de enfermagem de qualidade, com eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, legitimidade, equidade e relevância para todos os envolvidos (Donabedian, A. 1992). O cuidado de enfermagem exige qualidade.

Na ocorrência de negligência, omissão profissional ou falhas da própria organização de saúde, está-se perante uma situação em que não houve cuidado. Estas situações podem gerar danos à saúde, mas também insatisfação, tanto por parte de quem cuida como do próprio cliente, quando não reconhecem evidências de cuidado.

O cuidado é reconhecido pelos enfermeiros, por isso deve ser realizado com base no conhecimento científico, com aplicação da tecnologia adequada às condições materiais existentes para alcançar a qualidade pretendida e de acordo com a complexidade das necessidades do cliente. O cuidado de enfermagem tem como consequências a visibilidade e o reconhecimento social daqueles que o executam. Por sua vez, o cliente percebe a qualidade no seu atendimento quando se sente cuidado, ou seja, percebe os resultados quando o conhecimento científico é aplicado no atendimento das suas necessidades e sente segurança, conforto e proteção contra malefícios à saúde. Quando aceita orientações de profissionais de enfermagem é o resultado do reconhecimento do cuidado em enfermagem (Duffy, JR, Hoskins, L., 2003).

O Modelo Qualidade-Cuidado mencionado por Venturi, KK. (Venturi, KK. Et al, 2009) é classificado como uma *Mid-range theory*. As *Mid-range theories* são mais focadas na prática, logo têm origem a partir da prática.

As *Mid-range theories* colaboram na resolução de problemas, por isso os seus conceitos e proposições devem ser mensuráveis. O foco central do Modelo Qualidade-Cuidado são os resultados dos cuidados centrados em relacionamentos, para além disso reflete a tendência em direção à prática baseada em evidências. Nesse sentido, representa uma contribuição única para o cuidado da saúde com qualidade em Enfermagem (Venturi, KK. Et al, 2009).

É importante procurar resultados do cuidado de enfermagem com a finalidade de obter informações sobre como os cuidados favorecem os clientes tanto a nível individual como a nível familiar e/ou comunidades. Quando o Enfermeiro não corresponde às expectativas centralizadas no relacionamento do cuidado do cliente, este pode vivenciar angústias desnecessárias. É por isso, que o Modelo Qualidade-Cuidado (Venturi, KK. Et al, 2009) é necessário na prestação de cuidados de enfermagem, no sentido de avaliar e analisar a prática profissional de enfermagem. Este modelo tem como objetivo:

- Orientar a prática profissional;
- Reafirmar e expor o trabalho invisível da Enfermagem;
- Descrever as conexões conceptual-teórico-empíricas entre a qualidade do cuidado e o cuidado humano;
- Propor uma agenda de pesquisa para evidenciar o valor da profissão.

A prática fundamentada cientificamente divulga a realidade do trabalho e valores da Enfermagem. Ao existir um desenvolvimento da ciência do cuidado, pode-se divulgar resultados que implicam a relação entre os resultados do cuidado de enfermagem e diversas variáveis, tais como, variáveis a nível de recursos humanos, condições de trabalho, entre outras. Esses resultados terão um impacto a nível das políticas de saúde e institucionais, logo serão muito valorizadas pelas instituições hospitalares no intuito de fomentarem modelos de qualidade-cuidado.

Uma Mid-range theory, é uma instrução para o cuidado de excelência, o qual se torna indispensável para a prática de Enfermagem no sentido de focalizar os resultados do cuidado de enfermagem centrado em relacionamentos colaborativos, que devem ser descritos, mensurados e avaliados, de modo a ajustar os resultados. (Venturi, KK. Et al, 2009)

O Modelo Qualidade-Cuidado pode ser utilizado para estudos de satisfação do cliente. É neste sentido que procuro encontrar resultados positivos para todos os envolvidos.

É notório que as instituições hospitalares procuram alcançar uma qualidade total da sua entidade através da melhoria contínua dos serviços, através de inquéritos de satisfação ao cliente, inquéritos de satisfação aos colaboradores, promoção da comunicação clara e efetiva, entre outras.

A satisfação do cliente surge como um dos indicadores da qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares. Uma vez que a qualidade é variável, também a satisfação do cliente se torna variável de acordo com padrões individuais e outros fatores diversos e distintos. Nesse sentido a promoção da opinião dos clientes torna-se indispensável na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. O cliente torna-se uma parte ativa e crítica no processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Venturi, KK. Et al, 2009).

A procura contínua de melhores resultados e da qualidade na oferta dos serviços de saúde tem sido considerada de extrema importância, no desenvolvimento de uma política organizacional mais eficiente e adequada às necessidades dos clientes/utentes. Desse modo, os clientes/utentes são um elemento fundamental no processo de melhoria contínua. Assim, a Satisfação do Cliente surge como meio condutor de contribuição para a promoção da qualidade das organizações de saúde, permitindo a avaliação, análise e identificação das dimensões mais relevantes para o cliente/utente e o grau de satisfação destes para com as mesmas.

Este estudo tem como medição o grau de conhecimentos adquiridos pela grávida nas consultas de enfermagem, o grau de conhecimento adquirido pelo pai durante a gravidez e o grau de satisfação dos clientes com a assistência de enfermagem, sendo este último um método indicativo para a melhoria da qualidade dos cuidados assim como do seu desempenho perante a concretização das necessidades dos seus clientes/utentes. Pretende-se, assim, contribuir para a melhoria da contínua da qualidade dos cuidados, dos serviços prestados, dos indicadores de qualidade e da satisfação dos clientes/utentes.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

A fase metodológica é o conjunto de atividades e meios próprios para responder às questões de investigação. Nesta etapa determina-se as operações e estratégias que especificam como o fenómeno em estudo será integrado e o percurso a seguir para organizar as fases posteriores (Fortin, 2009). Nesta fase, irei apresentar os objetivos, as questões de investigação, o tipo de estudo, a escolha da população e da amostra, o instrumento usado para a recolha de dados, os procedimentos da recolha de dados e os aspetos éticos.

1.1 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como objetivos gerais:

- Avaliar o conhecimento adquirido pela grávida durante as consultas de vigilância da gravidez;
- Avaliar o conhecimento adquirido pelos pais, durante a vigilância da gravidez;
- Avaliar a satisfação das grávidas com a assistência de enfermagem.

Como objetivos específicos surgem:

- Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico do casal;
- Identificar o conhecimento adquirido pela grávida durante as consultas de enfermagem e o conhecimento adquirido pelos pais durante a vigilância da gravidez;
- Identificar o grau de satisfação das grávidas com a assistência de enfermagem.

Assim, perante os objetivos traçados surgiram as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais os conhecimentos adquiridos pela grávida na consulta de enfermagem de vigilância da pré-natal?
- ✓ Quais os conhecimentos adquiridos pelo pai durante a vigilância pré-natal?
- ✓ Qual o nível de satisfação da grávida com a assistência do EEESMO?
- ✓ O nível de satisfação do casal com a assistência do EEESMO influencia os conhecimentos adquiridos pelo casal?

1.2 - TIPO DE ESTUDO

Nesta investigação realizámos um estudo transversal, descritivo e de natureza quantitativa, segundo Fortin, um estudo descritivo, visa obter informações sobre características duma determinada amostra e sobre fenómenos pouco investigados

(Fortin, 2009). Transversal consiste em avaliar vários, cortes em relação a fenómenos presentes num dado momento do questionário. Visa recolher informação relativa à frequência do problema no momento do questionário, dando assim uma visão longitudinal dos fenómenos (Fortin, 2009).

Segundo o objeto de estudo e objetivos já traçados, pretendeu-se utilizar para o seu desenvolvimento, a aplicação do método quantitativo. Segundo Vilelas, “os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para poderem ser classificadas e analisadas. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão) (Vilelas, 2020, p. 197)

1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população a ser investigada neste estudo são todas as mulheres grávidas e respetivos futuros pais que recorrem ao Hospital CUF Descobertas durante a vigilância da gravidez para realizarem uma cardiocografia (CTG). Uma vez que a nossa população é composta por um número elevado de pessoas, deste modo é impossível examiná-la detalhadamente devido a questões temporais e de custos financeiros. Deste modo, será extraída uma amostra dessa população que represente a conduta da população no seu conjunto (Vilelas, 2020).

A extração de uma amostra da população, refere-se ao conjunto de unidades numa porção total que represente a conduta da população no seu conjunto (Vilelas, J., 2020). Uma amostra é “*uma parte do todo a que chamamos população e que a representa. A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades*” (Vilelas, J., 2020, p. 179).

A seleção da amostra para o presente estudo terá a adoção da técnica de amostragem não probabilística acidental (por conveniência), mais concretamente esta técnica de amostragem consiste em escolher indivíduos pelo facto da sua presença, num determinado local e num preciso momento (Fortin, 2009).

Para minimizar enviesamentos ou erros provenientes do acaso que podem pôr em causa a validade interna do estudo, foram definidos critérios de inclusão de modo a reforçar a representatividade da amostra.

Critérios de inclusão:

- Domínio de idioma português;
- Idade superior a 18 anos;
- Casal grávido vigiado na consulta externa do Hospital CUF Descobertas;
- Primíparas e múltiparas;

- Participar de livre vontade;
- Ter acesso à internet para realização do questionário.

Critérios de exclusão:

- Pais de nacionalidade estrangeira sem domínio do idioma português;
- Referencia a doença do foro mental / psiquiátrico;
- Pais com idade inferior a 18 anos.

A amostra será constituída por todas as mulheres grávidas e respetivos futuros pais que realizam cardiocotografia (CTG) na consulta externa de obstetrícia do Hospital CUF Descobertas no período de fevereiro a março de 2021. Para o cálculo da amostra foi utilizado o *Creative Research Systems* (<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) para calcular o tamanho da amostra. No ano de 2019 realizaram-se 5124 CTG e em média, num mês, foram realizados 427 CTG. E com um nível de confiança de 95% e um intervalo de confiança de 7, o tamanho da amostra seria de 189 participantes. Isto quer dizer que com este nível de confiança e o intervalo de confiança juntos, pode dizer que tem 95% de certeza de que a verdadeira percentagem da população está entre 43% e 51%. No mês de fevereiro foi realizado o pré-teste do questionário, dando assim início oficial ao questionário no mês de março. Uma vez que no período anteriormente estabelecido, o tamanho da amostra era reduzido, foi prolongado por um período de tempo maior, até junho de 2021. Do período de março a junho foram assinados 446 consentimentos informados e enviado o endereço para preenchimento do questionário on-line, no entanto apenas 196 respostas foram contabilizadas, pois as restantes, não foram preenchidos, ou não foram preenchidos na totalidade, não sendo assim contabilizados.

Uma vez que a amostra é não probabilística, de conveniência, a dimensão utilizada foi de acordo com a disponibilidade da investigadora para a recolha de dados, sendo uma das limitações para a extrapolação dos resultados.

1.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com Vilelas (2020, p. 331), “*um instrumento de recolha de dados é qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação*”. Cada instrumento pode distinguir-se entre a sua forma e o seu conteúdo. A forma corresponde ao tipo de aproximação que se estabelece com a atividade empírica e a técnica utilizada. O conteúdo refere-se ao que necessitamos de saber especificamente, como medir as variáveis através de perguntas, pontos a observar, elementos a registar, entre outros. O instrumento de recolha de dados resume as variáveis que se quer estudar e os conceitos utilizados, bem como o objeto do estudo.

Através da escolha adequada do instrumento de recolha de dados, obtém-se a correlação entre a teoria e os resultados obtidos. Por isso, é fundamental que haja um cuidado especial na escolha adequada no instrumento de recolha de dados, pois caso sejam inadequados, podem surgir erros e dificuldades no processo de investigação (Vilelas, 2020).

Para este estudo foi utilizado o método de questionário. O questionário tem como finalidade obter a informação acerca da população que se estuda e das variáveis que são objeto de estudo. Os dados podem ser obtidos por factos relativo ao domínio pessoal dos indivíduos (como a idade, nível de escolaridade), ao domínio do ambiente que o rodeia (como relações familiares) e ao domínio do seu comportamento. Pode ser obtido também por opiniões, ou seja, dados subjetivos, atitudes, motivações e sentimentos e por cognições (avaliação de índices de conhecimento de diversos temas estudados). O questionário é um conjunto de questões estruturadas com o objetivo de explorar a opinião das pessoas a serem inquiridas. Tem a vantagem de dar a possibilidade de ser aplicado a qualquer tipo de população, podem ser aplicados através do correio tradicional, correio eletrónico via internet ou entregues diretamente ao inquirido. Como desvantagem pode surgir o constrangimento pela diretividade das perguntas e por vezes serem dadas respostas socialmente aceites e a elevada taxa de não resposta. O questionário pode ser do tipo fechado ou misto. Quando é estruturado apenas com perguntas fechadas é do tipo fechado. Este tipo de pergunta, o inquirido só pode responder entre as opções limitadas pelo investigador. Deste modo, devem ser perguntas inclusivas e exclusivas de forma a evitar influencias na trajetória das respostas. As perguntas podem ser dicotómicas (apenas tem a opção de eleger uma resposta), múltiplas (pode ter várias opções de resposta disponível), hierárquicas (pode escolher segundo a sua ordem de preferência usando uma escala numérica) ou por escalas (medem o grau de intensidade de atitudes e das opiniões dos inquiridos sobre um determinado fenómeno usando uma escala graduada). Quando é estruturado com perguntas fechadas e/ou abertas (perguntas de opinião) são do tipo misto. Este tipo de perguntas proporcionam uma variedade mais ampla de respostas podendo os inquiridos dar respostas livres (Vilelas, 2020).

O questionário realizado para este estudo foi constituído por três partes:

Parte I - Questionário sociodemográfico e dados da história obstétrica;

Parte II - Questionário os conhecimentos adquiridos pelas grávidas na consulta de enfermagem. Este questionário foi construído no âmbito deste estudo e teve como base os ensinamentos realizados pelo EEESMO durante as consultas de enfermagem ao longo dos três trimestres da gravidez, na consulta do Hospital CUF Descobertas. Cada um dos itens descreve os ensinamentos realizados em cada trimestre. A sua classificação é segundo

a escala de likert de 5 pontos de "não tenho nenhum conhecimento", "tenho pouco conhecimento", "Não sei/Não responde", "tenho conhecimento" e "tenho muito conhecimento". Os itens foram pontuados de 1 a 5 com scores mais altos que indicam maior nível de conhecimento.

