



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**IMPACTO DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA
SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: GESTÃO DE CUIDADOS DE
SAÚDE**

MARIA CONCEIÇÃO TOMÉ SILVA

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do Grau de
Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

BRAGANÇA, ABRIL, 2015



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**IMPACTO DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA
SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: GESTÃO DE CUIDADOS DE
SAÚDE**

MARIA CONCEIÇÃO TOMÉ SILVA

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do Grau de
Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

BRAGANÇA, ABRIL, 2015

RESUMO

A intervenção dos profissionais de saúde é crucial para suplantar com sucesso o desafio inerente à gravidez, parto e pós parto.

Este estudo pretende conhecer a satisfação de parturientes que frequentaram o Programa de Preparação para a Parentalidade (PPP) quando comparadas com as que não frequentaram, contribuindo para a otimização da gestão de cuidados de saúde ao nível do PPP.

Numa amostra de 105 puérperas, internadas numa Unidade Local de Saúde da região do Norte, entre Setembro de 2013 a Março de 2014, foi aplicado o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto. A análise foi feita separadamente para primigestas (n=57, 54%) e multigestas (n=48, 46%), comparando em cada um destes grupos as mulheres que frequentaram com as mulheres que não frequentaram PPP. A frequência de PPP foi reportada em 75,4% (n=43) das primigestas e em 29,2% (n=14) das multigestas.

Não há diferenças significativas entre primigestas que frequentaram e as que não frequentaram PPP, nem para os scores do QESP total ($p=0,630$) nem para as subescalas referentes à experiência positiva ($p=0,405$), relaxamento ($p=0,389$) e suporte do companheiro ($p=0,611$). Nas multigestas com e sem frequência de PPP não há diferenças para os scores de QESP total ($p=0,622$) nem para as subescalas referentes à experiência positiva ($p=0,523$) e suporte do companheiro ($p=0,084$), mas as multigestas que frequentaram PPP apresentaram melhor score para a subescala do relaxamento ($p=0,005$). Análises similares feitas na amostra restringida a mulheres em que há concordância entre o parto desejado e o parto ocorrido revelaram que a frequência de PPP beneficia o relaxamento ($p=0,034$) nas primigestas e beneficia o relaxamento ($p=0,026$) e o suporte do companheiro ($p=0,022$) nas multigestas.

O relaxamento durante o parto e o suporte do companheiro, quando se consideram as mulheres em que o parto desejado coincide com o ocorrido, proporcionam ganhos em saúde associados à frequência do PPP.

Palavra-chave: Preparação para parentalidade, gestão de cuidados, satisfação no parto

ABSTRACT

The intervention of the health professionals is crucial to successfully overcome pregnancy, childbirth and postnatal care challenges.

This study aims to know the level of satisfaction of the pregnant women who attended the Parenting Preparation Programme (PPP) and compare it with the ones who did not attend it, enabling health care management to be streamlined regarding PPP.

The Experience and Satisfaction Questionnaire with childbirth was applied to 105 pregnant women, hospitalised in a local health Unit of the North Region, between September 2013 and March 2014. The study was done separately both for the primigravidae (n=57, 54%) e the multigravidae (n=48, 46%), comparing in each of these groups the women who attended PPP and those who didn't. The PPP attendance was reported in 75,4% (n=43) of the primigravidae and in 29,2% (n=14) of the multigravidae.

No significant differences were found among the women who attended PPP and those who didn't, neither for the scores of the total QESP, nor for the subscales referring to the positive experience, relaxation and partner's support. The multigravidae with or without attendance in the PPP showed no differences regarding the scores of total QESP ($p=0,622$), the subscales on the positive experience ($p=0,523$) and the partner's support. Nonetheless, the multigravidae who attended PPP presented a better score in the relaxation subscale ($p=0,005$). The sample of women who confirmed their childbirth expectations revealed that the PPP attendance benefits relaxation ($p=0,034$) in the primigravidae and enhances relaxation ($p=0,026$) and the partner's support ($p=0,022$) in the multigravidae.

When considering women who confirmed their childbirth expectations, relaxation and the partner's support yield health gains associated with the PPP.

KEYWORDS: Parenting preparation, care management, childbirth satisfaction

RESUMEN

La intervención de los profesionales de salud es fundamental para superar con éxito el desafío inherente al embarazo, parto y posparto.

Este estudio tiene como objetivo conocer la satisfacción de las madres que asistieron al Programa de Preparación para Parentalidad (PPP) en comparación con aquellas que no asistieron, contribuyendo para la optimización de la gestión de cuidados de salud a nivel del PPP.

En una muestra de 105 mujeres en el posparto hospitalizadas en una Unidad Local de Salud de la región Norte, desde septiembre 2013 hasta marzo 2014, se aplicó el Cuestionario de Experiencia y Satisfacción con el Parto. El análisis se realizó por separado para primíparas ($n = 57$, 54%) y multíparas ($n = 48$, 46%), comparando en cada uno de estos grupos las mujeres que asistieron a las mujeres que no asistieron al PPP. La frecuencia del PPP se identificó en 75,4% ($n = 43$) de primíparas y en 29,2% ($n = 14$) de multíparas.

No existen diferencias significativas entre primíparas que asistieron y las que no asistieron a PPP, ni para las puntuaciones totales QESP ($p = 0,630$) ni para las subescalas relacionadas con la experiencia positiva ($p = 0,405$), la relajación ($p = 0,389$) y apoyo del compañero ($p = 0,611$). En las multíparas con y sin frecuencia de PPP no hay diferencias en las puntuaciones de QESP total ($p = 0,622$) ni por las subescalas con respecto a la experiencia positiva ($p = 0,523$) y apoyo del compañero ($p = 0,084$), pero las multíparas que asistieron al PPP presentaron mejor puntuación en la subescala de relajación ($p = 0,005$).

Análisis similares realizados en la muestra restringida a mujeres, donde existe concordancia entre el parto deseado y el parto ocurrido revelaron que la frecuencia de PPP pone en ventaja la relajación ($p = 0,034$) en las primíparas y beneficia la relajación ($p = 0,026$) y el apoyo del compañero ($p = 0,022$) en las multíparas.

La relajación durante el parto y el apoyo del compañero, cuando se consideran las mujeres en que el parto deseado coincide con el ocurrido, proporcionan beneficios para la salud asociados a la frecuencia del PPP.

PALABRAS CLAVE: Preparación para la parentalidad, gestión de cuidados, satisfacción en el parto

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Maria Galvão, pelo apoio, estímulo e discussão proporcionada, contributos fundamentais para este percurso.

Agradeço às parturientes que participaram nesta pesquisa, que dividiram comigo as suas sensações, angústias, expectativas, alegrias, medos e sonhos, possibilitando que este trabalho fosse possível de se realizar.

Agradeço a equipa do serviço de Obstetrícia assim como à direcção da Unidade Local de Saúde pelas possibilidades que me deram de fazer este estudo.

Aos amigos, particularmente à Cristina, à Rosa, à Olívia, Patrícia e a todos os que, de forma crítica, me foram proporcionando momentos de partilha e discussão, contribuindo para a reflexão e desenvolvimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Avaliação de Impactos na Saúde

APEO- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

ARS – Administração Regional de Saúde

EEESMOG- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

P - Parto

PP – Pós - Parto

PPP - Programa de Preparação para a Parentalidade

QESP – Questionário de Experiencia e Satisfação com o Parto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TP-Trabalho de Parto

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

*"Nenhum corpo de ofício, nenhuma profissão tem razão de existir se não pode justificar a prestação de um
serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade para o prestar".*

(Collière; 1989:284)

ÍNDICE GERAL

Índice de figuras	IX
Índice de tabelas	X
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I: CONSTRUTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO 1. GESTÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	15
1. Evolução dos cuidados de saúde primários.....	15
2. Programa de vigilância pré natal nos cuidados de saúde primários	19
3. Programa de preparação para a parentalidade	22
CAPÍTULO 2. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE... NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	27
1. Cuidar interativo durante a gravidez	27
2. Teoria da vinculação.....	29
3. A família como suporte na transição para a maternidade.....	33
CAPÍTULO 3. UM OLHAR SOBRE O TRABALHO DE PARTO	37
1. Acompanhamento durante o trabalho de parto.....	37
2. Expetativa, experiência e satisfação da mulher	40
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO: IMPACTO DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	44
CAPÍTULO 1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	45
1. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados Utilizado	49
2. Procedimento de Recolha de Dados	53
3. Considerações Éticas	54
4. Procedimentos Estatísticos	54
CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	56

CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
CONCLUSÃO.....	76
BIBLIOGRAFIA	79
APÊNDICE: Questionário Sociodemográfico	90
ANEXOS.....	92
ANEXO 1: Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto	93
ANEXO 2: Classificação Portuguesa das Profissões 2010	100
ANEXO 3: Autorização para recolha de dados	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Universo, população e amostra em estudo.....	49
Figura 2. Motivos das primigestas não frequentarem PPP	61
Figura 3. Motivos das multigestas não frequentarem PPP	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Educação para a Saúde no Pré-Natal	21
Tabela 2 Consistência interna do QESP e das Subescalas	52
Tabela 3 Distribuição da amostra de acordo com os dados sociodemográficos.....	56
Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com os dados relativos à gestação atual	60
Tabela 5. Número de sessões de Preparação Para a Parentalidade.....	62
Tabela 6. Relação entre a frequência do PPP e o tipo de parto desejado	62
Tabela 7. Valores médios obtidos para QESP total e subescalas em primigestas	63
Tabela 8. Valores médios obtidos para QESP total e subescalas em multigestas.....	64
Tabela 9. Valores obtidos para a intensidade de dor durante o trabalho de parto, parto e pós parto nas primigestas	64
Tabela 10. Valores obtidos para intensidade de dor durante o trabalho de parto, parto e pós parto nas multigestas.....	66
Tabela 11. Distribuição da amostra de acordo com o parto desejado e o ocorrido nas primigestas	67
Tabela 12. Distribuição da amostra de acordo com o parto desejado e o ocorrido nas multigestas	67
Tabela 13. Distribuição das primigestas em função da concordância com o parto e frequência de sessões de PPP	68
Tabela 14. Distribuição das multigestas em função da concordância com o parto e frequência de sessões de PPP	68
Tabela 15. Valores médios obtidos para QESP total e subescalas em primigestas concordantes.....	69
Tabela 16. Valores médios obtidos para QESP e sub-escalas nas multigestas concordantes	70

INTRODUÇÃO

No passado o parto ocorria em ambiente domiciliar, onde a mulher era assistida por uma parteira de confiança e apoiada pela presença dos seus familiares, porém com vista à redução das taxas de mortalidade materna e infantil, emergiu a institucionalização hospitalar do parto.

Neste sentido é preciso garantir os benefícios dos avanços científicos, e permitir que a parturiente possa exercer a sua cidadania, tendo poder de escolhas durante todo o percurso de parto, aliando a tecnologia, segurança, e satisfação da mesma.

Imbuída de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos, a gravidez e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples evento biológico, já que são integrantes da importante transição do *status* de “mulher” para o de “mãe”, de “homem” para o de “pai”.

Cruz (2005, p.13) referência algumas das especificidades e da multidimensionalidade da parentalidade, definindo-a a partir do “ (...) conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”

Os profissionais de saúde devem no desenvolvimento das suas funções dar especial atenção às crenças e tradições da população, já que estas podem condicionar os comportamentos e vivências daqueles que usufruem dos cuidados clínicos. Estas considerações por outro lado facilitarão a resolução de alguns problemas que existem nos dias de hoje, nomeadamente a precocidade e regularidade da consulta pré concecional e vigilância pré natal.

As evidências comprovam que quer a mulher grávida quer os pais das crianças tendem a ter uma maior confiança nos profissionais de saúde quando estes lhes proporcionam apoio emocional, disponibilidade para escutar, informar e quais as melhores soluções a adotar.

Na educação para a saúde pré natal, o programa de preparação para o parto, inclui uma abordagem psicopedagógica e física, abordando várias temáticas, respondendo às dúvidas, preocupações e interesse das grávidas/pais/família. Proporciona a aquisição de competências que lhes possibilitem viver a gravidez, o trabalho de parto e o parto de forma

consciente e esclarecida e, permitir-lhes também, diminuir a ansiedade e o desconforto, assim como adquirir competências para cuidar do seu filho.

Consciente que os alicerces fundamentais da saúde dos adultos são estabelecidos ainda na vida pré-natal. Nesta conjuntura, refletir sobre a atenção da saúde à mulher grávida, remete-nos para os programas desenvolvidos nos serviços de saúde, enquadrados nas políticas de saúde.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras aquando dos contributos dados para a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, num documento editado em 08/06/2010, onde se mencionava que a educação para a saúde proporcionada pela enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é um vetor capaz de capacitar as grávidas na sua tomada de decisão, de forma a promover o parto normal, a amamentação e a construção da parentalidade.

É neste cenário que a presente investigação se enquadra, enquanto enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia e responsável pelo programa de preparação para a parentalidade. Pretende-se estudar o impacto do mesmo na experiência e satisfação das mulheres com o parto, numa perspetiva da gestão dos cuidados. Tendo por base os seguintes objetivos gerais conhecer a satisfação das parturientes que frequentaram o Programa de Preparação para a Parentalidade (PPP) comparando-a com a das parturientes que não frequentaram o referido programa e contribuir com perspetivas para a otimização da gestão de cuidados de saúde ao nível do programa de preparação para a parentalidade.

Para o efeito desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa.

Em termos organizacionais, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes que procuram descrever de forma estruturada e sequencial todo o percurso da investigação.

Parte I – Constructo Teórico foca os principais conceitos envolvidos no estudo, sistematizando uma revisão da literatura sobre a temática a que se refere a presente investigação. Apresenta-se num primeiro momento, um panorama acerca dos serviços de saúde em Portugal, efetuando uma retrospectiva sobre o sistema de saúde português, desde o ano de 1974 até à atualidade, evidenciando alguns impactos da política internacional. Faz-se, de igual modo, uma retrospectiva sobre a evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, caracterizando as diversas gerações que se empenharam neste processo, sem deixar de demonstrar a sua complexidade. Num segundo momento explora-se a educação e

promoção da saúde na transição para a parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários, elucidando a sua importância no âmbito da saúde da mulher, da criança e da família. Num terceiro momento termina-se esta parte com um olhar sobre o trabalho de parto, refletindo sobre o acompanhamento durante o parto e as expectativas, experiências e satisfação da mulher com o trabalho de parto, parto e pós parto.

Parte II – Estudo Empírico. Nesta parte do trabalho descreveremos o tipo de investigação utilizada, os instrumentos de avaliação, a caracterização e forma de aplicação, e ainda, o tratamento estatístico. Posteriormente as hipóteses, a amostra e a respetiva caracterização. Por fim, apresentam-se os resultados obtidos, a discussão sobre as hipóteses da investigação e a respetiva conclusão.

PARTE I

CONSTRUCTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. GESTÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Este capítulo apresenta uma abordagem legislativa sobre a evolução do serviço nacional de saúde, assim como, dos cuidados de saúde primários e o seu papel na vigilância pré-natal. Apresenta, ainda, as estratégias e objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. Descreve-se, também, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (EESMOG) como um dos intervenientes da prestação de cuidados à mulher/casal grávido no âmbito da gestão dos cuidados de saúde primários.

1. Evolução dos cuidados de saúde primários

Embora a criação dos serviços de saúde em Portugal tenha emergido no período pré-revolução, é com o 25 de abril de 1974 que se assiste à sua expansão progressiva por todo o país, até à atualidade, neste trajeto temporal foi sofrendo alterações, quer em termos dos serviços, quer das suas funções e áreas de intervenção.

Como sublinham Branco e Ramos (2001), na história da organização dos serviços de saúde em Portugal o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) pode ser descrito em quatro fases distintas e/ou gerações:

Os primeiros Centros de Saúde – «primeira geração», criados em 1971, tinham um “perfil de atuação relacionado com a prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco”, nomeadamente a vigilância de saúde da grávida e da criança. Os cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados predominantemente nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência. Coexistindo separadamente, estes dois tipos de serviços eram complementares em termos de necessidades de saúde (Branco & Ramos, 2001, p. 6).