Parte III – Escala de Satisfação dos clientes com a assistência de enfermagem (General Practice Nurse Satisfaction Scale), é uma escala australiana que foi traduzida e validada para o contexto brasileiro (2020). Foi solicitada a autorização para a sua utilização, tanto da versão original como a adaptada para o português do Brasil (Apêndice IV). A Escala de Satisfação dos clientes com a assistência de enfermagem (General Practice Nurse Satisfaction Scale), foi desenvolvida por Halcomb et al. (2011), na Austrália, um instrumento para mensuração da Satisfação denominado General Practice Nurse Satisfaction Scale (GNPS), que analisa as seguintes dimensões da perspectiva do cliente: Relacionamento Interpessoal e Comunicação, Confiança e Credibilidade. Esta escala mostrou-se eficiente como instrumento para a avaliação da Satisfação com o Serviço de Enfermagem e pode ser utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas equipas de enfermagem e fidelizar e manter a confiança entre clientes e profissionais de saúde (Halcomb et al., 2011). A escala GNPS é formada por 21 itens, 14 são utilizados para mensuração da dimensão Confiança e Credibilidade (CC) e os outros sete para consideração da dimensão Relacionamento Interpessoal e Comunicação (RIC). Esta escala é um instrumento de análise fatorial exploratória, com 21 questões divididas em quatro dimensões: relacionamento interpessoal e comunicação; confiança; credibilidade e dedicação. A sua classificação é segundo a escala de Likert de 5 pontos de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Os itens foram pontuados de 1 a 5, com scores mais altos que indicam maiores níveis de satisfação. Apresenta um Alpha de Cronbach de 0,97.

Foi realizado um pré-teste validado por peritos, “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo” (Fortin, 2009). Foi solicitado e enviado por e-mail o instrumento de recolha de dados no período de 15 a 19 de fevereiro a 30 participantes que consentiram participar no estudo, para se verificar a eficácia do instrumento e assim corrigir possíveis questões que tenham criado dificuldade na resposta, quer por incorreta formulação, quer por dificuldade na interpretação. Das 30 participantes, apenas uma teceu alguns comentários aos quais foram analisados e revistos por peritos no período de uma semana.

O questionário auto-administrado, foi preenchido pelos próprios participantes, através da Internet, ficou disponível para preenchimento entre março e junho de 2021 (Apêndice V).

O instrumento de recolha de dados inicialmente foi construído para ser aplicado em formato papel, mas devido ao agravamento da situação pandémica, optámos por evitar a circulação de papel e foi transferido para um questionário online, mantendo a mesma estrutura. Este tipo de questionário aplicado online tem algumas vantagens, nomeadamente, existir pouca interferência e garantir a privacidade das respostas. No entanto, este método pode apresentar alguns inconvenientes, tais como: taxa de resposta fraca, elevadas taxas de dados em falta e impossibilidade de prestar esclarecimentos aquando do seu preenchimento (Fortin, 2009). O instrumento foi formalizado através da plataforma do *google forms* que os pais tiveram acesso através dum código QR que foi disponibilizado às grávidas que realizaram CTG e que aceitaram participar no estudo.

Foi escolhido este método por ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território. Para além disso, o anonimato tranquiliza os participantes levando-os a exprimirem livremente as suas opiniões.

1.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS

O enfermeiro tem o dever do sigilo, segundo o código deontológico do enfermeiro, no artigo 85º. O enfermeiro assume o dever de "manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade" (OE, 2015, p.9). Nesse sentido, durante todo o processo de recolha de dados, análise e elaboração da dissertação, houve o maior cuidado em manter a confidencialidade dos inquiridos. O preenchimento do instrumento de recolha de dados foi precedido da declaração de consentimento informado com o compromisso de respeitar o direito à livre escolha de participação, à confidencialidade e o direito à proteção de dados, com aplicação em absoluto respeito pelos princípios orientadores da declaração de Helsínquia. Os dados recolhidos foram analisados com rigor com recurso ao tratamento estatístico. Na dissertação não será possível identificar nenhum dos participantes.

Foram efetuadas todas as diligências para respeitar as considerações éticas institucionais e individuais.

O presente estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo I), onde foi elaborado um consentimento informado que seria entregue às clientes (Apêndice VI). Foi também solicitado à Comissão de Ética do Hospital CUF Descobertas um parecer com relação ao estudo (Anexo II) para a aplicação do questionário às

clientes seguidas nesta instituição e aplicado um novo consentimento informado seguindo as diretrizes da instituição (Apêndice VII).

Os aspetos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos. Na primeira página do questionário on-line, foi escrito um texto introdutório de conteúdo semelhante ao do documento de consentimento informado aprovado pelas Comissões de Ética, onde os casais participantes, assinalavam o seu consentimento para participar no estudo.

2 - ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão SPSS Statistics 24.0 para o Windows, criando uma base de dados informatizada onde os mesmos foram editados.

Para o presente estudo foram utilizados dois tipos de estatística: numa primeira fase a estatística descritiva e posteriormente a inferencial. Segundo Vilelas (2020), a estatística descritiva consiste na recolha de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados, tais como quadros, gráficos e indicadores numéricos. Define-se como “o conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida de uma amostra ou de uma população, sem distorção nem perda de informação” (Vilelas, 2020, p. 399). Para este estudo foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência central (média, mediana e moda), as medidas de dispersão ou variabilidade (desvios padrão, valor mínimo e valor máximo), o teste paramétrico (t de Student), coeficiente de correlação de Pearson ou r de Pearson e o coeficiente Alfa de Cronbach.

A estatística inferencial, “baseia-se nas leis da probabilidade do qual interessa-se pelos resultados obtidos numa amostra, e pela dedução prevê o comportamento da população de onde provêm as amostras” (Fortin, 2009, p. 465). Os testes não paramétricos são utilizados quando a distribuição dum variável é muito assimétrica ou quando a amostra é de pequeno tamanho (Fortin, 2009, p. 455). Uma vez que este estudo não se enquadra com essa definição, foram utilizados testes paramétricos. Os testes paramétricos são utilizados quando as variáveis são normalmente distribuídas na população, quando é possível, pelo menos, a estimação de um parâmetro e quando o nível de variáveis é de intervalos ou de proporções. Estes testes permitem descobrir diferenças ou relações de melhor forma que os testes não paramétricos. Estes também permitem observar dados de intervalos como os scores numa escala de likert (Fortin, 2009, p.455).

O teste t de Student é um teste paramétrico que determina a diferença entre a médias de duas populações (Fortin, 2009), ou seja, neste caso, entre as variáveis grávidas/pais.

O r de Pearson é um dos coeficientes mais utilizados para medir a correlação entre duas variáveis e avalia o efeito que uma variável produz na outra (Vilelas, 2020, p. 420).

O coeficiente Alfa de Cronbach serve para avaliar a validade de consistência interna, “é um índice de consistência interna que apresenta valores entre 0 e 1 e onde alfa é um coeficiente de correlação ao quadrado que mede a homogeneidade das perguntas correlacionando as médias de todos os itens para estimar a consistência do instrumento” (Vilelas, 2020, p.370).

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra será feita com base nos dados sociodemográficos e obstétricos recolhidos através do instrumento aplicado.

A amostra foi constituída por 196 casais, homens e mulheres (Tabela 4). As idades estão compreendidas entre os 21 aos 50 anos, nas mulheres a maior parte (39,6%) situa-se na faixa etária dos 31-35 anos, enquanto nos homens a maior parte (33,5%) situa-se na faixa etária dos 36-40 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria (88,3%) das mulheres e homens, é casada ou vive em união de facto, respetivamente. Quanto à nacionalidade, a maioria (98%) das mulheres e dos homens são de nacionalidade portuguesas. A maioria das mulheres (95,9%) e dos homens (97,5%), são de raça caucasiana.

No que diz respeito à religião, verificámos que a maioria das mulheres (80,7%) e dos Homens (70,6%), tem como religião, a católica. Quanto às habilitações literárias das mulheres 47,2% são licenciadas, representando a maior parte da amostra, existindo 33,5% que detêm mestrado, e apenas 11,7% detêm o 12º ano ou equivalente. Quanto às habilitações literárias dos homens 41,6% são licenciados, sendo que 22,8% detêm mestrado e 19,8% detêm do 12º ano ou equivalente.

Com esta caracterização pretende-se destacar as particularidades mais constantes da amostra. Deste modo, podemos destacar as características mais frequentes das mulheres, que são:

- casadas ou vivem em união de facto (88,3%);
- faixa etária dos 31-35 anos (39,6%);
- portuguesas (98%);
- de raça caucasiana (95,9%);
- católicas (80,7%);
- licenciadas (47,2%).

Relativamente às características do homem, podemos destacar que são:

- casados ou vivem em união de facto (88,3%);
- faixa etária dos 36-40 anos (33,5%);
- portugueses (98%);
- de raça caucasiana (97,5%);
- católicos (70,6%);
- licenciados (41,6%).

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico

Variáveis Sociodemográficas		Mãe		Pai	
		N	%	N	%
Estado civil	Casado/União de Facto	174	88.3	174	88.3
	Separado/Divorciado	3	1.5	2	1.0
	Solteiro	19	9.6	21	10.7
	Viúvo	1	.5		
Idade	21-25 anos	2	1.0	2	1.0
	26-30 anos	39	19.8	27	13.7
	31-35 anos	78	39.6	65	33.0
	36-40 anos	65	33.0	66	33.5
	41-45 anos	12	6.1	26	13.2
	46-50 anos	1	.5	10	5.1
	mais de 50 anos			1	.5
Nacionalidade	Outra	4	2.0	4	2.0
	Portuguesa	193	98.0	193	98.0
Religião	Agnóstico, Ateu, sem religião	29	14.7	49	24.9
	Católica	159	80.7	139	70.6
	Outra	7	3.6	7	3.6
	Protestante	1	.5	1	.5
	Testemunha de Jeová	1	.5	1	.5
Raça	Caucasiana	189	95.9	192	97.5
	Negra	6	3.0	3	1.5
	Outra	2	1.0	2	1.0
Habilitações literárias	Ensino básico 2.º ciclo - 6.º ano (antigo 2.º ano liceal / ciclo preparatório)			1	.5
	Ensino básico 3º ciclo - 9º ano (antigo 5º ano liceal ou ensino técnico)	4	2.0	7	3.6
	Ensino médio / pós-secundário - curso de especialização tecnológica	6	3.0	18	9.1
	Ensino secundário - 12º ano ou equivalente	23	11.7	39	19.8
	Ensino superior - bacharelato	2	1.0	3	1.5
	Ensino superior - doutoramento	3	1.5	2	1.0
	Ensino superior - licenciatura	93	47.2	82	41.6
	Ensino superior – mestrado	66	33.5	45	22.8

Em relação aos dados obstétricos (Tabela 5), verificou-se que a maior parte (45,2%) das mulheres são primíparas. A gravidez para o casal foi, na maioria dos casos, planeada (81,7%), desejada (98,5) e vigiada (100%) no hospital privado (70,1%).

Durante a gravidez, a maioria das mulheres não realizaram cursos de preparação para o nascimento (52,8%), e a maioria dos homens também não realizou (63,5%). Os motivos descritos foram por “terem realizado numa gravidez anterior”, “não acharem

necessário enquanto casal”, “devido ao covid-19”, “impossibilidade horária”, “não ser presencial” e “não obtiveram vaga atempadamente”.

A maioria (97,5%) das mulheres não teve acompanhamento da pessoa significativa, durante a vigilância da gravidez. Todos os pais que referiram não ter estado presentes nas consultas e ecografias apresentaram a pandemia covid-19 como razão.

Tabela 5 - Perfil Obstétrico

Variáveis Obstétricas	Mãe		Pai		
	N	%	N	%	
Número de partos	0	89	45.2		
	1	83	42.1		
	2	23	11.7		
	3	2	1.0		
Gravidez planeada	Sim	161	81.7	161	81.7
	Não	36	18.3	36	18.3
Gravidez desejada	Sim	194	98.5	194	98.5
	Não	3	1.5	3	1.5
Local de vigilância da gravidez	Centro de Saúde e Hospital Privado	59	29.9		
	Hospital Privado	138	70.1		
Realizou algum curso de preparação para o parto?	Sim	93	47.2	72	36.5
	Não	104	52.8	125	63.5
Não fez curso porque	Fez numa gravidez anterior			33	16.8
	Covid-19			19	9.6
	Impossibilidade horária			18	9.1
	Não achámos necessário			19	9.6
	Não era presencial			3	1.5
	Não havia vaga			2	1.0
Teve acompanhante durante as consultas de vigilância da gravidez?	Não	192	97.5		
	Sim, o marido	5	2.5		
Esteve presente em alguma consulta de vigilância da gravidez?	Sim			11	5.6
	Não			186	94.4
Esteve presente em alguma ecografia?	Sim			42	21.3
	Não			155	78.7
Número de Filhos	1	82	41.6		
	2	23	11.7		
	3	6	3.0		
	Nenhum	86	43.7		

Na Tabela 6 apresentamos a média (M) e o desvio padrão (DP) da idade gestacional e o número de consultas realizadas do casal. Verificámos que a média da idade

gestacional das mulheres que responderam ao questionário é de 36 semanas e a média de consultas de vigilância da gravidez realizadas é de 9 consultas.

Tabela 6 - Idade gestacional e número de consultas

Itens	Min	Max	M	DP
Idade gestacional	4	46	36.89	2.89
Número de consultas	4	20	9.56	3.21

2.2 - CONHECIMENTO ADQUIRIDO PELA GRÁVIDA E COMPANHEIRO DURANTE AS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

Para verificarmos o nível de conhecimentos adquiridos pela grávida e pelo companheiro durante as consultas de vigilância da gravidez, utilizámos um questionário construído para o efeito. O primeiro passo para a análise de dados é a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de recolha de dados ao determinar a sua validade e confiabilidade. Para determinar a confiabilidade e a sua validade utiliza-se o Coeficiente Alfa de Cronbach como teste psicométrico para avaliação da consistência interna, variando numa escala de zero a um. Um valor elevado indica uma grande consistência interna (Fortin, 2006).

Sendo assim, foi realizada a análise da consistência interna da escala de conhecimento adquirido composta por 28 itens tendo-se obtido um alfa de Cronbach de 0.97 no caso das mães e de 0.98 no caso dos pais, o que confirma que existe uma boa fiabilidade da medida. Os valores superiores a 0,8 são indicadores de uma boa consistência interna (Fortin, 2006).

A medida foi calculada através da média dos itens. Em termos médios os participantes referiram ter algum conhecimento, 3.84 para as mulheres e 3.36 para os homens, apesar de não ser muito elevado (1 - não tenho conhecimento a 5 - tenho muito conhecimento), conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7 - Conhecimento adquirido

Itens	Min	Max	M	DP
Conhecimento adquirido Mãe	1	5	3.84	.81
Conhecimento adquirido Pai	1	5	3.36	.91

Segundo Fortin (2006) “o teste *t* de Student é um teste paramétrico que serve para determinar a diferença entre as médias de duas populações relativamente a uma variável aleatória contínua” (p. 455). “Para grupos dependentes emparelhados,

determina se existe uma diferença entre as médias de dois conjuntos de scores registados para um mesmo grupo de sujeitos” (p. 449).

Baseando-nos em Fortin (2006, p. 450) “o nível de significação é um valor numérico que se refere ao valor de *p* correspondente à probabilidade de cometer um erro de primeira espécie ou à probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando esta é verdadeira”.

Para as duas amostras emparelhadas, foi utilizado o teste *t* de Student e obteve-se como resultado $t(196) = 7.889$, $p < .001$, indicando que existem diferenças estatisticamente significativas entre a noção de conhecimento dos pais e mães, sendo superior o conhecimento das mães. Isto porque, “se o valor de *t* obtido é maior que o valor crítico, a hipótese nula é rejeitada e a diferença entre as médias dos valores de cada um dos dois grupos é considerada significativa sob o ponto de vista estatístico” (Fortin, 2006).

A maioria das mulheres mostraram ter um bom nível de conhecimento respondendo maioritariamente ao nível “4 – tenho conhecimento”. Nenhum conhecimento foi considerado como insuficiente (abaixo do nível 3 – Não sei, não respondo).

Os conhecimentos mais fortes foram “Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)” (4.36), “Necessidade de alimentação saudável e fracionada” (4.31) e “A importância da vacinação” (4.18), como mostra a tabela 8.

Tabela 8 - Conhecimento adquirido em cada item da escala - Mãe

Itens	Min	Max	M	DP
A importância da vacinação	1	5	4.18	.84
Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)	1	5	4.36	.77
Necessidade de alimentação saudável e fracionada	1	5	4.31	.78
Sexualidade	1	5	3.89	1.03
Necessidade de períodos de repouso ao longo do dia	1	5	3.97	.95
Perigos da automedicação	1	5	4.10	.98
Higiene corporal	1	5	4.12	.99
Vestuário e calçado	1	5	3.97	1.03
Enxoval para a maternidade	1	5	4.07	.96
Escolha do local de parto / agendamento à visita à maternidade	1	5	3.93	1.01
Cursos de preparação para o nascimento	1	5	3.82	1.03
Vantagens do aleitamento materno	1	5	4.15	.97
Preparação do mamilo para a amamentação	1	5	3.57	1.23
Postura correta durante as mamadas	1	5	3.52	1.21
Técnica, duração e intervalos entre mamadas	1	5	3.43	1.24
Desconfortos do 2º Trimestre	1	5	4.02	.94
Sinais e sintomas de incontinência urinária	1	5	3.51	1.21
Importância da preparação para o nascimento e sinais de parto	1	5	3.82	1.07

Consulta pré-natal com o pediatra	1	5	3.56	1.14
Explicação do CTG e a sua importância	1	5	3.71	1.15
Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais	1	5	3.62	1.10
Preparação da mala para o hospital	1	5	3.95	1.03
Exame surdez infantil	1	5	3.43	1.24
Importância da vigilância do Recém-Nascido	1	5	3.83	1.12
Teste do pezinho	1	5	3.84	1.17
Vacinação do bebé	1	5	3.85	1.19
Puerpério, o que é?	1	5	3.64	1.24
Lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida de leite, consulta pós-parto	1	5	3.47	1.26

Os conhecimentos adquiridos pelo pai considerados como insuficientes (abaixo do nível 3 – não sei, não respondo) foram “Preparação do mamilo para a amamentação”, “Técnica, duração e intervalos entre as mamadas”, “Sinais e sintomas de incontinência urinária”, “Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais”, “Puerpério, o que é?” e “Lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida de leite, consulta pós-parto”.

Os conhecimentos mais fortes foram “Vantagens do aleitamento materno” (3.88), “Necessidade de alimentação saudável e fracionada” (3.85), “A importância da vacinação” (3.78) e “Perigos da automedicação” (3.75), como mostra a tabela 9.

Tabela 9 - Conhecimento adquirido em cada item da escala - Pai

Itens	Min	Max	M	DP
A importância da vacinação	1	5	3.78	1.17
Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)	1	5	3.47	1.16
Necessidade de alimentação saudável e fracionada	1	5	3.85	0.98
Sexualidade	1	5	3.64	1.07
Necessidade de períodos de repouso ao longo do dia	1	5	3.69	1.06
Perigos da automedicação	1	5	3.75	1.15
Higiene corporal	1	5	3.69	1.18
Vestuário e calçado	1	5	3.52	1.13
Enxoval para a maternidade	1	5	3.33	1.21
Escolha do local de parto / agendamento à visita à maternidade	1	5	3.59	1.18
Cursos de preparação para o nascimento	1	5	3.42	1.21
Vantagens do aleitamento materno	1	5	3.88	1.07
Preparação do mamilo para a amamentação	1	5	2.90	1.29
Postura correta durante as mamadas	1	5	3.01	1.29
Técnica, duração e intervalos entre mamadas	1	5	2.99	1.23
Desconfortos do 2º Trimestre	1	5	3.14	1.14
Sinais e sintomas de incontinência urinária	1	5	2.77	1.14

Importância da preparação para o nascimento e sinais de parto	1	5	3.35	1.21
Consulta pré-natal com o pediatra	1	5	3.16	1.31
Explicação do CTG e a sua importância	1	5	3.09	1.21
Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais	1	5	2.77	1.21
Preparação da mala para o hospital	1	5	3.28	1.30
Exame surdez infantil	1	5	3.14	1.31
Importância da vigilância do Recém-Nascido	1	5	3.70	1.15
Teste do pezinho	1	5	3.66	1.13
Vacinação do bebé	1	5	3.72	1.13
Puerpério, o que é?	1	5	2.93	1.26
Lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida de leite, consulta pós-parto	1	5	2.87	1.27

A maioria dos pais obteve esses conhecimentos através da grávida (82,7%) e da internet (36,5%). A tabela 10 mostra onde o pai adquiriu os seus conhecimentos sobre a gravidez.

Tabela 10 - Onde o pai adquiriu os seus conhecimentos sobre a gravidez

Itens	N	%
Na consulta de enfermagem	12	6.1
Livros, revistas e artigos	51	25.9
Através da grávida	163	82.7
Internet	72	36.5
Curso pré-parto	45	22.8
Experiência anterior	14	7.1
Amigos/familiares	3	1.5
Profissão	3	1.5
Não adquiri	2	1.0

A maioria dos casais referiu ter conhecimentos (62.4%) e o tema mais referido que gostariam que fosse abordado era sobre a amamentação (29.9%), como mostra a tabela 11.

Tabela 11 - Outras informações sobre o conhecimento

Itens	N	%
Como classificaria o seu grau de conhecimento, no geral, após a consulta de enfermagem?		
Não tenho conhecimentos	2	1.0
Tenho poucos conhecimentos	16	8.1
Não sei, não respondo	17	8.6
Tenho conhecimentos	124	62.9
Tenho muitos conhecimentos	38	19.3
Que temas gostaria que fossem abordados/esclarecidos/aprofund		
Nada a acrescentar	29	14.7
Amamentação	59	29.9
Recebi pouca informação	10	5.1

dados na consulta de enfermagem?	Abordar os temas mais aprofundadamente	4	2.0
	Informações sobre o parto	23	11.7
	Sintomas pós-parto	21	10.7
	Cuidados com o bebê pós-parto	17	8.6
	Cólicas	2	1.0
	Procedimentos hospitalares em vigor na pandemia	3	1.5
	Depressão pós-parto	1	.5
	Sexualidade	5	2.5
	Etapas da gravidez	9	4.6

2.3 - GRAU DE SATISFAÇÃO DAS GRÁVIDAS/CASAL COM A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Foi realizada uma análise da consistência interna da escala de satisfação composta por 21 itens tendo-se obtido um alfa de Cronbach de .97, o que confirma que existe uma boa fiabilidade da medida. Os domínios da escala apresentam uma boa fiabilidade também, com valores alfa de Cronbach a variar entre .75 e .95, como mostra a tabela 12. No contexto Brasileiro, a aplicação da Escala de satisfação do paciente com a assistência de enfermagem foi realizada em 199 pacientes e o estudo de Pereira (2020) revela que o instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,93, variando entre 0,87 e 0,66 para as dimensões “Relacionamento interpessoal e comunicação” e “Dedicação” respectivamente.

No contexto Australiano, a aplicação do “*General Practice Nurse Satisfaction Scale*” (GNPS) foi realizada em 739 pacientes e o estudo de Halcomb (2011) revela consistência interna satisfatória com o alfa de Cronbach de 0,97 variando entre 0,95 e 0,90 para as dimensões “Confiança e Credibilidade” e “Relacionamento interpessoal e comunicação” respetivamente.

Observamos que os resultados mostram-se similares aos obtidos na versão original da escala em relação ao total da escala (alfa de Cronbach de .97) (Halcom et al., 2011) e superiores aos da versão brasileira, que apresenta um alfa de Cronbach de .93 para o total da escala e valores para os subdomínios a variar entre .66 e .87 (Pereira, 2020).

Tabela 12 - Fiabilidade da escala de Satisfação com a assistência de enfermagem

Itens	alfa de Cronbach
Relacionamento interpessoal e comunicação	.95
Confiança	.89
Credibilidade	.86
Dedicação	.75
Satisfação com a assistência de enfermagem	.97

O grau satisfação com os cuidados de enfermagem é alto, com um valor médio no total da escala de 89,93. Em cada um dos cinco itens em particular, a média de satisfação também é alta. Contudo, para o total da escala e individualmente para os domínios da informação e interação, a heterogeneidade dos resultados é elevada, como demonstrado pelo desvio-padrão superior a 1 (Tabela 13).

Tabela 13 - Satisfação com a assistência de enfermagem

Itens	Min	Max	M	DP
Relacionamento interpessoal e comunicação	11	45	38.44	7.17
Confiança	8	30	25.69	4.11
Credibilidade	4	15	12.94	2.26
Dedicação	5	15	12.86	2.02
Satisfação com a assistência de enfermagem	28	105	89.93	14.97

As respostas mais referidas relativas aos aspetos mais positivos da consulta de enfermagem foram “Esclarecer dúvidas/ obter informação” (43.7%), “Tudo positivo” (18.3%) e “Atenção, simpatia, proximidade e interesse dos enfermeiros” (12.7%).

As respostas mais referidas relativas aos aspetos mais negativos da consulta de enfermagem foram “Não há” (44.7%), “Consultas demasiado rápidas” (15.2%) e “Falta de informação” (12.2%), como podemos ver na tabela 14.

Tabela 14 - Informações sobre a satisfação da participação na consulta de enfermagem

Itens	N	%	
Esclarecer dúvidas/ obter informação	86	43.7	
Tudo positivo	36	18.3	
Acompanhamento e monitorização (tensão arterial, peso)	13	6.6	
Atenção, simpatia, proximidade e interesse dos enfermeiros	25	12.7	
Quais os aspetos que considera positivos da consulta de enfermagem?	Não gostei	9	4.6
	Linguagem mais descontraída e simples	1	.5
	Preparação para o parto	4	2.0
	Ser complemento da consulta de obstetrícia	2	1.0
	Ajudar a ultrapassar desconfortos	6	3.0
	Amamentação	4	2.0
	Tranquilizar	3	1.5
	Frequência e regularidade	3	1.5
	Quais os aspetos que considera negativos da consulta de enfermagem?	Não há	88
Não ser sempre o mesmo enfermeiro		10	5.1
Não ter acompanhamento do pai		5	2.5
Atrasos e espera na marcação		9	4.6
Consultas demasiado rápidas		30	15.2

Falta de informação	24	12.2
Falta de atenção e humanidade	5	2.5
Repetitivas	1	.5
Covid	3	1.5
Falta de privacidade	1	.5
Serem pouco personalizadas	2	1.0
Demasiada importância dada ao peso	4	2.0
Divergência entre profissionais	5	2.5

A tabela 15 apresenta as respostas dos pais relativas à questão “Acha que participar nas consultas de vigilância pré-natal contribuiria para:”.

Tabela 15 - Importância de participar nas consultas de vigilância pré-natal

Itens	N	%
Fortalecer a sua relação conjugal/familiar		
Sim	133	67.5
Não	64	32.5
Ajudar na construção do seu papel como pai		
Sim	157	79.7
Não	40	20.3
Uma transição da parentalidade saudável		
Sim	101	51.3
Não	96	48.7

A maioria dos pais consideram importante receber a informação através das consultas de enfermagem (93.9%) realizadas pelos EEESMO.

Conforme mostra a tabela 16, a resposta à questão “Acha importante receber esse conhecimento nas consultas de vigilância pré-natal onde existe um Enfermeiro Especialista para o efeito?”.

Tabela 16 – Importância do EEESMO nas consultas de vigilância da gravidez

Opções e Resposta	N	%
Indiferente	11	5.6
Não	1	.5
Sim	185	93.9

A tabela 17 apresenta a resposta do pai à questão “A sua ausência nas consultas/exames durante a gravidez traduzem-se em:”. Podemos verificar que a maioria dos pais sentem tristeza devido à sua ausência nas consultas/exames durante a gravidez (77.7%).

Tabela 17 - Sentimento do pai na ausência nas consultas/exames durante a gravidez

	N	%
Aceitação	68	34.5
Tristeza	153	77.7
Revolta	49	24.9
Angústia	55	27.9
Indiferença	7	3.6

A resposta do pai à questão “Se estivesse presente na consulta, como se sentiria?”. A resposta mais frequente foi “Sentia-me mais envolvido” (89.3%), conforme mostra a tabela 18.

Tabela 18 - Sentimentos do pai se estivesse presente na consulta, como se sentiria

	N	%
Sentia-me mais envolvido	176	89.3
Era facilitador para mim	148	75.1
O conhecimento era partilhado	159	80.7

A resposta do pai à questão “Com a sua presença, a gravidez teria sido vivenciada de que forma?”. A resposta mais frequente foi “Com mais alegria” (61.9%), conforme mostra a tabela 19.

Tabela 19 – Sentimentos do pai se estivesse presente na consulta de vigilância da gravidez

	N	%
Com mais alegria	122	61.9
Com mais tranquilidade	52	26.4
De forma mais confortável	113	57.4

Relativamente à resposta a questão: O nível de satisfação do casal com a assistência do EEESMO influencia os conhecimentos adquiridos pelo casal?

Utilizámos o coeficiente de correlação r de Pearson, o qual na estatística descritiva é utilizado quando “*se quer descrever uma relação entre duas variáveis a partir duma questão de investigação respeitante à existência duma relação*” (Fortin, 2006, p.460). O sentido da relação entre as variáveis pode ser positivo ou negativo, da mesma forma a força da relação pode ser fraca, média ou forte (Fortin, 2006).

Para estudar a associação entre as variáveis, conhecimento da mãe e do pai, com as dimensões da escala utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson, verificámos que

tanto o conhecimento da mãe como o conhecimento do pai correlacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões e o total da escala de satisfação (Tabela 20).

Tabela 20 – Correlações entre variáveis

	Conhecimento mãe	Conhecimento pai
Relacionamento interpessoal e comunicação	.35***	.38***
Confiança	.32***	.35***
Credibilidade	.33***	.35***
Dedicação	.36***	.36***
Satisfação com a assistência de enfermagem	.35***	.38***

*** p < .001.

Para testar o efeito da satisfação no conhecimento foram utilizados dois modelos (um para as mães e outro para os pais) de regressão linear, pelo método Stepwise. A tabela 21 apresenta os resultados obtidos. O objetivo deste teste é avaliar, a partir de estimativas amostrais se na população algumas das variáveis independentes podem ou não influenciar a variável dependente (Maroco, 2007). O processo de seleção das variáveis, pelo método stepwise, inicia-se só com uma variável independente, mas a significância de cada adição de uma nova variável independente é testada por forma a que o valor de F seja superior (Maroco, 2007).