A «segunda geração» teve início em 1983, após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da nova carreira médica de clínica geral e consistiu na fusão das principais vertentes extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médicos Sociais e hospitais concelhios), dando origem aos centros de saúde integrados (*ibidem*).

A «terceira geração» dos centros de saúde surge em 1999 através do Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio de 1999. Este pretende, embora mantendo a dependência das Administrações Regionais de Saúde (ARS), dar mais autonomia aos centros de saúde melhorando a gestão da instituição e o acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde. É seu principal objetivo a “melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida” (Artigo 1.º, do Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio de 1999).

À luz desta nova legislação, os “centros de saúde têm como atribuições, em geral, a promoção da saúde, designadamente através de ações de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença” (Artigo 4.º, alínea 1, do Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio de 1999). O Programa do XVII Governo Constitucional, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de Outubro de 2005 cria na dependência direta do Ministério da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, para conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde, que constitui a base impulsionadora da «quarta geração» de centros de saúde, fase atual.

A reconfiguração dos centros de saúde organiza a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Pública (USP). A Unidade de Saúde Familiar visa a “prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (art.12.º, Decreto – Lei 157/99, 10 de Maio de 1999).

A UCC tem por missão “a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, com identificação e acompanhamento das famílias com situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde” (art.13.º, Decreto – Lei 157/99, 10 de Maio de 1999).

Finalmente, USP permite organizar e assegurar atividades no âmbito da proteção e promoção da saúde na comunidade, principalmente nos problemas de saúde de grande impacto social.

Todas estas unidades são multiprofissionais, conciliando práticas e conhecimentos de saúde e colaborando entre si, no sentido de melhor servir os utentes e a comunidade. Contudo, a inovação desta reorganização são as UCC, em que os profissionais de saúde passam a ter mais responsabilidades e autonomia nas suas decisões pois as necessidades são sentidas e identificadas várias vezes em contexto sociofamiliar/comunidade.

É na Unidade de Cuidados na Comunidade que o EEESMOG desempenha as suas funções, nomeadamente, o Programa de Preparação para a Parentalidade (PPP) em parceria com a restante equipa multidisciplinar.

O Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 surge para clarificar as competências e as responsabilidades do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Este documento profere que os profissionais atrás mencionados cuidam da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional o período pré-natal, o período de trabalho de parto, o período pós-natal e o climatério. Neste acompanhamento, o EEESMOG deve estabelecer e implementar programas de intervenção e educação para a saúde de forma a promover e a potenciar a saúde da mulher e da sua família em todos estes períodos e a detetar e/ou tratar precocemente complicações.

Relacionando as competências do EEESMOG com os referenciais teóricos de enfermagem, constata-se que este profissional de enfermagem é o mais apto a acompanhar a mulher e a família no processo de transição e adaptação à parentalidade.

Agregada à reestruturação dos cuidados de saúde primários assiste-se a uma reforma no pensamento sobre saúde. Esta iniciou - se com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2004-2010) e é reforçada com o Plano Nacional de Saúde (2012-2016). Este define quatro eixos estratégicos: i) cidadania em saúde; ii) equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; iii) qualidade em saúde; e iv) políticas saudáveis.

Para a operacionalização dos quatro eixos estratégicos são enunciados quatro objetivos para o sistema de saúde: 1) obter ganhos em saúde; 2) promover contextos saudáveis ao longo da vida; 3) reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença; e 4) fortalecer a participação de Portugal na saúde global.

Entendendo-se por ganhos em saúde os resultados positivos em indicadores de saúde que incluem referências sobre a respetiva evolução. Expressam a melhoria dos resultados (Nutbeam, 1998) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Os Ganhos Potenciais em Saúde são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis [PNS (2012-2016), 2013].

Quanto à promoção de contextos saudáveis ao longo da vida, o “serviço nacional de saúde assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto” [PNS (2012-2016), 2013, p. 2].

Desta forma, são consideradas seis etapas do ciclo de vida: i) nascer com saúde (gravidez e período neonatal); ii) crescer com segurança (pós-natal até aos 9 anos); iii) juventude à procura de um futuro saudável (dos 10 aos 24 anos); iv) uma vida adulta produtiva (dos 25 aos 64 anos de idade); v) um envelhecimento ativo (acima dos 65 anos); e vi) morrer com dignidade. Neste estudo aborda-se apenas a primeira etapa por se relacionar com a problemática que se está a investigar.

A etapa «nascer com saúde» engloba a saúde da grávida desde a conceção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias e desenvolve-se no contexto familiar e laboral da grávida. Existem evidências para a saúde a longo prazo através de “intervenções a nível de: i) planeamento e acompanhamento da gravidez; ii) preparação para a parentalidade; iii) estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); iv) preparação para o parto; v) amamentação; vi) imunização” [PNS (2012-2016), 2013, p. 5].

A reforma dos cuidados de saúde primários, os eixos estratégicos e os objetivos do PNS (2012-2016) constituem medidas importantes para refletir sobre os cuidados de saúde.

O cidadão é o foco de atenção dos cuidados, responsabilizá-lo pela sua própria saúde e valorizando a qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem perceber que a saúde e doença fazem parte de um mesmo *continuum* devendo dar prioridade à promoção dos fatores que permitem uma resposta favorável à saúde. A acessibilidade aos cuidados e a equidade são dos aspetos mais valorizados. No que diz respeito à vigilância da gravidez, e através do exposto anteriormente, percebe-se que em Portugal, se têm vindo a reunir condições ajustadas ao correto acompanhamento da mulher grávida e família. A meta deste acompanhamento é a promoção de uma gravidez saudável minimizando as complicações associadas a esta fase da vida.

2. Programa de vigilância pré natal nos cuidados de saúde primários

Segundo a American Academy of Pediatrics e a American College of Obstetricians and Gynecologists (2007), citadas por Cunningham et al., (2012, p. 190) o cuidado pré-natal é um “programa abrangente de cuidados envolvendo a abordagem coordenada de cuidados médicos e psicossociais, que idealmente deve ser iniciado antes da concepção com extensão por todo período até ao parto” e que deve compreender: cuidados ao nível pré-concepcional; diagnóstico rápido da gravidez; avaliação pré-natal inicial e consultas de acompanhamento pré-natal.

Nesta linha de pensamento, já a Direção-Geral da Saúde havia definido, desde cedo, orientações técnicas para os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários através da Orientação Técnica n.º2 de 1993, de forma a conseguir um impacto positivo na qualidade da saúde materna e fetal. Refere que a consulta pré-natal tem como objetivos: “avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação; promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez (DGS, 1993, p. 3).

Diversos estudos demonstraram a eficácia do cuidado pré-natal, relacionando-o com taxas significativamente menores de mortes maternas e nascimentos prematuros assim como, com a morte neonatal associada a várias condições de alto risco, como placenta anterior, restrição ao crescimento fetal e gestação pós-termo, o que evidência a importância dos

mesmos (Loudon, 1992; Herbst & colaboradores, 2003; Vintzielos & colaboradores, 2002b, 2003 citados por Cunningham et al., 2012).

O plano de consultas de acompanhamento pré-natal depende das conclusões extraídas da primeira consulta, e visa essencialmente o acompanhamento da evolução da gravidez e do desenvolvimento normal do feto (Rezende, 2002).