Tabela 21 - Regressão

	B	Beta	T	p	R	R _{2ajustado}
Modelo Mães					.363	.128
Dedicação	.146	.363	5.445	<.001		
Modelo Pais					.382	.141
Relacionamento interpessoal e comunicação	.049	.382	5.776	<.001		

Foi encontrado um modelo para as mães com $F(1; 195) = 29.651$; $p < .001$ em que a dedicação explica 12.8% da variabilidade do conhecimento.

Foi encontrado um modelo para os pais com $F(1; 195) = 33.244$; $p < .001$ em que o relacionamento interpessoal e comunicação explica 14.1% da variabilidade do conhecimento. Desta forma, podemos verificar que o nível de satisfação do casal com a assistência do EEESMO influencia os conhecimentos adquiridos pelo casal.

No caso das grávidas, a dedicação influencia o conhecimento, no caso dos pais o relacionamento interpessoal e a comunicação influenciam o conhecimento.

O grau satisfação com os cuidados de enfermagem é alto, como vimos anteriormente e a maioria dos pais consideram importante receber a informação através das consultas de enfermagem realizadas pelos EEESMO, no entanto verificámos que existe uma ligeira diferença no nível de conhecimentos da mãe relacionado com o nível de conhecimento do pai.

O teste t de Student é um teste paramétrico que determina a diferença entre a médias de duas populações (Fortin, 2009), ou seja, neste caso, entre as variáveis grávidas/pais. Foi utilizado este teste paramétrico porque considera-se que este serve para comparar médias de duas populações independentes em relação a uma variável contínua (p.e.: escala de likert), as variáveis estão normalmente distribuídas pela população e o nível das variáveis é de intervalos ou proporções. Deste modo, verificámos que existe uma ligeira diferença entre as médias dos dois grupos independentes.

Foram usados teste paramétricos, pois devido à dimensão da amostra ser superior a 100, a utilização destes testes é adequada. (Nunnally, 1978). Deste modo, ao aplicar o teste t de Student e o teste r de Pearson, podemos declarar que os dados não seguem a distribuição normal, uma vez que a dimensão é grande. No entanto, existe aproximação à normal e por isso é adequado usar este tipo de testes paramétricos.

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez que a apresentação dos resultados não é suficiente para os estudos científicos, há necessidade da difusão dos resultados através da apreciação e interpretação dos mesmos. Nesta etapa, o investigador deve justificar a sua interpretação dos resultados tal como as conclusões a que levaram as comparações estabelecidas com outros estudos científicos. (Fortin, 2009).

Para compreender o significado dos resultados obtidos, a discussão encontra-se organizada pelas questões de investigação formuladas.

Questão 1 - Quais os conhecimentos adquiridos pela grávida na consulta de enfermagem de vigilância pré-natal?

Para verificarmos o nível de conhecimentos adquiridos pela grávida durante as consultas de vigilância da gravidez, utilizámos um questionário construído para o efeito. A medida foi calculada através da média dos itens. Em termos médios as grávidas referiram ter algum conhecimento, 3.84, apesar de não ser muito elevado (1 - não tenho conhecimento a 5 - tenho muito conhecimento). Isto vai ao encontro dos estudos pesquisados na Scoping Review (Anexo I), realizada para este estudo, onde referem que a grávida que é acompanhada pelo parceiro, recebe apoio efetivo, a sua presença é útil porque apoia e promove o sentimento de paternidade, ajuda na educação em saúde e a comunicação entre casal (Smyth, 2015; Johnsen, 2017; Jefferys, 2015).

A participação paterna nas consultas, favorece o aumento do conhecimento materno e paterno. A sua presença proporciona o momento da gestação mais humanizado e prepara o casal para a transição da parentalidade. A sua presença torna a grávida mais segura, aumenta a proximidade entre casal, as competências e conhecimentos que adquire nas consultas vão ajudá-lo a auxiliar a grávida, adquirindo um papel ativo na gestação (Santos, 2018).

O pai ao estar presente vai relembrar a informação que foi facultada e ajudar a grávida a reter a informação, logo, isso reflete-se no conhecimento adquirido por ambos.

A maioria das mulheres mostraram ter um bom nível de conhecimento respondendo maioritariamente ao nível “4 – tenho conhecimento”. Nenhum conhecimento foi considerado como insuficiente (abaixo do nível 3 – Não sei, não respondo). Os conhecimentos mais fortes foram “Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)” (4.36), “Necessidade de alimentação saudável e fracionada” (4.31) e “A importância da vacinação” (4.18).

Questão 2 - Quais os conhecimentos adquiridos pelo pai durante a vigilância pré-natal?

Os conhecimentos adquiridos pelo pai considerados como insuficientes (abaixo do nível 3 – não sei, não respondo) foram “Preparação do mamilo para a amamentação”, “Técnica, duração e intervalos entre as mamadas”, “Sinais e sintomas de incontinência urinária”, “Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais”, “Puerpério, o que é?” e “Lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida de leite, consulta pós-parto”.

Os conhecimentos mais fortes foram “Vantagens do aleitamento materno” (3.88), “Necessidade de alimentação saudável e fracionada” (3.85), “A importância da vacinação” (3.78) e “Perigos da automedicação” (3.75).

A maioria dos pais obteve esses conhecimentos através da grávida (82,7%) e da internet (36,5%). Este resultado vai de encontro ao estudo de Smyth (2015), onde refere que houve descobertas conflitantes sobre onde e como os homens preferem receber informações: literatura, internet e parceiras foram nomeados como fontes primárias de informação enquanto que outros homens num estudo comentaram que as informações obtidas dessas fontes eram tão valiosas quanto as informações obtidas no pré-natal aulas de educação. A tabela 10 mostra onde o pai adquiriu os seus conhecimentos sobre a gravidez.

A maioria dos casais referiu ter conhecimentos (62.4%) e o tema mais referido que gostariam que fosse abordado era sobre a amamentação (29.9%), como mostra a tabela 11. Podemos verificar que o nível de conhecimentos adquiridos pela grávida na consulta de enfermagem de vigilância pré-natal é superior ao nível de conhecimentos adquirido do pai durante a vigilância da gravidez.

Podemos presumir que esse fenómeno se deve ao facto do pai não poder ter estado presente nas consultas de enfermagem devido à pandemia do covid-19. Segundo Ferreira (2014), a ausência do pai é um fator de risco para a gestação, pois evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o pai participa na gravidez. Os pais devem participar de várias formas durante a gravidez, de forma direta, através da sua presença na realização das ecografias e consultas, elogiar e conversar entre casal, ao participar em tarefas domésticas, principalmente se tiverem outros filhos (Santos, 2018), como de forma indireta, ao representarem um apoio fundamental para a grávida e manifestarem o seu apoio emocional. Pequenas atitudes, tais como transmitirem segurança à mulher e colaborarem em conjunto com a organização da vinda do bebé, podem estabelecer vínculos sólidos entre casal/família e garantir que as gerações futuras sejam emocionalmente equilibradas, seguras e felizes (Ferreira, 2014).

O pai tem o direito de acompanhar a grávida e de ser acolhido pelos profissionais de saúde. Em Portugal, o pai tem direito a três dias de dispensa laboral para acompanhar a grávida às consultas pré-natais (CIMH/CGTP-IN, 2020), no entanto sabemos que apenas três dias são insuficientes para permitir que os benefícios da presença paterna durante as consultas de vigilância pré-natal sejam efetivos. A sua ausência pode ocorrer por diversos fatores: por motivos laborais, devido ao horário das consultas serem em simultâneo do horário laboral; por motivos conflituosos entre casais, devido a uma gravidez não desejada e/ou não planeada; por motivos de gestão familiar, ter outros filhos para cuidar e acompanhar; por motivos de sentimentos de exclusão nas consultas, pois o pai sente que o foco nas consultas é a mãe e acaba por desistir de acompanhar, entre outros (Santos, 2018). No entanto, neste estudo verificou-se que todos os pais justificaram a sua ausência nas consultas por motivos pandémicos, devido ao Covid-19. Neste período em que várias alterações físicas, psicológicas e sociais surgem na vida da mulher/casal, é importantíssimo que tanto os familiares como os profissionais de saúde cuidem desta nova família e estabeleçam um vínculo de confiança e segurança (Santos, 2018). A presença do pai deve ser estimulada pelo EEESMO. Devem ser disponibilizadas informações durante as consultas para preparar o pai para a gestação, capacitando-o e orientando-o para os seus direitos e compreender melhor as mudanças que irão surgir nesta nova fase (Santos, 2018).

A sua ausência nas consultas, faz com que a informação recebida pela grávida ao ser transmitida, esta não seja realizada da mesma forma, no mesmo momento, com o mesmo interlocutor, isso pode levar a perda de informação. A grávida pode prestar mais atenção a certas informações que lhe são mais interessantes e haja a possibilidade de perda de informação para o seu parceiro. Informação essa que poderia ser encarada como importante para o seu parceiro.

Não sendo o nível de conhecimentos adquirido pelo pai nulo, isso demonstra algum conhecimento adquirido anteriormente, talvez por partilha de informação de amigos(as), familiares e/ou até por experiência própria por não ser a primeira gravidez que acompanham. No entanto, relevam alguns conhecimentos insuficientes, estes mais dirigidos para a mulher. Todos estes temas são abordados nas consultas de enfermagem, referentes e adequados para cada trimestre (Consulta de 1ºT, 2ºT e 3ºT) realizados por um EEESMO.

Questão 3 - Qual o nível de satisfação da grávida com a assistência do EEESMO?

O grau satisfação com os cuidados de enfermagem é alto, com um valor médio no total da escala de 89,93. Em cada um dos cinco itens em particular, a média de satisfação também é alta. Contudo, para o total da escala e individualmente para os domínios da

informação e interação, a heterogeneidade dos resultados é elevada, como demonstrado pelo desvio-padrão superior a 1.

As respostas mais referidas relativas aos aspetos mais positivos da consulta de enfermagem foram “Esclarecer dúvidas/ obter informação” (43.7%), “Tudo positivo” (18.3%) e “Atenção, simpatia, proximidade e interesse dos enfermeiros” (12.7%).

As respostas mais referidas relativas aos aspetos mais negativos da consulta de enfermagem foram “Não há” (44.7%), “Consultas demasiado rápidas” (15.2%) e “Falta de informação” (12.2%).

Podemos verificar que o grau de satisfação da grávida com a assistência do EEESMO é alto. O EEESMO deve oferecer atenção e orientar os pais nas consultas de vigilância pré-natal. Ao transmitir que a sua presença é muito importante e significativa, isso irá estimular e influenciar a sua presença (Santos, 2018). As consultas de vigilância pré-natal visam melhorar a qualidade pré-natal através de ações preventivas e educação para a saúde. São um excelente meio para o EEESMO criar empatia com o casal, transmitindo informações acerca da gravidez, parto e pós-parto. (Santos, 2018)

O EEESMO assume assim o objetivo de fornecer à grávida/casal competências promotoras para a transição da parentalidade, promovendo não só a satisfação com os cuidados do EEESMO, mas também a autonomia e confiança das grávidas para o papel parental. O EEESMO desenvolve, juntamente com a grávida/casal, medidas de manutenção do autocuidado através da aquisição de conhecimentos e competências. (ICM, 2019).

Questão 4 - O grau de satisfação influencia os conhecimentos adquiridos pela grávida?

Na análise dos dados, podemos verificar que o nível de satisfação do casal com a assistência do EEESMO influencia os conhecimentos adquiridos pelo casal. No caso das grávidas, a dedicação influencia o conhecimento, no caso dos pais o relacionamento interpessoal e a comunicação influenciam o conhecimento.

O grau satisfação com os cuidados de enfermagem é alto, como vimos anteriormente e a maioria dos pais consideram importante receber a informação através das consultas de enfermagem realizadas pelos EEESMO, no entanto verificámos que existe uma ligeira diferença no nível de conhecimentos da mãe relacionado com o nível de conhecimento do pai.

Podemos presumir que esse fenómeno se deve ao facto do pai não poder ter estado presente nas consultas de enfermagem devido à pandemia do covid-19. Não sendo a informação recebida da mesma forma, no mesmo momento, com o mesmo interlocutor, isso pode levar a que a grávida preste mais atenção a certas informações que lhe são

mais interessantes e haja a possibilidade de perda de informação para o seu parceiro. Informação essa que poderia ser encarada como importante para o seu parceiro.

A prestação de cuidados de qualidade pelo EEESMO é imprescindível para que as grávidas/casal o reconheçam como o seu profissional de saúde de referência. Estes cuidados devem incluir o empoderamento para, numa fase posterior, haver a tomada de decisão e ação devidamente esclarecida (Barradas et al., 2015).

Sabemos que o EEESMO é um dinamizador da educação em saúde, por isso, deve prestar cuidados que satisfaçam a exigência das grávidas/casal, que vão desde a adesão de hábitos e práticas de vida saudáveis, o cuidar de si e do seu bebé, até às relações com outras grávidas e pais, com resultados positivos na avaliação da qualidade de vida (Alfing, Stumm & Boff, 2016).

Por isso, a individualidade de cada grávida/casal deve ser respeitada, deve-se aferir o nível de compreensão e esclarecimento que cada casal possui sobre os seus direitos e sobre os cuidados que lhe estão a ser prestados. Deve-se promover o empoderamento durante a gravidez através de informações e conhecimentos adequados às necessidades reais de cada caso em particular, tornando a transição para a parentalidade mais tranquila e diminuindo os níveis de ansiedade e medo (Santos, Radovanovic & Marcon, 2010).

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

A gestação é uma experiência, no sentido holístico, cada vez mais vivida pelo casal e não somente pela mulher grávida. Nesta nova etapa das suas vidas, surgem conjuntos de expectativas, emoções e decisões que, ao serem partilhadas trazem inúmeros benefícios para a transição da parentalidade.

Devido a questões epidemiológicas e pandémicas, ergueu-se a restrição da presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal nas instituições hospitalares. Foram bastantes as manifestações por parte das grávidas solicitando a presença do companheiro nas consultas, principalmente na realização da primeira ecografia. A presença do pai na consulta pré-natal contribui para o empoderamento do pai, para uma parentalidade segura, autónoma e permite apoiar afetivamente a mulher grávida na vivência da maternidade. Deste modo, é importante perceber o nível de conhecimento que foi adquirido pelo pai, uma vez que esteve ausente nas consultas de enfermagem de obstetrícia e onde foi adquirido. Essa falta de conhecimento e a não presença do pai durante a vigilância pré-natal pode influenciar a gravidez. A consulta de enfermagem de obstetrícia, tem um significado bastante forte a nível de ensinamentos adequados no auxílio da transição do novo papel parental e da sua autonomia, na reestruturação e adaptação à parentalidade.

O EEESMO tem o importante papel na integração do casal nesta nova fase das suas vidas, tornando o processo pela parentalidade mais facilitador. Baseando os ensinamentos às necessidades e preocupações individuais de cada casal. Nesse sentido este estudo teve como objetivo identificar o nível de conhecimentos que cada casal possui para transmitir ensinamentos adequados correspondentes ao grau de empoderamento de cada casal.