Com a finalidade de melhorar os conhecimentos, compreensão e habilidades dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde maternos, através de uma melhor gestão da gravidez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Região da Europa elaborou, em 2002, um guia onde estabeleceu dez princípios para a prestação de cuidados de saúde materna nos países europeus, inclusive Portugal. Sendo aqui reportados pela pertinência neste estudo:

1. “A gravidez deve ser «desmedicalizada» uma vez que não é encarada como uma doença mas antes um evento fisiológico, havendo apoio dos profissionais de saúde quando necessário;
2. Os cuidados devem ser baseados no uso de tecnologia que permita resolver um problema específico, ou seja, devem ser realizados exames para resolução de um problema e não apenas por rotina;
3. Os cuidados devem ser baseados na evidência. Os profissionais de saúde têm um papel muito importante, devendo receber formação profissional contínua e atualizada baseada em estudos científicos;
4. Os cuidados devem ser regionalizados e adaptados ao sistema de saúde existente em cada local;
5. Os cuidados devem ser multidisciplinares envolvendo vários profissionais como enfermeiros, parteiras, médicos, educadores sociais, entre outros;
6. Os cuidados devem ser holísticos abordando não apenas a componente biológica mas também psicológica e social da grávida e família;

7. Os cuidados devem ser centrados na família. Os familiares e amigos relevantes devem ser envolvidos no processo de gravidez demonstrando o seu papel no apoio à grávida e reconhecendo que também eles podem precisar de apoio;
8. Os cuidados devem ser adaptados à cultura local;
9. A mulher deve ser envolvida no processo de tomada de decisão;
10. Os cuidados devem respeitar a privacidade, dignidade e confidencialidade da mulher” (WHO, 2002, p. 6).

Neste seguimento a Tabela 1, esquematiza os assuntos que devem ser abordados nas consultas pré-natais.

Tabela 1. Educação para a Saúde no Pré-Natal

Cuidados na gravidez	Desconfortos ligeiros; nutrição na gravidez; exercício físico; promoção da amamentação; preparação para a parentalidade; alterações psicológicas na gravidez
Parto e nascimento	Trabalho de parto e nascimento; analgesia; acompanhamento familiar; cuidados holísticos à utente /família; cesariana; contacto pele a pele entre mãe/filho, amamentação precoce
Pós parto	MULHER: amamentação; exercícios pós parto; alterações psicológicas; sexualidade; regresso ao trabalho. RECÉM-NASCIDO: cuidados ao recém-nascido; choro do bebé e estratégias para prevenção e resolução; estimulação; fases de desenvolvimento infantil; vacinação
Papel do companheiro	Principais preocupações do companheiro e qual o papel a desempenhar.

Fonte: Adaptado de WHO (2002, p. 86)

O programa de cuidados de vigilância pré-natal está integrado nas atuais práticas de saúde na maioria dos países com médio e alto rendimento, compreendendo geralmente, o rastreio das infeções, a promoção de hábitos de vida saudáveis e a avaliação do crescimento fetal. No entanto, os cuidados pré-natais apresentam outros fins, nomeadamente aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de “dar à luz”, assim como, desenvolver práticas de lidar com a dor e *stress* durante o parto; preparar a mulher e o companheiro para o parto e para a parentalidade; e desenvolver redes de apoio social (Jaddoe, 2009).

Deste modo, constata-se que as consultas pré-natais têm como finalidade a promoção de uma gravidez saudável e deteção precoce de complicações. Visam dar mais confiança ao casal; ajudar a mulher a ter uma experiência de gravidez, parto e parentalidade saudável e feliz; preparar o casal para o parto e formas de lidar com o mesmo; incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis para proporcionar uma rápida recuperação pós-parto. Além de, ajudar e incentivar a amamentação explicando a técnica da amamentação; auxiliar a cuidar do bebé independentemente da alimentação utilizada; apoiar na transição para a parentalidade e providenciar educação e informação apropriada ao casal sobre gravidez, parto e parentalidade (WHO/OMS, 2002).

3. Programa de preparação para a parentalidade

Sendo a gravidez um período de transformações, é normal e natural que desperte as mais variadas emoções e desafios na vida de um casal. Estas transformações não são apenas de ordem biológica, mas também de ordem social e pessoal (Colman & Colman, 1994).

A preparação para a parentalidade inicia-se no período pré natal, à medida que as mulheres sonham e têm fantasias, imaginando-se como mães e sonhando com as qualidades que gostariam de ter. Os futuros pais idealizam-se afetuosos e tentam imaginar por antecipação as alterações que o filho provocará e, como irão reagir ao ruído, desordem, menor liberdade e aos cuidados a prestar ao recém-nascido.

Sendo a gravidez um período de excelência para investir na preparação do casal para o parto e maternidade/paternidade. Esta permite a aquisição de conhecimentos sobre a gravidez, parto e o puerpério, auxiliando na criação de expectativas realistas, fornecendo maiores níveis de segurança e confiança que auxiliam na redução da dor e do mal-estar no trabalho de parto e parto e beneficiam as emoções positivas relativamente aos mesmos (Figueiredo et al., 2002; Hallgren, et al., 1995; McKey, 1990; Spiby et al., 2003 cit. in Costa, 2006). Assim, casais informados são “casais mais seguros”, confiantes e que, naturalmente, vão vivenciar estes momentos mais intensamente e de um modo mais satisfatório.

O Ministério da Saúde (2000) cit. in Cardoso et al. (2007), reforça que a preparação para a parentalidade quer seja de forma individual ou em grupo, deve ser baseada numa linguagem clara e compreensível de forma a elucidar a gestante/família sobre os cuidados gerais a ter

durante este período, as alterações fisiológicas e emocionais que irão surgir, os cuidados a ter com o recém-nascido, a amamentação, o planeamento familiar e o envolvimento do companheiro.

Aquando em grupo nos programas de preparação para a parentalidade, deve-se promover a prática de exercícios físicos e respiratórios, técnicas de relaxamento, a participação do companheiro e o diálogo interpessoal entre a grávida / companheiro e os profissionais de saúde, permitindo assim a promoção de sentimentos de autoconfiança e bem-estar na grávida/casal (Pavitra, 1995 cit. in Cardoso et al., 2007).

A orientação perinatal preocupa-se em refletir sobre aspetos que transpõem a gravidez, o nascimento e alguns dias após o parto, levando em consideração que a preparação para a maternidade/parentalidade envolve aspetos físicos, emocionais, nutricionais, ambientais, relacionais, profissionais, psicológicos e afetivos. Tem como objetivo, tal com anteriormente mencionado, orientar, informar e preparar a mulher para o processo de maternidade, possibilitar a esta, bem como ao casal grávido, escolhas conscientes e orientadas.

É essencial que a grávida/casal conheçam as opções médicas, as intervenções e exames de rotina, ambiente onde vai ter o filho, assim como a equipe que irá atendê-la para que possam optar. A segurança da mulher na sua habilidade em parir pode ser aumentada ou diminuída pelo próprio cuidador, seja ele o obstetra ou EESMOG.

De acordo com Diniz & Duarte (2004) cit. in Cardoso et al., (2007) informações sobre as fases do trabalho de parto, tipos de parto e preparação para o parto conduzem a uma maior confiança e tranquilidade no que concerne a estes momentos.

A equipa de saúde tem a possibilidade de contribuir positivamente na formação de cada família, através da inclusão do pai nos cuidados ao seu filho, estimulando a sua presença e participação nos cuidados. Quanto mais oportunidades as grávidas tiverem de falar sobre a percepção do que vão sentindo nas suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimmerman & Osório, 1997).

A presença do companheiro em grupos de apoio à gravidez e preparação para a parentalidade é fulcral, na medida em que lhe fornece confiança para assegurar o bem-estar

da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (Sartori, et al., 2004 cit. in Oliveira, et al. 2009). Ao sentir-se mais confiante para apoiar a parturiente, a sua presença no momento do parto será de extrema importância.

Os medos e as dúvidas são muitas, assim promover espaços de partilha com outros casais e com profissionais qualificados, é investir no futuro, facilitando a autonomia e promovendo vivências mais enriquecedoras. A dinâmica verbal, a reflexão e a aquisição de informação científica contribuem para a redução dos medos e conseqüentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez.

Alguns autores verificaram que o apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribuem para o aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto (Figueiredo, 1997).

Um dos objetivos dos programas de preparação para a parentalidade é de incentivar capacidades interativas precoces de comunicação entre os pais e o bebé e, por outro, alertar para os sinais de alarme da depressão do período pós-parto, sendo um trabalho de promoção da saúde emocional, e de suporte para a família.