Como principais limitações para este estudo aponta-se a amostra reduzida e o método de amostragem, sendo não probabilístico, adaptado ao tempo, recursos disponíveis e ao tipo de estudo delineado, o que poderá limitar a generalização dos dados. Esta temática demonstra ser ainda pouco explorada, sendo difícil encontrar outros estudos que permitam a comparação mais alargada dos resultados. Outra barreira identificada prende-se com as autorizações para a aplicação do instrumento de recolha de dados, processos muito burocráticos e morosos, do qual os estudos de investigação ficam pendentes para o seu avanço. Outro potencial fator, foi o fato do objetivo inicial (avaliar os conhecimentos adquiridos pelo casal nas consultas de enfermagem e identificar o grau de satisfação do casal com a assistência de enfermagem) ter sido alterado, uma vez que a pandemia do covid-19 se instalou no nosso país e a ausência dos pais nas

consultas de vigilância pré-natal tornou-se uma realidade, podendo apenas mensurar os conhecimentos adquiridos pela grávida e identificar o grau de satisfação da grávida com a assistência de enfermagem após as consultas de vigilância pré-natal.

No entanto, seria uma boa sugestão realizarem-se mais estudos acerca desta temática para poder-se comparar e obter os resultados do nível de conhecimentos adquiridos pelo casal antes e após pandemia covid-19, ou seja, comparar o nível de conhecimentos adquiridos na ausência do pai nas consultas e na sua presença nas consultas de vigilância pré-natal.

Este estudo pode contribuir para o desenvolvimento de futuras informações acerca do nível de conhecimento adquirido pelo casal e o grau de satisfação com a assistência de enfermagem após as consultas de vigilância pré-natal.

Nesta investigação verificou-se que a maior prevalência na amostra foi: casais que vivem em união de facto ou que são casados, com uma média de idades entre os 31-35 anos no caso das grávidas e entre os 36-40 anos no caso dos pais, de nacionalidade portuguesa, de raça caucasiana, de religião católica e com habilitações literárias de licenciatura. No que diz respeito ao perfil obstétrico, verificou-se que a maioria das mulheres são primíparas, a gravidez foi planeada, desejada e vigiada no hospital privado, a maioria dos casais não realizaram cursos de preparação para o nascimento. Os motivos descritos foram por “terem realizado numa gravidez anterior”, “não acharem necessário enquanto casal”, “devido ao covid-19”, “impossibilidade horária”, “não ser presencial” e “não obtiveram vaga atempadamente”. Em relação à gravidez atual, a maioria das mulheres não teve acompanhamento da pessoa significativa e todos os pais que referiram não ter estado presentes nas consultas e ecografias apresentaram a pandemia covid-19 como razão. A média de idade gestacional das mulheres que responderam ao questionário é de 36 semanas e a média de consultas de vigilância da gravidez realizadas é de 9 semanas. No que concerne ao nível de conhecimentos os casais referiram ter algum conhecimento, apesar de não ser muito elevado. A maioria das mulheres mostraram ter um bom nível de conhecimento respondendo maioritariamente ao nível “4 – tenho conhecimento” e nenhum conhecimento foi considerado como insuficiente (abaixo do nível 3 – Não sei, não respondo). Os conhecimentos mais fortes foram “Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)”, “Necessidade de alimentação saudável e fracionada” e “A importância da vacinação”. Os conhecimentos adquiridos pelo pai considerados como insuficientes (abaixo do nível 3 – não sei, não respondo) foram “Preparação do mamilo para a amamentação”, “Técnica, duração e intervalos entre as mamadas”, “Sinais e sintomas de incontinência urinária”, “Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais”, “Puerpério, o que é?” e “Lóquios, depressão puerperal, involução

uterina, subida de leite, consulta pós-parto”. Os conhecimentos mais fortes foram “Vantagens do aleitamento materno”, “Necessidade de alimentação saudável e fracionada”, “A importância da vacinação” e “Perigos da automedicação”. A maioria dos pais obteve esses conhecimentos através da grávida e da internet. O grau de satisfação com os cuidados de enfermagem é alto e em cada um dos cinco itens em particular, a média de satisfação também é alta. Em relação aos aspectos mais positivos da consulta de enfermagem, na sua maioria foram “Esclarecer dúvidas/ obter informação”, “Tudo positivo” e “Atenção, simpatia, proximidade e interesse dos enfermeiros”. As respostas mais referidas relativas aos aspectos mais negativos da consulta de enfermagem foram “Não há”, “Consultas demasiado rápidas” e “Falta de informação”. A maioria dos pais consideram importante receber a informação através das consultas de enfermagem, sentiram tristeza devido à sua ausência nas consultas/exames durante a gravidez, sentir-se-iam mais envolvidos se tivessem estado presentes nas consultas e teriam vivenciado a gravidez com mais alegria. Tanto o conhecimento da mãe como o conhecimento do pai correlacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões e o total da escala de satisfação.

A Escala de Satisfação dos Pacientes com a Assistência de Enfermagem (General Practice Nurse Satisfaction Scale - GPNSS), provou ser um instrumento válido e fiável, representando um bom instrumento para a avaliação da satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem. Deste modo promove a reflexão dos EEESMO, trazendo ganhos em saúde para todas as famílias e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfing, C. E., Stumm, E. M., & Boff, E. T. (julho de 2016). Estado da Arte Sobre a Atuação do Enfermeiro no Pré-natal: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On-Line*, pp. 2669-2677.
- Ashokka B, Loh MH, Tan CH, Su LL, Young BE, Lye DC, Biswas A, Illanes SE, Choolani M. (2020) Care of the pregnant woman with coronavirus disease 2019 in labor and delivery: anesthesia, emergency cesarean delivery, differential diagnosis in the acutely ill parturient, care of the newborn, and protection of the healthcare personnel. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Jul;223(1):66-74.e3. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.005. Epub. PMID: 32283073; PMCID: PMC7151436.
- Assembleia da República. (2019) Lei nº 110/2019 sobre os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério. *Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09*, pág. 94 – 101. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/124539748>
- Balancho, L. F. (2012). *Ser Pai, Hoje*. Lisboa: Editorial Presença.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaodêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., & Clara, E. (2015). Filosofia de Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica. Em A. Barradas, A. L. Torgal, A. P. Gaodêncio, A. Prates, C. Madruga, & E. Clara, *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras* (pp. 07-10). Ordem dos Enfermeiros.
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, (52-1), p. 211-229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10
- Bayle, F. (2005). *A parentalidade- Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Vol. 12). Lisboa: Leal.
- Bonim, S. S. S. et al. (2020) A importância da participação do pai no acompanhamento do pré-natal. *Revista Saberes da Faculdade São Paulo – FSP EDIÇÃO ESPECIAL – Nº 13 Edição Especial – Pág 1-20*. Disponível em: <https://facsaopaulo.edu.br/por-que-a-fsp/revista-saberes/edicao-13/>
- Campos, C. P. S. e Sampaio, A. (2014) A importância do pai nas consultas de pré-natal. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa – NIP. *Faculdades Promove*. Artigo de Revisão. *Curso de Enfermagem*, p8.

- Cerejeira, I. (2010). Cuidados Pré-Natais prestados pelo EESMO. Haverá futuro? Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, pp. 45-47
- CIPE Versão 2019 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – do original ICNP Version 2019 – International Classification for Nursing Practice. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros (Abril de 2020 p. 2, 49, 94, 138) Estúdio Lusodidacta, Lda. Lisboa, Portugal. Disponível na internet: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Comissão para a Igualdade entre Mulheres e Homens (CIMH/CGTP-IN). (2020) Direitos de parentalidade. Conciliação do trabalho com a vida familiar e pessoal. 4ª edição, p. 12. ISBN: 978-989-8430-18-2. Disponível em: <http://www.cgtp.pt/images/images/2020/02/Guia-parentalidade-direitos.pdf>
- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE). (2019). Direitos dos pais e das mães trabalhadores/as. Disponível em: <https://cite.gov.pt/direitos-dos-pais-e-das-maes-trabalhadores/as>
- Colman, C. (1994). Gravidez: a experiência psicológica. p. 152. Lisboa: Edições Colibri.
- Coutinho, H. R. B., & Morcsh, D. S. (2006). A paternidade em cuidados intensivos neonatais. Revista da SBPH, 9(1), 55-69
- Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M, Mattar C, Su LL. (2020) Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2020 Jun;222(6):521-531. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021. Epub. PMID: 32217113; PMCID: PMC7270569.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B. & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. Journal of Family Psychology, 14, 625-640.
- Deslauriers, Jean-Martin (2002). L'évolution du rôle du père au Québec [Em linha]. Nº16, Intervention, 2002. Disponível em: http://www.mcpn.ch/images/coordination/pdf/paternite/2002_Article_pathistoire.pdf
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [Parentalidade]. Porto: Porto Editora, 2003-2021. [consult. 2021-02-07 17:59:02]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/parentalidade>
- Direção-Geral de Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para os profissionais de saúde. Páginas 4-21.
- Direção-Geral de Saúde (2020). COVID-19: Gravidez e Parto - Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 20/04/2021. Páginas 9-10.
- Donabedian A. (1992) The role of outcomes in quality assessment and assurance. Q Rev Bull. 2(1):356–60.

- Draper, Janet (1997). Whose welfare in the labour? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*. Vol. 13, nº 3 (September.1997), p. 132-138.
- Duffy JR, Hoskins L. (2003) The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms. *Adv Nurs Science*. 26(1):77-88.
- Ferreira, T. N., de Almeida, D. R., de Brito, H. M., Cabral, J. F., Marin, H. A., Campos, F. M. C., & Marin, H. C. (2017). A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres MT. *Revista Gestão & Saúde*, 5(2), pag. 337–45. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/432>
- Figueiredo, B. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. Obtido em 2019 de Março de 17, de *Journal of Reproductive and Infant Psychology*: <http://www.informaworld.com>.
- Fortin, M.-F. (1999). O Processo de investigação. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Páginas 310-460. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Freitas, W.de M. F., Coelho, E. de A. C., & Silva, A. T. M. C. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Caderno de Saúde Pública*, 23(1), 137-145.
- Garcês, M. (2011). Vivências da Figura Paterna no Trabalho de Parto e Nascimento no Processo de Transição para a Parentalidade (Disertação de Mestrado). Escola de Enfermagem, Porto. Disponível no RCAAP, p.32.
- Gaudet, Judith; Devault, Annie (2001). Comment intervenir auprès des pères ? Le point de vue des intervenants psychosociaux. [Em linha]. Nº114, *Intervention*, 2001. Disponível em:http://www.rvpaternite.org/fr/paternite/documents/Comment_intervenir_peres.pdf
- Gomez, Rita (2005). O pai: paternidade em transição. In LEAL, Isabel - *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Fim de século. p. 257-278.
- Halcomb, E. J., Caldwell, B., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011). Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 318–327. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01408.x. Epub 2011 Aug 3. PMID: 21884378.
- Hall, S. S. (Dec/2005). Change in paternal involvement from 1977 to 1997: a cohort analysis. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, vol.34 (2), pp. 127-139.

- Henz, G. S. et al. (2017) A inclusão paterna durante o pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Online]. 6(1):52-66.
- Holanda S. M. et al. (2018) Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto Contexto Enferm*, 27(2):e3800016
- Hotelling, B. (2004). Newborn Capabilities: Parent Teaching is a Necessity. *The Journal of Perinatal Education*, 13(4), pp. 43-49. doi:10.1624/105812404X6225
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Eds.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio* (pp. 47-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2019). Essential competences for midwifery practice 2018 UPDATE. The Hauge: International Confederation of Midwives. Obtido em 1 de Agosto de 2021, de [icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf) ([internationalmidwives.org](https://www.internationalmidwives.org))
- Instituto Nacional de Estatística (2011). **Classificação Portuguesa das Profissões: 2010**. Lisboa: INE. Disponível na [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>](https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853). ISBN 978-989-25-0010-2
- Jefferys, L. F., Nchimbi, P., Mbezi, P., Sewangi, J., & Theuring, S. (2015). Official invitation letters to promote male partner attendance and couple voluntary HIV counselling and testing in antenatal care: an implementation study in Mbeya Region, Tanzania. *Reproductive Health*, 12, 95. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0084-x>
- Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B.-M., Crang Svalenius, E., & Persson, E. K. (2017). Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 35(3), 223–235. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297890>
- Jurisdição da Família e das Crianças do Centro de Estudos Judiciários (2018). *Parentalidade e Filiação – Jurisdição da família e das crianças* [Em linha]. 1ª Edição. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2018, p.11. [Consult. 07/02/2021]. Disponível na internet: http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/eb_ParentalidadeFiliacao.pdf
- Kruel, C. S., & Lopes, R. C. S. (2012). Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 35-43. doi:10.1590/S0102-37722012000100005
- Lamb, M. E. (Ed.) (1997). *The role of the father in child development*. New York: John Wiley.

- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L. & Levine, J. A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim do Século.
- LIS, A. [et al.] (2004). Parental styles in prospective fathers: A research carried out using a semistructured interview during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 25, nº 2 (March/April, 2004), p149-162.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (1997). *Nós estamos grávidos* (10a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- May, K. A. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31, 337-342.
- Mendes, P. L. (2018) *Envolvimento do Pai na Gravidez e Parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista. Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL*. Lisboa.
- Mendes, S. C. et al. (2019). Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. *Enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer – Goiânia*, v.16 n.29; p. 2120.
- Menezes, C. (2001). *A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebé*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Dissertação de Mestrado.
- Mesquita, Margarida. (2013). *Parentalidade: um contexto de mudanças*; Lisboa; ISCSP.
- Mesquita, Margarida. (Fev/2013). *Parentalidade: contributo para uma definição do conceito*, *Barómetro Social*, Instituto de Sociologia, Universidade do Porto. [Consult. 07/02/2021]. Disponível na internet: <http://www.barometro.com.pt/2013/02/14/parentalidade-contributo-para-uma-definicao-do-conceito/>
- Monteiro, L., Verissimo, M., Santos, A., & Vaughn, B. (2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. Obtido em 2019 de 02 de 17, de *Análise Psicológica*: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/502/pdf>, p.396.
- Motta, C., & Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia*, vol. 15, núm. 30, enero-abril, 2005, pp. 105-118. Brasil. ISSN: 0103-863X
- Nandi, A., Jahagirdar, D., Dimitris, M. C., Labrecque, J. A., Strumpf, E. C., Kaufman, J. S., Vincent, I., Atabay, E., Harper, S., Earle, A., & Heymann, S. J. (2018). The Impact of Parental and Medical Leave Policies on Socioeconomic and Health Outcomes in OECD Countries: A Systematic Review of the Empirical

Literature. *The Milbank quarterly*, 96(3), 434–471. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12340>

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.

Oberman, A. (1994). La relacion padre-bebe: uma revision bibliográfica. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, XVIII(2), 66-72.