Figueiredo et al., (2007) refere que para os profissionais de saúde o estudo do envolvimento emocional dos pais com os bebés é importante, uma vez que este é determinante para a qualidade dos cuidados que os pais prestam às crianças e para o seu bom desenvolvimento físico e psicológico

Os programas de preparação para a parentalidade, iniciam-se preferencialmente às 28 semanas de gestação em mulheres que apresentem uma gravidez de baixo/médio risco ou Goodwin modificado entre 0 e 6. As grávidas que apresentem uma gestação de alto risco ou Goodwin modificado superior a 7, ou ainda, que tenham médio risco, mas com patologia/complicação associada, como hemorragias depois das 20 semanas, Rotura Prematura de Membranas, Atraso de Crescimento Intra-Uterino, Gravidez Múltipla e apresentação pélvica, serão excluídas das aulas práticas, podendo continuar a frequentar as sessões teóricas se não necessitar de repouso absoluto ou internamento.

Objetivos do Programa:

- ✓ Promover a aquisição de conhecimentos fundamentais sobre as alterações anátomo-fisiológicas que ocorrem na gravidez, parto, bem como do bebé e sua dinâmica;
- ✓ Proporcionar às grávidas o desenvolvimento de conhecimentos na área materno-infantil;
- ✓ Preparar a grávida para um parto consciente;
- ✓ Fomentar o parto vaginal;
- ✓ Promover exercícios da musculatura específica;
- ✓ Dotar as grávidas e acompanhantes de técnicas que lhes permitam reduzir o stress durante o trabalho de parto e pós-parto;
- ✓ Acompanhar a mulher na gravidez e pós-gravidez, de forma a prevenir problemas subjacentes à mesma, como seja a depressão pós-parto;
- ✓ Incentivar o diálogo e reflexão de várias temáticas relacionadas com a gravidez e o pós-parto, com a partilha de sentimentos, ansiedades, problemas, receios, dúvidas ou fantasias relacionadas com o estar grávida e/ou ser mãe;
- ✓ Fomentar o aleitamento materno;
- ✓ Facultar contato telefónico do profissional de saúde, com vista a acalmar /conter angústias (evita a procura impulsiva dos serviços de saúde – Serviços de Urgências Hospitalares e CSP) e potencializar/reforçar as capacidades dos elementos da família na prestação de cuidados ao recém-nascido e puérpera;
- ✓ Fornecer, se necessário, apoio à mãe e bebé no domicílio após o parto.

Benefícios do programa

- ✓ Oportunidade de partilhar experiências com outras pessoas;
- ✓ Maior envolvimento do pai no nascimento do filho;

- ✓ Redução da ansiedade e do medo em relação ao parto e aos procedimentos médicos e de enfermagem;
- ✓ Capacidade de superar as exigências do trabalho, dando maior sensação de controlo;
- ✓ Competência de utilizar estratégias, relaxamento, que reduzem a percepção da dor;
- ✓ Reforço das competências maternas para cuidar do bebé;
- ✓ Incremento do bem – estar psicológico e emocional.

Aos profissionais de saúde cabe a responsabilidade de detetar e orientar situações de sofrimento quer físico quer psicológico e não incutir modelos de atuação para as futuras mães e pais, devem compreender o casal como parte integrante de uma história e de uma cultura, e encorajá-los a descobrir, a sua maneira de ser pai e de ser mãe.

CAPITULO 2. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE... NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Neste capítulo aborda-se a importância da educação e promoção de saúde na transição para a parentalidade. Na medida em que este se traduz como um momento crucial para o estabelecimento de uma interação entre a grávida/família e a enfermeira, onde se visa a capacitação da grávida para a aquisição de novas competências que se lhe adivinham como imprescindíveis para o máximo sucesso nesta fase do ciclo de vida.

Um outro item abrangido pelo presente capítulo incide na teoria da vinculação, nos seus múltiplos aspetos emocionais e relacionais que se identificam como condições essenciais ao desenvolvimento do bebé e ao estabelecimento de uma interação de excelsa qualidade mãe-bebé, além de especificar os momentos distintos que alguns autores identificam neste processo.

1. Cuidar interativo durante a gravidez

A educação para a saúde é uma componente substancial da prática de todos os profissionais que desempenham funções durante a vigilância da saúde da mulher. Sendo uma área em desenvolvimento e em crescimento, é percebida como uma parte indispensável para atingir resultados eficazes nos cuidados. Deste modo, a educação e o cuidar são conceitos “estreitados”. A gravidez é, sem dúvida, uma circunstância particular da vida de uma mulher e da sua família, sendo ainda um momento privilegiado de intervenção, uma vez que a grávida está imbuída em procedimentos organizados de cuidados de saúde. Por esse motivo, a consulta pré-natal pode ser considerada um espaço privilegiado para a transmissão de informação. Verifica-se que o papel da educação para a saúde permite fortalecer uma intervenção social como a principal estratégia para uma capacitação da comunidade, bem como o desenvolvimento de capacidades individuais para realçar a participação efetiva e responsável na vida social.

Um dos principais objetivos da educação para a saúde é garantir que as pessoas estejam bem informadas sobre as questões da saúde para serem capazes de fazer opções sobre a sua saúde e estilos de vida, sendo ainda capazes de implementar ações e comportamentos para

implementar estas escolhas. Como processo multifacetado que visa capacitar os indivíduos e as comunidades a ampliar o controlo sobre os fatores que determinam a saúde, a promoção de saúde permite tornar mais informadas e por conseguinte mais fáceis as opções.

Sabe-se que as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, durante ou após a sua formação académica, estabelecem um corpo de conhecimentos científicos passíveis de aperfeiçoar a saúde das pessoas. Esse conjunto de conhecimentos arquitetado na(o) profissional um misto de significados que lhe conferem uma visão e uma explicação dos fenómenos diferentes da visão que as pessoas possuem sobre os mesmos acontecimentos (Sousa, 2004).

Assim, encarar a educação como um simples instrumento de transmissão de informações, é olhar a grávida como um recipiente passivo do conhecimento. Mendes (2009) reconheceu que a maioria das ações educativas se canaliza para a prevenção das doenças e a responsabilidade individual, o que indica que as causas sociais da falta de saúde não têm sido consideradas com a devida importância.

Numa perspetiva idealista, a educação para a saúde na vigilância pré-natal deveria iniciar-se antes da gravidez (*e.g.*, na consulta pré-concepcional) ou o mais precocemente e prolongar-se até três meses após o parto. Redman (2003) realça que o ensino formal precoce, na gravidez, tem sido descurado e que as aulas do segundo trimestre de gravidez são quase inexistentes. A maior parte das vezes, o ensino pré-natal surge no terceiro trimestre, na vertente de preparação para o parto/parentalidade.

No entanto Martins (2009), advoga que a enfermeira, perante a mulher grávida, efetua ações que possibilitem o seu crescimento, auxiliando-a a adaptar-se às transformações transitórias da saúde, encaminhando-a e favorecendo cada uma das etapas do processo de resolução do problema, não tomando decisões por ela nem a substituindo.

A OMS (1996) está de acordo que o fornecimento de informações tranquilizadoras, na medida em que quanto mais informada estiver a parturiente e o acompanhante, menor será o medo do desconhecido e melhor será a sua preparação psicológica. Para isso é necessário profissionais sensibilizados e com formação sobre terapias complementares para o alívio da dor.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009) afirma ainda que os efeitos do apoio contínuo à mulher conduzem a que durante o parto se verifique uma diminuição da necessidade de analgésicos e a uma maior satisfação com a experiência.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE), confirma que devem ser facultadas medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o descrito na Carta de Ottawa divulgada pela WHO (1986: s/p), a “promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. É com o pensamento de uma otimização da saúde humana que Nola Pender, no início da década de 80, constrói o Modelo de Promoção de Saúde. Este fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar cuidados individuais, ou em grupo, permitindo um planeamento, uma ação e uma avaliação das intervenções desenvolvidas. Neste âmbito, o termo saúde é encarado com base nos aspetos individuais, familiares e comunitários, dando ênfase ao bem-estar, ao desenvolvimento de capacidades aos diferentes níveis, levando em consideração a idade e a cultura, sempre, numa perspetiva holística.

Deste modo, neste paradigma, a saúde não é apenas considerada como ausência de doença.

Como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e tendo em conta as opiniões dos diversos autores, é imperioso que a mulher grávida seja preparada para a maternidade desde o início da gravidez, recebendo orientações e esclarecendo dúvidas, especialmente quanto ao parir, pretendendo compreender o momento do parto como um processo natural, estando apta a ultrapassar o medo da dor e a atingir a realização da maternidade. Neste contexto, importa aos técnicos de saúde ouvirem a grávida e família com o intuito de lhes dar oportunidades de manifestarem as suas necessidades e expetativas.

2. Teoria da vinculação

A teoria da natureza e do desenvolvimento das relações de vinculação no ser humano foi desenvolvida por Jonh Bowlby. O interesse de Bowlby pela compreensão dos efeitos das experiências familiares no desenvolvimento humano remonta aos anos 20, altura em que trabalhou como médico numa instituição para crianças consideradas inadaptadas. As

observações que realizou levaram-no a pensar que as experiências ocorridas no contexto familiar, tinham um papel determinante nas perturbações da personalidade (Soares, 1996).

Com a publicação da primeira obra da trilogia *Attachment and Loss*, na década de 70, John Bowlby impulsiona os estudos acerca da teoria da vinculação. Na década seguinte, com a realização do procedimento experimental, Situação Estranha, Mary Ainsworth dá um contributo extremamente importante a esta teoria, por testar empiricamente algumas das questões teóricas anteriormente formuladas por Bowlby (Soares, 1996).

Nos anos seguintes, foi manifesto o interesse por esta temática devido ao elevado número de investigações realizadas e pelo estudo de diversas questões, tais como a estabilidade e mudança dos diferentes padrões de vinculação, o carácter desenvolvimental da vinculação, bem como as implicações da vinculação na compreensão da psicopatologia e da psicoterapia (Canavarro, 1999; Soares, 1996).

Segundo Bowlby (1969), os seres humanos nascem com um conjunto diversificado de comportamentos – comportamentos de vinculação – que resultam na obtenção ou manutenção da proximidade a uma determinada figura, concebida como protetora. Essa figura de vinculação, por norma, proporciona proteção face às ameaças físicas e psicológicas, promove a exploração de forma segura e saudável do ambiente e ajuda a criança a aprender a regular eficazmente as suas emoções (Shaver & Mikulincer, 2009). Alguns desses comportamentos de vinculação, como sorrir ou vocalizar, são comportamentos de sinalização, que alertam o cuidador para a procura de interação por parte da criança, servindo desta forma para se aproximar desta. Outros comportamentos, tais como chorar, são aversivos, mas também aproximam a mãe/pai da criança para os cessar (Cassidy, 2008).

Os comportamentos da criança de busca de proximidade são organizados por um sistema comportamental adaptativo, com raízes biológicas, denominado de sistema comportamental de vinculação. Este surgiu ao longo da evolução, aumentando a probabilidade de sobrevivência e reprodução da espécie, uma vez que, o bebé nasce com capacidades imaturas para adquirir comida, mover-se, ou defender-se. Este sistema orienta a escolha, a ativação e o fim dos comportamentos de procura de proximidade com o

objetivo de garantir proteção e suporte de outros significativos em situações de adversidade (Shaver & Mikulincer, 2009).

Este sistema comportamental de vinculação é ativado em momentos de ameaça ou perigo, fazendo com que a criança procure a figura de vinculação para suporte, conforto ou proteção através da execução de comportamentos de procura de proximidade, tais como, rir, chorar, agarrar-se e seguir a figura de vinculação, e o gesto de levantar os braços. Quando a criança percebe que está segura, o sistema de vinculação torna-se menos ativo e a criança foca-se na exploração do meio, fazendo aumentar o comportamento de exploração (Bennett & Nelson, 2010). Embora o sistema de vinculação seja mais importante no início da vida, porque as crianças são mais dependentes da proximidade com a figura de vinculação, Bowlby postula que se encontra ativo ao longo do ciclo de vida e vai-se manifestando através de pensamentos e comportamentos relacionados com a procura de proximidade em alturas de maior necessidade (Shaver & Mikulincer, 2009).

Neste sentido, o sistema de vinculação mantém o equilíbrio entre o comportamento de exploração e o comportamento de vinculação, sendo estes influenciados pela perceção que a criança tem da disponibilidade (acessibilidade psicológica da figura de vinculação no sentido de dar atenção aos sinais e comunicação do bebé) e sensibilidade (capacidade da figura de vinculação para perceber e interpretar adequadamente os sinais e comunicações implícitas no comportamento do bebé e responder de forma adequada e contingente) da figura de vinculação e os perigos presentes no meio. Se a criança percebe a separação da sua figura de vinculação como uma ameaça ao seu bem-estar, tenta manter-se junto desta para que a proteja, logo, o comportamento de vinculação é mais evidente quando a criança está numa situação de ameaça aparente. Nestas ocasiões, a figura de vinculação tem o papel de base segura, uma vez que a criança se aproxima desta à procura de tranquilização e conforto. Se, pelo contrário, a criança não percebe o meio como sendo perigoso, envolve-se em comportamentos de exploração do meio (Fenney & Noller, 1996).

Por sua vez, se a criança se sente segura e confiante com a figura de vinculação, tem maior probabilidade de ser mais sociável e menos inibida e de brincar e explorar melhor o meio. Porém, uma criança que se sinta insegura e com falta de confiança na figura de vinculação, apresenta maior probabilidade, de responder com medo e ansiedade, originando

comportamentos de choro e de se agarrar à figura, como de defesa, sendo que neste caso evita o contacto próximo com a figura de vinculação (Fenney & Noller, 1996).

Por último, é importante referir, que a relação privilegiada mãe-bebé inicia-se ainda antes do nascimento, na fantasia materna, nas emoções e sentimentos que aquela experimenta para com o bebé em desenvolvimento dentro de si. Esta relação é influenciada pela interação e expectativas da mãe em relação ao bebé, relativamente ao sexo, nome, características psicológicas e saúde, contribuindo, assim, para a atribuição de identidade ao bebé (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004).

De acordo com alguns estudos é possível decompor o processo de vinculação entre a mãe e o bebé em três momentos distintos: *Vinculação pré-natal*, *Vinculação perinatal* e *Vinculação pós-natal* (Sá, 1997).

No que se refere ao período de vinculação pré-natal, primeiro momento, a vivência do desejo de maternidade organiza-se sobre o *bebé fantasmático* (Sousa, 2004; Sá, 1997) que consiste numa representação da história pessoal de filiação com os pais, dando origem a uma “proto-representação” de um bebé. Esta oscila com a existência de um *bebé imaginário*, presente no pré-consciente e no consciente, consistindo na ressonância da gravidez que ocorre no imaginário dos pais. A vinculação pré-natal preconiza, assim, o desejo de maternidade e o desejo pensado de um filho (Sousa, 2004).

Por sua vez, a vinculação perinatal, inicia-se com a relação com o bebé real, que se irá aprofundando nas interações precoces. Culminando na vinculação pós-natal (Sá, 1997; Sousa, 2004), respeitante ao momento em que a mãe entra em interação direta com o bebé.

Neste sentido, considera-se que o laço emocional entre a mãe e o seu bebé é estabelecido ainda antes do nascimento, existindo assim uma vinculação pré-natal. São vários os estudos realizados, que abordam esta temática, reforçando a tese de que a relação entre a mãe e o bebé se estabelece *in-utero*, para a qual contribuem também as competências do feto a favor desta relação (Camarneiro & Justo, 2010), nomeadamente, os movimentos fetais. Estes surgem por volta da décima sexta semana de gestação e são encarados pelas gestantes como equivalentes do seu bem-estar, ao passo que a ausência destes movimentos constitui para a grávida um motivo de alarme e sofrimento (Sá, 2001). O feto é, assim, dotado de atividade

própria, e de competências sensoriais e motoras que lhe permitem perceber e integrar estímulos provenientes do meio intra e extra-uterino (Sá, 2001).