ONU/UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. New York: UNICEF. Pág. 22. Retirado de: http://www.unicef.pt/doc/pdf_pub/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). Regulamento N° 140/2019 sobre as competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa. Diário da República n°26/2019, série II de 2019-02-06. Páginas 4744 – 4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). Regulamento N° 391/2019 sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. páginas 13560 – 13565. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/122216819>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). Regulamento N° 743/2019 sobre Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. Diário da República n° 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128 – 155. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Anexo da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Artigo nº106, p. 9. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Pereira FW, Barlem ELD, Ramos-Toescher AM, Tomaschewisk-Barlem JG, Castanheira JS, Bordignon SS. Adaptação cultural e validação do General Practice Nurse Satisfaction Scale. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190417. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190417>

Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Piccinini, C., Silva, M., Gonçalves, T., Lopes, S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, p. 304. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>
- Ribeiro, J. P. et al. (2015) Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Revista espaço para a saúde | Londrina | v. 16 | n. 3 | p. 73-82.*
- Rodrigues, C., Domingues, G., Duarte, H., Franco, J. (2010). Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, Nº 11, 6-9. Acedido 04-05-2014. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxyZXZpc3RhYXB3xneDo0YjU0MjMzZmMzhhZDZm>
- Santos, A. L., Radovanovic, C. A., & Marcon, S. S. (2010). Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Revista Rene*, pp. 61-71.
- Santos, M.L.P.(2018). A importância do pai no pré-natal e a atuação do enfermeiro de uma unidade básica de saúde de João Pinheiro-MG. João Pinheiro-MG
- Smyth, S., Spence, D., & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336–342.
- Solis-Ponton, L. (2004). Ser pai, ser mãe. *Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sousa e Silva, C., Carneiro, M. (2014) Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. Referência - *Revista de Enfermagem*, vol. IV, núm. 3, novembro-diciembre, 2014, pp. 17- 26. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>
- Venturi KK, Wolff LDG, Meier MJ, Montezeli JH, Peres AM. Modelo qualidade-cuidado: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian - DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8212. *Cienc. Cuid. Saúde [Internet]*. 11º de setembro de 2009 [citado 17º de agosto de 2021];8(2):280-5. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8212>
- Vilelas, J. (2020) *Investigação : o processo de construção do conhecimento- 3ª ed. - Lisboa : Sílabo. Páginas 179-181. - ISBN 978-989-561-097-6*
- WHO. (2007) *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Dinamarca. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
- Zepeda, M., Varela, F., & Morales, A. (2004). *Promoting Positive Parenting Practices through Parenting Education (13 ed.)*. UCLA Center for Healthier Children,

Families and Communities.: Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series, p.10.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora



Documento 2 0 0 7 3

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof. Doutor Armando Raimundo
Prof. Doutor Fernando Capela e Silva
Prof. Doutor Paulo Infante

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "*Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal*" pela mestranda **Raquel Mendes Cerdeira**, sob a supervisão do Prof.^a Doutora Maria Otiia Brites Zangão (responsável académica).

Universidade de Évora, 24 de novembro de 2020

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética do Hospital CUF Descobertas



HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Exm^o. Sr. Presidente da Comissão de
Ética para a Saúde da José de Mello Saúde

Assunto: Submissão do estudo *Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal*

Na qualidade de coordenadores do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital CUF Descobertas vimos por este meio declarar à comissão de Ética para a saúde o elevado interesse do Serviço em participar no estudo "*Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal*", tendo como investigador principal a Enf^a. Raquel Cerdeira. O serviço de Ginecologia e Obstetrícia que coordenamos tem todas as condições necessárias, quer do ponto vista humano, quer do ponto vista de infraestruturas, para a realização do Plano de Investigação (PIC): Declaro que:

1. O Investigador Principal para este estudo reúne as características de competência necessárias para realizar o estudo e conhece a respetiva metodologia específica;
2. O Serviço tem condições logísticas adequadas à realização do PIC. A equipa está habituada a ter ao seu cuidado doentes que são tratados com este tipo de abordagens, estando consciente de todos os procedimentos inerentes.
3. O Serviço dispõe de capacidade de arquivamento e armazenamento de toda a documentação e material de investigação.

Perante o que ficou exposto, afirma-se que o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, tem interesse e cumpre todos os requisitos para conduzir com competência e de acordo com as normas de boas práticas clínicas, o PIC em questão.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Jorge Lima
Coordenador do serviço de Obstetrícia,

Dr. Rui Viana
Coordenador do serviço de Ginecologia,

APÊNDICES

APÊNDICE I – Scoping Review

Revista Latino-Americana de Enfermagem



A Presença do Pai na vigilância da gravidez: Scoping Review

Journal:	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Manuscript ID:	RLAE-2021-5709
Manuscript Type:	Review Article
Study Area:	Maternal Health Nursing Obstetrics and Gynecology, Family Nursing < Nursing, Women's Health Nursing < Nursing, Gynecological Nursing < Nursing, Midwifery
Select the study type:	Scoping Review
Select the research design/procedure:	Systematic Review
Keywords in English:	Fathers, Pregnancy, Life Change Events, Prenatal Care, Prenatal Education, Covid-19

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>



CMIN SUMMIT '21
UNIDADE DE FORMAÇÃO
ademi

Presença do Pai na Vigilância da Gravidez: Scoping Review

Cerdeira, R.^{1,2}, Zanção, O.²
Midwife of Hospital CUF Descobertos, ²Comprehensive Health Research Centre (CHRC), ESESJD, Universidade de Évora

Introdução

A gestação é uma experiência, no sentido holístico, cada vez mais vivida pelo casal e não somente pela mulher grávida.

Nesta nova etapa das suas vidas, surgem conjuntos de expectativas, emoções e decisões que, ao serem partilhadas trazem inúmeros benefícios para a transição da parentalidade.

Ao pai é solicitado que apoie emocionalmente a companheira na gravidez e pós-parto e são hoje reconhecidos os efeitos benéficos deste suporte afetivo para a mãe e para o bebé, nesse sentido o pai deve estar presente nas consultas pré e pós-natais⁽¹⁾.

Metodologia

Metodologia	Scoping Review
Objetivo	Mapear a evidência científica acerca da importância da presença do pai na vigilância da gravidez.
Questão de investigação	"Qual a influência da presença do pai durante a vigilância pré-natal na vivência da gravidez?"
Critérios de inclusão/exclusão	PCCO: População: pai; Contexto: vivência e gravidez; Contexto: vigilância pré-natal. Delimitada entre 2015 a 2020, selecionados estudos primários, secundários e revisões da literatura no idioma espanhol, inglês e português. Foram excluídos os estudos que não reportaram a importância da presença do pai na vigilância da gravidez.
Base de dados	CINAHL Complete e MEDLINE Complete da plataforma EBSCO Host.
Expressão de pesquisa	"Fathers' AND 'Pregnancy' AND ['Life Change Events' OR 'Experiences'] AND ['Prenatal Care' OR 'Prenatal Education']

Após leitura do título e resumo

161 Artigos

Verificação Artigos Duplicação

16 Artigos

Artigos Elegidos

7 Artigos



Referências Bibliográficas

- Direção-Geral de Saúde (DGS). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para os profissionais de saúde. 2009. Página 4-21
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H, Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, 2020. Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118518233.ch11>
- Rechercher, L., Stemming, W., Norris, S. A., Stern, A., Pastor, L., & Pousaphy, D. Health Pregnancy. Healthy Baby: testing the added benefits of pregnancy ultrasound scan for child development in a randomised control trial. *Trials*, 2020, 21(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3754-0>
- Jahromi, H., Strebeck, P., Hallinan, B. M., Cong-Suvarintha, E., & Persson, E. K. Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 2017, 35(1), 229-235.
- Nishi, M., Addressing the needs of first-time fathers in Tanzania: A qualitative study of father-only antenatal groups. *Australian Journal of Rural Health*, 2018, 26(2), 106-111. <https://doi.org/10.1111/ajr.12333>
- Jefferys, L. F., Michalek, P., Mbezi, P., Swanga, J., & Thairu, S. Official invitation letters to promote male partner attendance and couple voluntary HIV counselling and testing in antenatal care: an exploratory study. *Journal of Reproductive Health*, 2015, 12, 95. <https://doi.org/10.1155/2015/954084>

Resultados

Vantagens da Presença do Pai na Vigilância da Gravidez
Sentimento de maior satisfação com a educação pré-natal ⁽²⁻³⁾
Sentimento de utilidade ^(3,4)
Sentimento de serem um apoio/proteção efetivo às suas parceiras durante o parto ^(3,4)
Diminuição da ansiedade ^(2,4)
Aumento da sua autoconfiança ^(3,4)
Experiência do parto mais positiva ^(3,5)
Mudança de hábitos nocivos para saudáveis ⁽⁴⁾
Ajuda na transição para a paternidade ⁽⁵⁾
Aumenta a comunicação entre casal e fortalece o relacionamento entre casais ⁽⁶⁻⁷⁾
Efeito positivo na amamentação ⁽⁸⁾

Desvantagens da Presença do Pai na Vigilância da Gravidez

Sentimento de desvantagem numérica, exclusão, insegurança e ansiedade para a preparação para o parto ^(3,7)

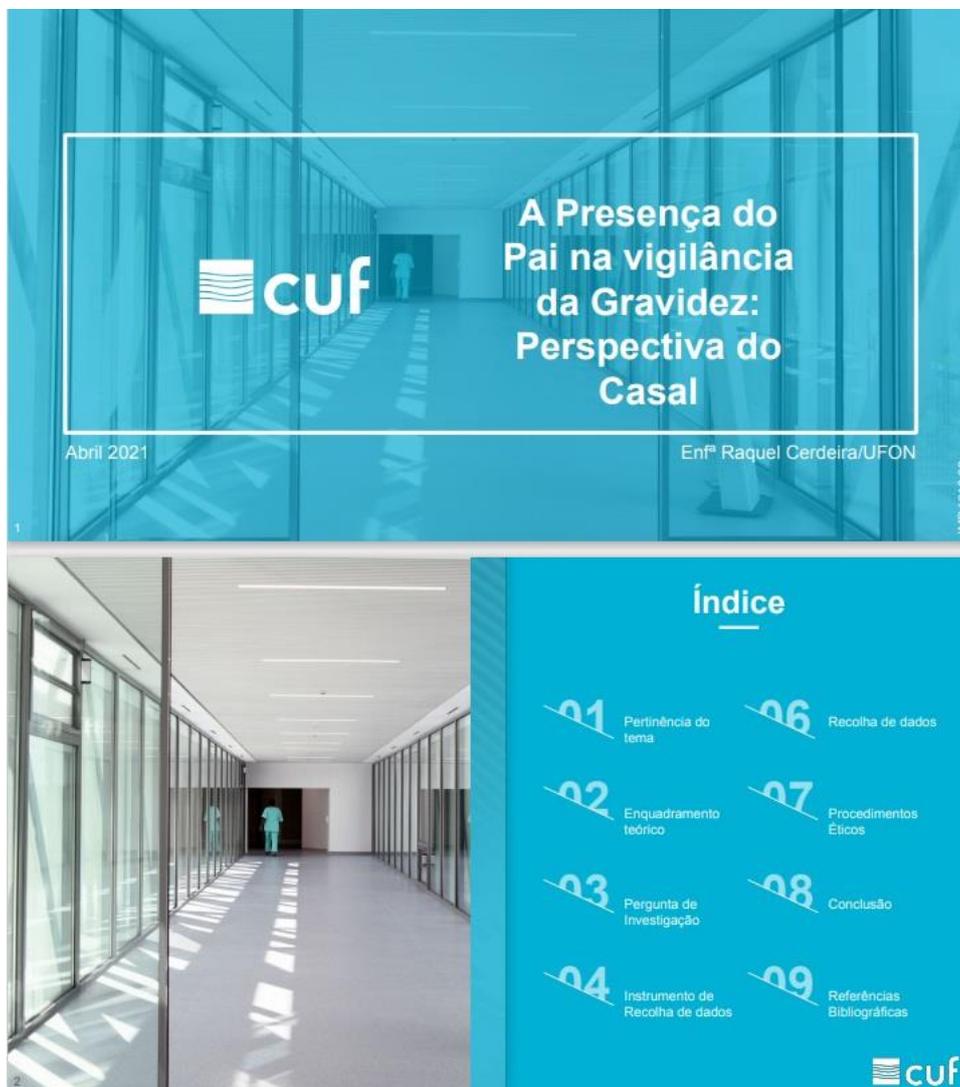
Conclusão

As vantagens sobressaíram-se face às desvantagens.

A presença do pai na vigilância da gravidez é reconhecida e valorizada pelos casais pelos seus efeitos benéficos para a transição da parentalidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO) tem o importante papel na integração do casal nesta nova fase das suas vidas, tornando o processo pela parentalidade mais facilitador através de ensinios individualizados a cada casal.

APÊNDICE III – Apresentação do estudo em reunião com os Enfermeiros Gestores do Hospital CUF Descobertas





Agradecimentos

Profª Otilia Zangão, Diretora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Professora Adjunta da Universidade de Évora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Prof. Jorge Lima, Coordenador e Responsável do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital CUF Descobertas e Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal | UFON



Pertinência do tema

01

Questões epidemiológicas e pandémicas, os serviços tiveram que adaptar-se a uma nova realidade, tiveram que alterar o seu funcionamento para garantir as medidas de segurança necessárias para proteger a saúde das clientes.

02

A presença do pai na consulta pré-natal, contribui para o empoderamento do pai, para uma parentalidade segura, autónoma e permite apoiar afetivamente a mulher grávida na vivência da maternidade. A ausência do pai durante a vigilância pré-natal e a falta de conhecimento pode influenciar a vivência da gravidez. ⁽¹⁾

03

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), tem o importante papel na integração do casal nesta nova fase das suas vidas, tornando o processo da parentalidade mais facilitador. A Consulta de Enfermagem baseia-se em ensinamentos adequados para uma transição da parentalidade autónoma. ⁽²⁾

14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal | UFON



Enquadramento Teórico

O EEESMO deve potenciar o acompanhamento da gravidez ao solicitar a presença do pai nas consultas e estimular a presença do casal nas aulas de preparação para o parto. Uma vez que “a **gravidez é um período crítico**, em que fatores de risco, (...) podem comprometer as **capacidade parentais** e o **desenvolvimento da criança**. (...) É por isso relevante dar suporte ao **casal grávido** e prestar atenção aos **estados emocionais da mulher grávida**; há que informar os pais sobre a importância do bem-estar da criança e desenvolver estratégias que dêem suporte às competências parentais, que facilitem as relações entre os pais e a criança.

(DGS, 2005, páginas 4-5).

Enquadramento Teórico



A gestação é uma experiência, no sentido holístico, cada vez mais vivida pelo casal e não somente pela mulher grávida. ⁽⁴⁾



Nesta nova etapa das suas vidas, surgem conjuntos de expectativas, emoções e decisões que trazem inúmeros benefícios para a transição da parentalidade, “quando nasce um bebé, nasce também (...) um pai.”⁽⁵⁾



O pai “nasce” em paralelo com o seu filho. Ele percorre todo o caminho de filho, de homem, para adquirir o estatuto e o papel de pai. ⁽⁶⁾



Esta nova identidade exige o desempenho de novas funções e o assumir de novas responsabilidades, surgindo receios, inseguranças e inquietações.⁽⁷⁾



Ao pai é solicitado que apoie emocionalmente a companheira na gravidez e pós-parto, e são reconhecidos os efeitos benéficos deste suporte afetivo para a mãe e para o bebé.⁽⁸⁾



O pai deve estar presente nas consultas pré e pós-natais” ⁽³⁾.

Pergunta de Investigação

“A presença do Pai nas Consultas de Vigilância Pré-Natal influencia o conhecimento do pai e a satisfação do casal?”