A vinculação da mãe ao feto é condição imperiosa e vital ao desenvolvimento do bebé e ao estabelecimento de uma interação de qualidade mãe-bebé. Figueiredo (2003) considera que a vinculação materna pré-natal é constituída por vários aspetos, nomeadamente, um aspeto cognitivo (o desejo de conhecer o bebé), um aspeto afetivo (o prazer de pensar e interagir com o feto) e um aspeto altruísta que se traduz no desejo de proteção em relação ao bebé que ainda não nasceu. Segundo Sá (1997), são quatro momentos que, qualitativamente, contribuem para o processo de vinculação materna pré-natal: a revelação da gravidez, a audição dos ruídos cardíacos do feto, a primeira ecografia e os movimentos fetais.

3. A família como suporte na transição para a maternidade

O termo família deriva do latim *família* cuja origem é *famulus* – servidor. Este termo teve origem na Roma Antiga e surgiu da necessidade de classificar um grupo social novo dedicado à agricultura e escravidão legalizada, com origem entre as tribos latinas. Designava o conjunto de pessoas que viviam sob a autoridade do *pater familias* também denominada estrutura familiar patriarcal. (Soares,2008)

Ainda que a origem do conceito remonte à Antiguidade, a verdade é que a família foi permanecendo, enquanto entidade e organização, ao longo dos tempos. Contudo, a sua estrutura, papéis e funções foram evoluindo à medida que foram acompanhando a própria evolução das sociedades. As mudanças ao nível da estrutura e modelo de família têm ocorrido em simultâneo com as alterações a nível religioso, económico e sociocultural do contexto onde estão inseridas. Pelo que, diferentes autores ao longo dos tempos sentiram a necessidade de definir o termo família, encontrando-se múltiplos conceitos que, inevitavelmente, se diferenciam por resultarem de contextos históricos e sociais distintos.

Por exemplo, na perspetiva da Sociologia, a diversidade dos modelos conjugais e familiares é explicada pelo modo como os grupos ou os indivíduos interpretam as normas sociais produzidas num determinado contexto histórico. Neste sentido, as transformações socioculturais influenciam os comportamentos familiares e vice-versa (Aboim & Wall, 2002).

A família, apesar das mudanças e transformações que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo e da diversidade de formatos que tem vindo a apresentar, mantém uma certa perseverança nas funções que lhe são atribuídas (Hanson, 2005) e continua a ser considerada a célula básica da sociedade. Martins (2009, p.111) refere que *a família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização, bem como para a formação da sua personalidade. É através da família que cada geração assume, em graus diversos mas sempre importantes, a sua responsabilidade para com os seus membros.*

Gameiro (1992, p.187), ao fazer referência à família, diz-nos que nela existe *“uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados. Conceitos importantes como o da personalidade não são aplicáveis ao estudo da família. A simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”*.

Ao afirmarmos que as noções de papel e função estão inerentes ao conceito de família, fazemo-lo porque se, por um lado, independentemente da sociedade, cada membro ocupa um determinado estatuto ou posição (os habitualmente denominados papéis), por outro, a família deve dar resposta às necessidades quer dos seus membros quer da sociedade – as designadas funções. A capacidade de desempenhar estes papéis desenvolve-se ao longo do processo de socialização através dos conhecimentos, desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências. Diferentes autores têm vindo a estudar a família nas suas múltiplas vertentes, nomeadamente em relação aos papéis atribuídos aos elementos que a compõem.

A família revela-se assim como um dos espaços excepcionais de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos de vida, designadamente, o nascer, a sexualidade e a procriação (Saraceno, 1997). Neste sentido, podemos afirmar que a família é uma instituição social constituindo um sistema complexo de relações que os seus membros compartilham num mesmo contexto social de pertença. Contudo, a família não fica passiva perante essas transformações uma vez que, ao mesmo tempo, sofre as suas influências, contribuindo, de igual modo, para as mudanças sociais através dos indivíduos que nela nascem e se socializam. É na família que surge o reconhecimento da diferença, da aprendizagem, sendo ainda o espaço privilegiado das primeiras trocas afetivas.

Falar da família é também expressar a memória, a transmissão dos saberes e das tradições. Como sujeitos e seres sociais pertencentes ao mundo intergeracional da família, o nosso comportamento só é compreensível sob a dinâmica da organização e do funcionamento de um sistema de relações, cujo contexto delimita e confere significado a tudo que ocorre no interior da família. Esta ideia fundamenta a coesão e a continuidade, como uma célula reprodutiva que se deve adaptar às mudanças que surgem ao longo do ciclo vital. A particularidade de como cada família cuida do seu equilíbrio e da sua sobrevivência, interage com os relacionamentos interpessoais e intergeracionais dos seus membros (Castillo, 2003).

A gravidez envolve toda a família e não simplesmente a mulher. Até algumas décadas atrás, era no seio da instituição familiar que se nascia e se morria. Segundo Leandro (2001), a família, como uma instituição ancestral e universal, desempenha um papel fundamental no cuidar da mulher grávida, nesta fase particularmente importante da sua vida. Assim, é reconhecida à família uma marcante função cultural e social, que possibilita as aprendizagens confrontadas com a linguagem, com os mitos, com as crenças e com as relações sociais (Leandro, 1994). Aquando a confirmação da gravidez, os dois grupos sociais envolvidos ficam mais ligados, estreitando, ainda mais, as relações intrafamiliares.

Os indivíduos recebem da família, como herança, tudo o que as gerações precedentes adquiriram, acabando por ser dessa herança muito específica: os saberes e as tradições que lhe foram transmitidos ao longo dos tempos. Com frequência, é a sogra ou a mãe que têm o dever de dar conselhos, de verificar se a grávida cuida de si e se promove os preparativos para o bebé de modo culturalmente adequado, assim como de informar a sua nora, ou filha, sobre os costumes designados para garantir uma gravidez e um parto seguros (Martins, 2002). Neste contexto, Leandro (2001, p. 85-86) quando relata que a família usufrui *duma aura tradicional de segurança e de apoio aos familiares, aparece, normalmente aos indivíduos, como uma enseada onde se encontra abrigo, paz, compreensão, protecção, amor, reconhecimento individualizado, solidariedade e respostas para as questões fundamentais da vida presente (...)*.

Desta forma, a família influencia a adoção de hábitos, de estilos e de condutas relevantes no processo de saúde, quer seja no caso da gravidez normal, quer seja no caso de doença ou de gravidez de risco. As mulheres grávidas vêem na família, especialmente, nas pessoas mais próximas, particularmente, na mãe e na sogra, um refúgio junto de quem se pode descobrir alguns modelos de comportamento, de orientação ou de protecção perante os

desafios diários de uma gravidez. A família tem um papel fundamental no processo de cuidar e na gestão da doença, sendo habitualmente o primeiro e último recurso (Le Gall, Montgomery e Cassan, 2009).

CAPITULO 3. UM OLHAR SOBRE O TRABALHO DE PARTO

Neste capítulo aborda-se a importância do acompanhamento durante o trabalho de parto e os tipos de parto, assim como, clarificar a importância das expectativas na experiência e satisfação da mulher no parto através da revisão da literatura.

1. Acompanhamento durante o trabalho de parto

Segundo Colman e Colman (1994), seria correto que a experiência da gravidez terminasse, tal como começou, com um momento íntimo, entre um homem e uma mulher, que em conjunto geraram uma vida e estão prestes a criá-la.

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma “aparadeira” de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares. No século XX, mais precisamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização.

A institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo do nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planeadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes (Kitzinger, 1996 citada por Diniz, 2001)

Os procedimentos de internamento na maternidade acontecem como um verdadeiro cerimonial, um rito de passagem, repletos de rotinas e normas de conduta que são ditadas pela instituição. De uma maneira geral, existe uma contradição entre o que prescreve a ciência e a maneira como as práticas se organizam.

Nas últimas décadas, em hospitais do mundo, o interesse sobre o retorno desse apoio vem acontecendo como uma das estratégias de humanização do nascimento (Hodnett, Hofmeyer & Sakala, 2002).

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto difere de acordo com o contexto social, a política de saúde do país e sua legislação, mas principalmente de acordo com a filosofia da maternidade. Assim, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, em outros não é permitida ou há restrições.