7

14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal | UFON



Questões de Investigação

- Quais os conhecimentos adquiridos pelos Pais nas Consultas de Enfermagem de vigilância da gravidez?
- Que saberes e competências são adquiridos pelo pai nas Consultas de Enfermagem de vigilância da gravidez?
- Como é que o pai mobiliza os saberes e as competências adquiridos nas consultas de enfermagem de vigilância da gravidez para ajudar a sua mulher durante o processo de gravidez?
- O nível de satisfação do casal com a assistência do EEESMO influencia os conhecimentos adquiridos pelo casal?

8

14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal | UFON



Objetivos

Objetivos Gerais:

- Avaliar o conhecimento adquirido pelos pais, durante as consultas de enfermagem de vigilância da gravidez;
- Avaliar a satisfação das grávidas/casal com a Consulta de Enfermagem.

Objetivos Específicos:

- Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico do casal;
- Identificar o conhecimento adquirido pelos pais nas consultas de enfermagem de saúde materna e obstétrica;
- Identificar o grau de satisfação das grávidas/casal com a assistência de enfermagem.

9

14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal | UFON



Critérios

Critério de inclusão:

- Domínio de idioma português;
- Idade superior a 18 anos;
- Casal grávido vigiado na consulta do Hospital CUF Descobertas; (com ou sem patologia)
- Primíparas e multíparas;
- Participar de livre vontade;
- Ter acesso à internet para realização do questionário.;
- Idade Gestacional superior a 32 semanas;

A amostra será não probabilística acidental (por conveniência). Serão todas as mulheres grávidas que realizam CTG na consulta do Hospital CUF Descobertas no mês de fevereiro a abril de 2021.

(Sendo que em 2019, num mês, em média foram realizados 427 CTG)

Critério de exclusão:

- Pais de nacionalidade estrangeira sem domínio do idioma português;
- Referência a doença do foro mental/psiquiátrico;
- Pais com idade inferior a 18 anos.

10

14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal | UFON



Tipo de Estudo

Estudo quanti-qualitativo descritivo transversal



Quantitativo descritivo, é um estudo que visa obter informações sobre características duma determinada amostra e sobre fenómenos pouco investigados ⁽⁹⁾.



Transversal, consiste em avaliar várias coortes em relação a fenómenos presentes num do momento do questionário. Visa recolher informação relativa à frequência do problema no momento do questionário, dando assim uma visão longitudinal dos fenómenos ⁽⁹⁾



Instrumento de Recolha de Dados



Descrição Sociodemográfica



História Obstétrica



Questionário sobre os conhecimentos adquiridos pelos pais na consulta de enfermagem de obstetria



Escala de satisfação da cliente com os serviços de enfermagem (Pereira FW et al, 2020) (General Practice Nurse Satisfaction Scale)



Recolha de Dados

- 01**

O casal terá acesso ao questionário através dum código QR que será disponibilizado às grávidas que realizam o CTG e aceitem participar do questionário.
- 02**

Os dados serão recolhidos através do instrumento de recolha de dados formalizado pelo google forms.
- 03**

Para o tratamento de dados, serão utilizadas técnicas de estatística de suporte informático, como o programa SPSS e o software IRaMuTeQ.
- 04**

Após aprovação do projeto pela Comissão de Ética, prevê-se que sejam incluídos os casais em que a gravidez seja vigiada nas consultas do Hospital CUF Descobertas.

13 14/04/2021 | Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal | UFON 

Procedimentos Éticos

O Enfermeiro, tem o dever do **Sigilo**, segundo o Código Deontológico do enfermeiro, no artigo 85º. Este assume o dever de "manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade". (10)

Será preenchida uma declaração de consentimento informado, com o compromisso de respeitar o direito à livre escolha de participação, à confidencialidade e o direito à proteção de dados, com aplicação em absoluto respeito pelos princípios orientadores da declaração de Helsínquia.



14 

Conclusão

A presença do Pai na gestação não favorece somente a mulher e o filho, mas também o Projecto da Parentalidade no Próprio.

O EEESMO deve **incentivar o Pai** a participar em cada momento da gravidez e ajudar a mulher com os cuidados e nas tomadas de decisão.

Referências Bibliográficas

- 1 - CAMPOS, C. P. S. e SAMPAIO, A. A importância do pai nas consultas de pré-natal. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa – NIP. Faculdades Promove. Artigo de Revisão. Curso de Enfermagem, 2014. P8.
- 2 - BONIM, S. S. S. et al. A importância da participação do pai no acompanhamento do pré-natal. Revista Saberes da Faculdade São Paulo – FSP EDIÇÃO ESPECIAL – Nº 13 Edição Especial – Junho de 2020, Pág 1-20. Disponível em: <https://facsapaulo.edu.br/por-que-a-fsp/revista-saberes/edicao-13/>
- 3 - Direção-Geral de Saúde (DGS). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para os profissionais de saúde. 2005. Páginas 4-21.
- 4 - HENZ, G. S. et al. A inclusão paterna durante o pré-natal. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. Jan/Jun 2017; 6(1):52-66.
- 5 - MENDES, S. C. et al. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. Enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer – Goiânia, 2019, v.16 n.29; p. 2120.
- 6 - HOLANDA S. M. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(2):e3800016
- 7 - RIBEIRO, J. P. et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. Revista espaço para a saúde | Londrina | v. 16 | n. 3 | p. 73-82 | jul/set. 2015
- 8 - VARGA, S. et al. The prenatal triad: The importance of provider-patient communication with expectant fathers throughout the prenatal care process. Patient Education and Counseling, 2020. EUA.
- 9 - FORTIN, M.-F. (2009). O Processo de investigação (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- 10 - MENDES, P. L. Envolvimento do Pai na Gravidez e Parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista. Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da ESEL. 2018, Lisboa.

APÊNDICE IV – Pedido de autorização da General Practice Nurse Satisfaction Scale (GPNS) e da Escala de Satisfação dos Pacientes com a Assistência de Enfermagem

Asking for your permission to use the General Practice Nurse Satisfaction Scale

Report message · Block user

 **Raquel Cerdeira** Feb 2, 2021

Dear PhD, RN, Elizabeth Halcomb,

I'm a student of Master's of Maternal and Obstetric Health, at the University of Évora, Portugal.

I will be conducting a dissertation with the theme: "The father's presence in pregnancy vigilance: the couple's perspective ". I'm planning a research project and after searching databases, I think your instrument is the best choice for my data collection. Therefore, I'm asking for your permission to use the "General Practice Nurse Satisfaction Scale" and adapt it to portuguese in Portugal.

The project will be developed under the guidance of PhD Maria Otilia Zangão (otiliaz@uevora.pt).

Best regards,

Raquel Cerdeira

 **Elizabeth Halcomb** to you Apr 21, 2021

Apologies for the slow reply. I would be very happy for you to use this. Please cite the source in any outputs. I can be contacted at ehalcomb@uow.edu.au should you require anything.

Liz

Autorização por parte dos autores para a utilização da Escala de satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem

Escala Adaptada e validada do General Practice Nurse Satisfaction Scale Caixa de entrada x

Raquel Cerdeira <raquelmcerdeira@gmail.com> 10/11/2020, 21:03 (há 3 dias) ☆ ↶ ⋮
para alineramosenf ▾
Cara PhD Aline Ramos Toescher,

No âmbito do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia, da Universidade de Évora, Portugal, irei realizar uma dissertação com a temática "Presença do pai na vigilância da gravidez: perspectiva do casal".

Após pesquisa, considero que a escala adaptada e validada do "General Practice Nurse Satisfaction Scale" pela vossa equipa, seja a mais indicada para a realização do meu projeto de estudo. Venho por este meio solicitar a vossa autorização para a utilizar e adaptar para o português de Portugal.

O projeto será desenvolvido sob orientação da PhD Maria Otília Zangão.

Atenciosamente,
Raquel Cerdeira

Raquel Cerdeira 12/11/2020, 18:23 (há 1 dia) ☆
Cara PhD Aline Ramos Toescher, No âmbito do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia, da Universidade de Évora, Portugal, irei realizar uma dissertação com a tem

Aline Ramos 12/11/2020, 18:47 (há 1 dia) ☆ ↶ ⋮
para mim ▾
Boa tarde!
Autorizo sim!
Boa pesquisa!

--

Aline Marcelino Ramos-Toescher
Doutora em Enfermagem
Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde - NEPEs

APÊNDICE V – Instrumento de Recolha de Dados

Questionário

“Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal”

O presente questionário surge como parte de um estudo de investigação intitulado “Presença do pai na vigilância da gravidez: perspetiva do casal”, desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Professora Doutora Otília Zangão.

O questionário é anónimo, de resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados no respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

Assinale, por favor, com um X a opção correta e os restantes dados solicitados.

Obrigado pela sua colaboração!

Raquel Cerdeira

Secção 1: Dados Sociodemográficos - Grávida

<p>1. Idade da grávida</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 15-20 anos<input type="radio"/> 21-25 anos<input type="radio"/> 26-30 anos<input type="radio"/> 31-35 anos<input type="radio"/> 36-40 anos<input type="radio"/> 41-45 anos<input type="radio"/> 46-50 anos<input type="radio"/> mais de 50 anos	<p>2. Estado civil da grávida</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Solteira<input type="radio"/> Casada/União de facto<input type="radio"/> Separada/Divorciada<input type="radio"/> Viúva <p>3. Religião da grávida</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Católica<input type="radio"/> Protestante<input type="radio"/> Testemunha de Jeová<input type="radio"/> Agnóstico, Ateu, Sem religião<input type="radio"/> Outro _____
<p>4. Nacionalidade da grávida</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Portuguesa<input type="radio"/> Outra _____	<p>5. Raça da grávida</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Caucasiana<input type="radio"/> Negra<input type="radio"/> Outra _____

<p>6. Habilitações literárias da grávida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Ensino básico 1.º ciclo 2. <input type="radio"/> Ensino básico 2.º ciclo - 6.º ano (antigo 2.º ano liceal / ciclo preparatório) 3. <input type="radio"/> Ensino básico 3.º ciclo - 9.º ano (antigo 5.º ano liceal ou ensino técnico) 4. <input type="radio"/> Ensino secundário - 12.º ano ou equivalente 5. <input type="radio"/> Ensino médio / pós-secundário – curso de especialização tecnológica 6. <input type="radio"/> Ensino superior – bacharelato 7. <input type="radio"/> Ensino superior – licenciatura 8. <input type="radio"/> Ensino superior – mestrado 9. <input type="radio"/> Ensino superior – doutoramento 	<p>7. Profissão da Grávida</p> <p>_____</p> <p>8. Quantos filhos já teve? (grávida)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Nenhum 2. <input type="radio"/> 1 3. <input type="radio"/> 2 4. <input type="radio"/> 3 5. <input type="radio"/> 4 ou mais
---	---

Secção 2: Dados da história obstétrica, da gravidez e do parto

<p>9. Gravidez planeada (grávida)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não <p>10. Gravidez desejada (grávida)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não 	<p>11. Gravidez vigiada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não
<p>12. Local de Vigilância da gravidez</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Centro de Saúde 2. <input type="radio"/> Hospital Público 3. <input type="radio"/> Hospital Privado 	<p>13. Idade Gestacional</p> <p>_____</p> <p>14. Número de consultas realizadas na gravidez</p> <p>_____</p>

<p>15. Realização do curso de preparação para o parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>3. <input type="radio"/> Se sim, local? _____</p>	<p>16. Teve acompanhante durante as consultas de vigilância da gravidez</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>3. <input type="radio"/> Se sim, quem? _____</p>
--	---

Secção 3: Questionário sobre os conhecimentos da grávida, adquiridos na consulta de vigilância da gravidez

Responda ao questionário aplicando a seguinte escala:

Não tenho conhecimento	Tenho pouco conhecimento	Não sei, não respondo	Tenho conhecimento	Tenho muito conhecimento
1	2	3	4	5

Itens	Escala				
	1	2	3	4	5
1. A importância da vacinação	1	2	3	4	5
2. Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)	1	2	3	4	5
3. Necessidade de alimentação saudável e fracionada	1	2	3	4	5
4. Sexualidade	1	2	3	4	5
5. Necessidade de períodos de repouso ao longo do dia	1	2	3	4	5
6. Perigos da automedicação	1	2	3	4	5
7. Higiene corporal	1	2	3	4	5
8. Vestuário e calçado	1	2	3	4	5
9. Enxoval para a maternidade	1	2	3	4	5
10. Escolha do local de parto / agendamento à visita à maternidade	1	2	3	4	5
11. Cursos de preparação para o nascimento	1	2	3	4	5
12. Vantagens do aleitamento materno	1	2	3	4	5
13. Preparação do mamilo para a amamentação	1	2	3	4	5
14. Postura correta durante as mamadas	1	2	3	4	5
15. Técnica, duração e intervalos entre mamadas	1	2	3	4	5

16. Desconfortos do 2º Trimestre	1	2	3	4	5
17. Sinais e sintomas de incontinência urinária	1	2	3	4	5
18. Importância da preparação para o nascimento e sinais de parto	1	2	3	4	5
19. Consulta pré-natal com o pediatra	1	2	3	4	5
20. Explicação do CTG e a sua importância	1	2	3	4	5
21. Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais	1	2	3	4	5
22. Preparação da mala para o hospital	1	2	3	4	5
23. Exame surdez infantil	1	2	3	4	5
24. Importância da vigilância do Recém-Nascido	1	2	3	4	5
25. Teste do pezinho	1	2	3	4	5
26. Vacinação do bebé	1	2	3	4	5
27. Puerpério, o que é?	1	2	3	4	5
28. Lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida de leite, consulta pós-parto	1	2	3	4	5

Secção 4: Escala de Satisfação de Pacientes com a Assistência de Enfermagem (Validada para a língua brasileira por Pereira FW et al ,2020) - (Grávida/Casal)

Responda ao questionário aplicando a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Itens	Escala				
	1	2	3	4	5
1. O/a enfermeiro/a ajuda-a a compreender aquilo que o médico disse	1	2	3	4	5
2. O/a enfermeiro/a explica tudo claramente	1	2	3	4	5
3. O/a enfermeiro/a é paciente com as minhas perguntas e preocupações	1	2	3	4	5
4. O/a enfermeiro/a é amigável e cordial	1	2	3	4	5
5. O/a enfermeiro/a e o médico trabalham muito bem em equipa	1	2	3	4	5
6. O/a enfermeiro/a respeita-me	1	2	3	4	5
7. O/a enfermeiro/a escuta o que eu digo/falo	1	2	3	4	5

8. A qualidade dos cuidados de enfermagem que recebi	1	2	3	4	5
9. O/a enfermeiro/a incentiva-me a fazer perguntas	1	2	3	4	5
10. O/a enfermeiro/a é atenciosa e importa-se comigo	1	2	3	4	5
11. Eu confio/acredito no/a enfermeiro/a	1	2	3	4	5
12. Eu confio nos enfermeiros que me atendem na consulta.	1	2	3	4	5
13. Seguirei/ Irei seguir as recomendações do/a enfermeiro/a	1	2	3	4	5
14. O/a enfermeiro/a é confiante e sabe cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5
15. O/a enfermeiro/a parece atualizada a respeito das informações sobre saúde	1	2	3	4	5
16. Recomendaria o/a enfermeiro/a que me atendeu durante a consulta a familiares e amigos	1	2	3	4	5
17. Se o médico perguntasse a minha opinião a respeito do/a enfermeiro/a, esta seria positiva	1	2	3	4	5
18. Gostaria que o/a enfermeiro/a repetisse os procedimentos na próxima vez	1	2	3	4	5
19. Os enfermeiros que me atendem são muito cuidadosas	1	2	3	4	5
20. O/a enfermeiro/a deu-me recomendações úteis	1	2	3	4	5
21. Eu aconselho-me com o/a enfermeiro/a	1	2	3	4	5
22. O/a enfermeiro/a dedica tempo suficiente a mim	1	2	3	4	5

17. Como classificaria o seu grau de conhecimento, no geral, após a consulta de enfermagem?

				
Não tenho conhecimentos	Tenho poucos conhecimentos	Não sei	Tenho conhecimentos	Tenho muitos conhecimentos

18. Que temas gostaria que fossem abordados/esclarecidos/aprofundados na consulta de enfermagem?

R:

19. Quais os aspetos que considera positivos da consulta de enfermagem?

R:

20. Quais os aspetos que considera negativos da consulta de enfermagem?

R:

<p>21. Se o pai estivesse presente na consulta:</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Seria facilitador para mim<input type="radio"/> O pai sentia-se mais envolvido<input type="radio"/> O conhecimento era partilhado<input type="radio"/> Era indiferente porque o conhecimento é para a grávida<input type="radio"/> Outro _____	<p>22. A gravidez com o acompanhamento do outro progenitor em momentos de vigilância pré-natal, teria sido vivenciada de que forma?</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Com mais alegria<input type="radio"/> Com mais tranquilidade<input type="radio"/> De forma mais confortável<input type="radio"/> Outro _____
--	---

Secção 1: Dados Sociodemográficos (Pai)

<p>23. Idade do outro progenitor</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 15-20 anos<input type="radio"/> 21-25 anos<input type="radio"/> 26-30 anos<input type="radio"/> 31-35 anos<input type="radio"/> 36-40 anos<input type="radio"/> 41-45 anos<input type="radio"/> 46-50 anos<input type="radio"/> mais de 50 anos <p>24. Estado civil do outro progenitor</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Solteiro<input type="radio"/> Casado/União de facto<input type="radio"/> Separado/Divorciado	<p>25. Sexo do outro progenitor</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Feminino<input type="radio"/> Masculino <p>26. Religião do outro progenitor</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Católica<input type="radio"/> Protestante<input type="radio"/> Testemunha de Jeová<input type="radio"/> Agnóstico, Ateu, Sem religião<input type="radio"/> Outro _____ <p>27. Nacionalidade do outro progenitor</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Portuguesa
--	---

<p>4. <input type="radio"/> Viúvo</p>	<p>2. <input type="radio"/> Outra _____</p> <p>28. Raça do outro progenitor</p> <p>1. <input type="radio"/> Caucasiana</p> <p>2. <input type="radio"/> Negra</p> <p>3. <input type="radio"/> Outra _____</p>
<p>29. Profissão do outro progenitor</p> <p>_____</p>	<p>30. Quantos filhos tem?</p> <p>1. <input type="radio"/> Nenhum</p> <p>2. <input type="radio"/> 1</p> <p>3. <input type="radio"/> 2</p> <p>4. <input type="radio"/> 3</p> <p>5. <input type="radio"/> 4 ou mais</p>
<p>31. Habilitações literárias do outro progenitor</p> <p>1. <input type="radio"/> Ensino básico 1.º ciclo</p> <p>2. <input type="radio"/> Ensino básico 2.º ciclo - 6.º ano (antigo 2.º ano liceal / ciclo preparatório)</p> <p>3. <input type="radio"/> Ensino básico 3.º ciclo - 9.º ano (antigo 5.º ano liceal ou ensino técnico)</p> <p>4. <input type="radio"/> Ensino secundário - 12.º ano ou equivalente</p> <p>5. <input type="radio"/> Ensino médio / pós-secundário – curso de especialização tecnológica</p> <p>6. <input type="radio"/> Ensino superior – bacharelato</p> <p>7. <input type="radio"/> Ensino superior – licenciatura</p> <p>8. <input type="radio"/> Ensino superior – mestrado</p> <p>9. <input type="radio"/> Ensino superior – doutoramento</p>	

Secção 2: Dados da história obstétrica, da gravidez e do parto (Pai)

<p>32. Gravidez planeada (pai)</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>33. Gravidez desejada (pai)</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>	<p>34. Esteve presente em alguma consulta de vigilância da gravidez?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>3. <input type="radio"/> Se não, porquê?</p> <p>_____</p>
<p>35. Realizou algum curso de preparação para o parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>3. <input type="radio"/> Se sim, local? _____</p> <p>36. Esteve presente na realização de ecografias durante a gravidez?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>3. <input type="radio"/> Se não, porquê? _____</p>	<p>37. Acha que participar nas consultas de vigilância pré-natal contribuiria para:</p> <p>1. <input type="radio"/> fortalecer a sua relação <input type="radio"/> conjugal/familiar</p> <p>2. <input type="radio"/> ajudar na construção do seu papel como pai</p> <p>3. <input type="radio"/> uma transição da parentalidade saudável</p> <p>4. <input type="radio"/> outro _____</p>
<p>38. Onde adquiriu conhecimentos sobre a gravidez?</p> <p>1. <input type="radio"/> Na consulta</p> <p>2. <input type="radio"/> Pela internet</p> <p>3. <input type="radio"/> Por livros, revistas e/ou artigos</p> <p>4. <input type="radio"/> Através da grávida</p> <p>5. <input type="radio"/> Não adquiri conhecimentos</p> <p>6. <input type="radio"/> Outro _____</p>	<p>39. Se respondeu na consulta, o que achou da consulta?</p> <p>_____</p> <p>40. Acha importante receber esse conhecimento nas consultas de vigilância pré-natal onde existe um Enfermeiro Especialista para o efeito?</p> <p>1. <input type="radio"/> sim</p> <p>2. <input type="radio"/> não</p> <p>3. <input type="radio"/> indiferente</p> <p>Porquê? _____</p>
<p>41. A minha ausência nas consultas/exames durante a gravidez traduzem-se em:</p>	<p>42. Se estivesse presente na consulta, como se sentiria?</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Revolta 2. Tristeza 3. Angústia 4. Aceitação 5. Indiferença 6. Outra _____ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Era facilitador para mim 2. Sentia-me mais envolvido 3. O conhecimento era partilhado comigo 4. Era indiferente porque o conhecimento é para a grávida 5. Outro _____ <p>43. Com a sua presença, a gravidez teria sido vivenciada de que forma?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. com mais alegria 2. com mais tranquilidade 3. de forma mais confortável 4. outro _____
--	---

Secção 3: Questionário sobre os conhecimentos (Pai)

Responda ao questionário aplicando a seguinte escala:

Não tenho conhecimento	Tenho pouco conhecimento	Não sei, não respondo	Tenho conhecimento	Tenho muito conhecimento
1	2	3	4	5

Itens	Escala				
	1	2	3	4	5
1. A importância da vacinação	1	2	3	4	5
2. Desconfortos do 1º Trimestre (náuseas, vômitos, obstipação, sonolência)	1	2	3	4	5
3. Necessidade de alimentação saudável e fracionada	1	2	3	4	5
4. Sexualidade	1	2	3	4	5
5. Necessidade de períodos de repouso ao longo do dia	1	2	3	4	5
6. Perigos da automedicação	1	2	3	4	5
7. Higiene corporal	1	2	3	4	5
8. Vestuário e calçado	1	2	3	4	5
9. Enxoval para a maternidade	1	2	3	4	5

10. Escolha do local de parto / agendamento à visita à maternidade	1	2	3	4	5
11. Cursos de preparação para o nascimento	1	2	3	4	5
12. Vantagens do aleitamento materno	1	2	3	4	5
13. Preparação do mamilo para a amamentação	1	2	3	4	5
14. Postura correta durante as mamadas	1	2	3	4	5
15. Técnica, duração e intervalos entre mamadas	1	2	3	4	5
16. Desconfortos do 2º Trimestre	1	2	3	4	5
17. Sinais e sintomas de incontinência urinária	1	2	3	4	5
18. Importância da preparação para o nascimento e sinais de parto	1	2	3	4	5
19. Consulta pré-natal com o pediatra	1	2	3	4	5
20. Explicação do CTG e a sua importância	1	2	3	4	5
21. Ensino sobre o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais	1	2	3	4	5
22. Preparação da mala para o hospital	1	2	3	4	5
23. Exame surdez infantil	1	2	3	4	5
24. Importância da vigilância do Recém-Nascido	1	2	3	4	5
25. Teste do pezinho	1	2	3	4	5
26. Vacinação do bebé	1	2	3	4	5
27. Puerpério, o que é?	1	2	3	4	5
28. Lóquios, depressão puerperal, involução uterina, subida de leite, consulta pós-parto	1	2	3	4	5

APÊNDICE VI – Consentimento Informado

Convite à Participação com Consentimento

Exma. Senhora:

Convido-a a participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que tem como objetivo avaliar o conhecimento adquirido pelos pais durante as consultas de enfermagem de vigilância da gravidez bem como avaliar a satisfação das grávidas/casal com os serviços de enfermagem, sendo eles: Relacionamento interpessoal e comunicação, confiança, credibilidade e dedicação. O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.^a Doutora Maria Otília Brites Zangão, docente da Universidade de Évora.

Assim, através deste documento, convido-a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para melhorar o conhecimento em esta área de saúde.

Não há riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Esclareço que não existe compensação financeira, sendo a sua participação é de carácter voluntário. Caso não deseje participar, não será tratado de maneira diferente, nem terá qualquer penalização ou prejuízo. Esclareço que é livre de desistir a qualquer momento, sem que isso o(a) prejudique.

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

As informações que nos oferece são tratadas de forma sigilosa, protegendo a identidade da pessoa que participa. Em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: Enf^a Raquel Cerdeira – m46862@alunos.uevora.pt Este consentimento é assinado por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar.

Declaração Expressa de Consentimento:

“Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.”

Lisboa, _____ de _____ de 2020/2021

Mestranda

Participante

Enf^a Raquel Cerdeira

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

APÊNDICE VII – Consentimento Informado do Hospital CUF Descobertas

Autorização para Participação em Estudo Clínico

PROMOTOR	Hospital CUF Descobertas
RESPONSÁVEL PELO ESTUDO	RAQUEL CERDEIRA
NOME DO ESTUDO:	PRESENÇA DO PAI NA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ: PERSPETIVA DO CASAL

Este documento contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que esperar **se decidir participar no mesmo**. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

INFORMAÇÃO GERAL

Convido-a a participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que tem como objetivo avaliar o conhecimento adquirido pelos pais durante as consultas de enfermagem de vigilância da gravidez bem como avaliar a satisfação das grávidas/casal com os serviços de enfermagem, sendo eles: Relacionamento interpessoal e comunicação, confiança, credibilidade e dedicação. O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.^a Doutora Maria Otilia Brites Zangão, docente da Universidade de Évora e do Sr. Prof. Doutor Jorge Lima, docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Assim, através deste documento, convido-a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para melhorar o conhecimento em esta área de saúde. O questionário será composto por descrição sociodemográfica, história obstétrica, questionário sobre os conhecimentos adquiridos pelos pais na consulta de enfermagem e Escala de satisfação da cliente com os serviços de enfermagem (Pereira FW et al 2020). Os dados serão recolhidos através do instrumento de recolha de dados formalizado pelo google forms que os pais terão acesso através de um código QR que será disponibilizado às grávidas que vêm à consulta de enfermagem de obstetrícia e aceitem participar do questionário.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: Enf^a Raquel Cerdeira – raquel.cerdeira@cuf.pt.

QUAL A DURAÇÃO ESPERADA DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

Quinze minutos para preenchimento do questionário.

QUAIS OS PROCEDIMENTOS DO ESTUDO EM QUE VOU PARTICIPAR?

Preenchimento de um questionário em formato google forms.

A MINHA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com o Hospital CUF Descobertas (HDSC) não será afetada.

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

Participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional de Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia, que tem como objetivo avaliar o conhecimento adquirido pelos pais durante as consultas de enfermagem de vigilância da gravidez bem como avaliar a satisfação das grávidas/casal com os serviços de enfermagem, sendo eles: Relacionamento interpessoal e comunicação, confiança, credibilidade e dedicação. Os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para melhor o conhecimento nesta área da saúde.

QUAIS OS POSSÍVEIS RISCOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

A sua participação não contém riscos relacionados com o tratamento ou qualquer outra situação clínica.

QUEM ASSUME A RESPONSABILIDADE, NO CASO DE UM EVENTO NEGATIVO?

A responsabilidade é assumida pela Enfermeira Raquel Cerdeira.

COMO É ASSEGURADA A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS?

Apenas os responsáveis pelo estudo e no período de recolha de informação têm acesso detalhado dos dados identificadores, sendo posteriormente anonimizados, segundo as medidas técnicas e organizativas atualmente em vigor na CUF.

O QUE ACONTECERÁ AOS DADOS QUANDO A INVESTIGAÇÃO TERMINAR?

Os dados serão arquivados e a confidencialidade dos mesmos está garantida, sendo os mesmos destruídos após prazo legal de 5 anos para a conservação dos mesmos. Relativamente aos dados inseridos no processo clínico eletrónico estes terão de ser conservados permanentemente.

COMO IRÃO OS RESULTADOS DO ESTUDO SER DIVULGADOS E COM QUE FINALIDADES?

A confidencialidade do paciente estará salvaguardada. Apenas os dados obtidos que sejam de carácter científico serão divulgados através de publicações e reuniões científicas.

EM CASO DE DÚVIDAS QUEM DEVO CONTACTAR?

A Unidade de Saúde do Hospital CUF Descobertas, SA é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais neste estudo clínico. Para obter mais informações acerca dos termos do tratamento dos seus dados pessoais, bem como acerca de quais são os seus direitos à luz da lei de da proteção de dados aplicável e de como os pode exercer, consulte a Política de Privacidade Saúde CUF em <https://www.saudecuf.pt/sites/saudecuf/files/inline-files/politica-privacidade-cuf.pdf> ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, através de e-mail para dpo@cuf.pt. Nos termos da lei, é-lhe garantido direito de, através de contacto com o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para a finalidade referida, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa

data com base no consentimento previamente dado. Poderá também ver esclarecidas todas as suas restantes dúvidas com a Equipa de Investigação, **contactos raquel.cerdeira@cuf.pt**. Não obstante, tem também direito a apresentar uma reclamação à autoridade de proteção de dados, Comissão Nacional de Proteção de Dados (através do contacto e-mail geral@cnpd.pt ou por escrito através da seguinte morada Av. D. Carlos I, 134 – 1.o 1200-651 Lisboa).

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO ENSAIO CLÍNICO

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no estudo "**Presença do pai na vigilância da gravidez: Perspetiva do casal**". Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento ou ao meu representante, devidamente assinado.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Representante Legal: _____

Data

Nome do Investigador: _____

Assinatura do Investigador: _____

Data