Para Maldonado e Canella (1981), é extremamente iatrogénico proibir a presença do pai na sala de parto, pois é neste momento que pai e mãe precisam estar juntos, aguardando o nascimento de seu filho.

A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em que confia e com quem se sinta à vontade.

A decisão da presença do pai durante o trabalho de parto e parto deve ser reflexo de uma decisão consciente, tomada em conjunto com a sua companheira, não devendo resultar do desejo de corresponder às expectativas familiares e sociais (Mazzieri & Hoga, 2006). Deve assentar numa preparação do casal, especificamente na preparação do pai, para que, este seja capaz de compreender e cooperar nas diferentes fases do processo e acompanhá-lo com tranquilidade (Carvalho, 2003; Ribeiro & Lopes, 2006).

A presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, por si só não pode ser considerado como sinónimo de suporte, entretanto, podem - lhe ser dadas as condições e apoio para realizar essa atividade. O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto (Enkin, et al, 2005).

Na prática profissional percebe-se que muitas vezes o pai está presente e interessado no que está acontecer com a sua mulher e filho, mas não é incluído nos cuidados.

Além disso, os homens sentem-se frequentemente pouco preparados, para dar suporte às suas companheiras durante o trabalho de parto e parto, mesmo quando frequentam em conjunto com elas os programas de preparação para a parentalidade, ou estão presentes nas consultas de vigilância de gravidez (Wöckel, Shafer, Beggel & Abou-Dakn, 2007). Porque desconhecem o processo de desenvolvimento do trabalho de parto, mostrando-se, por isso, incapazes de abarcar a realidade do momento e sentindo-se deslocados do ambiente em que se encontram na sala de partos (Draper, 2003).

Segundo Diniz (2003 cit. in Oliveira, 2009), o companheiro também tem direitos nos serviços de saúde, tais como: participar no pré-natal, estar informado acerca da evolução da gravidez e ter a possibilidade de esclarecer todas as dúvidas que possam surgir nesse período. Estar presente no momento do parto é uma forma do companheiro se sentir incluído no processo de geração da vida que ocorre no interior do corpo da mulher (Bertsch et al., 1990, cit. in Carvalho, 2003).

De acordo com os estudos de Brazelton, (1981) e de Cranley, Hedhal, & Pegg (1983), citados por Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais (2005), a presença do pai ou de uma figura de suporte durante o parto tem efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher. Tal também se verifica nos partos por cesariana, tal como foi verificado nos estudos de Marut & Mercer, (1979) e de Gainer & Van Bonn, (1977) citados igualmente por Pacheco et al. (2005).

Hodnett et al. (2002) fizeram uma revisão sistemática de literatura e verificaram que seis entre quinze trabalhos avaliaram o efeito do suporte em relação ao índice de satisfação da mulher. As que receberam suporte relataram uma visão mais positiva do parto. Outra forte influência notada no trabalho de parto foi o fato de o(a) acompanhante ser escolhido(a) pela parturiente, pois o resultado da participação era ainda mais positivo.

O mesmo é constatado por Hentschel, Oliveira e Espirito Santo (1993) quando concluem, nos trabalhos efetuados junto a pais que participaram do parto, que 100% deles consideraram a experiência positiva, acreditando que a sua presença foi favorável para a mulher e recomendariam a experiência a outros homens.

A interação entre a equipa de saúde e o casal pode facilitar, ou não, a interação e o fortalecimento dos laços afetivos entre a mãe, o pai e o bebé (Almeida et al., 2005).

A presença do companheiro ou de outra pessoa significativa para a mulher no momento do parto, tal como ver e poder tocar no bebé imediatamente após a expulsão, são dois dos aspetos mais valorizados pela mulher e considerados por ela como determinantes para uma boa experiência do momento do parto (Cranley et al., 1983 cit. in Pacheco et al., 2005).

Uma das conseqüências importantes do envolvimento emocional do pai com o bebé é o aumento da sua participação nas atividades de casa e o seu envolvimento familiar. Os pais sentem-se responsáveis pela sua família, por lhes providenciar apoio emocional, físico e financeiro.

Para além disso, sentem que a sociedade lhes incute novas responsabilidades e novas expectativas (Knoester & Eggebeen, 2001).

Esta experiência reforça o significado da vida conjugal e é para o companheiro, vivida de uma forma bastante emocionante (Bertsch et al., 1990; Chalmers & Meyer, 1996; Chapman, 2000; Espírito-Santo et al., 1992; Szeverényi et al., 1998; Unbehau, 2000 cit. in Carvalho, 2003).

2. Expetativa, experiência e satisfação da mulher

A satisfação com a experiência do parto encontra-se condicionada a partir das expectativas criadas em relação ao que é esperado para o parto. Verificasse que expectativas irrealistas, em relação a determinado acontecimento, pelo facto de serem de difícil concretização, condicionarão uma experiência que será desta forma, pouco satisfatória, do ponto de vista do indivíduo. No entanto ter baixas expectativas em relação ao esperado é um fator potenciador de uma maior satisfação com a experiência em causa, pois mais facilmente serão concretizadas (Johansson et al., 2002; Cadah, 2000).

Do Latim *expectāre* que significa esperar, estar à espera de..., expetar associado a -tório dá origem então à palavra expetativa sendo esta definida como uma esperança fundada em promessas ou probabilidades (Costa e Melo, 1998). Este conceito, que Erikson (1995 citado por Johansson et al., 2002) encontra-se intimamente associado ao conceito de satisfação, que é definida como uma avaliação subjetiva do paciente da sua reação emocional e cognitiva. A satisfação é assim o resultado da interação entre, tendo em conta as suas expectativas, o cuidado de enfermagem ideal e as suas perceções do cuidado de enfermagem realizado. A insatisfação surge quando as expectativas não são atingidas ou cumpridas (Johansson et al., 2002).

As expectativas, construções imaginárias criadas sobre o que poderá vir a acontecer em relação a um evento que terá o seu lugar num tempo futuro, são influenciadas por fatores como a idade, o género e a educação, assim como pelas experiências anteriores associadas ao evento em questão. Avaliar as expectativas de uma pessoa é algo complexo devido à subjetividade associada ao facto destas estarem imbuídas de crenças, valores, as experiências anteriores e o nível de formação (Cadah, 2000).

Donabedian (1996 citado por Cadah, 2000) e Greeneich (1992 citado por Cadah, 2000), referem os aspetos que devem ser considerados em relação às expetativas, destacando o facto de os pacientes valorizarem mais a competência humana do cuidado em detrimento da competência técnica, sendo eles os melhores avaliadores da qualidade dos cuidados nas suas vertentes percetivas e sensíveis, valorizando assim aspetos como a simpatia, a paciência, o respeito e a atenção prestada pelos cuidadores (Cadah, 2000).

A satisfação da mulher com a experiência de parto está associada principalmente com o facto de esta sentir-se cuidada com respeito e empatia por parte de todos os profissionais (Simkin, 2006).

O parto pode ser classificado de duas formas: eutócito (vaginal) que pode ser natural ou normal; ou distócito que é o parto realizado com intervenções instrumentais, tais como fórceps, ventosa ou cesariana

Um parto mais prolongado, mais difícil e complicado, a perceção do desempenho da mulher durante o parto, a vivência de uma intensidade de dor maior do que a esperada e o facto da mulher não se sentir acompanhada durante o trabalho de parto e parto são fatores apontados como razões para a perceção de uma experiência de parto negativa (Simkin, 2006; Soet, Brack & Dilorio, 2003). O parto é percecionado como traumático quando a mulher considera que ela ou o seu filho estão em perigo iminente de sofrer um grave dano físico (Simkin, 2006). A vivência do parto como uma experiência traumática pode ser geradora, eventualmente, de sintomas depressivos ou mesmo de stress pós-traumático, que condicionará eventualmente a mulher de assumir a sua maternidade (Soet, Brack & Dilorio, 2003).

A Organização Mundial de Saúde apresenta o parto humanizado como aquele em que as expetativas e a individualidade da mulher são respeitadas, incentivando o parto vaginal, a presença do acompanhante durante todo o processo, o alojamento conjunto, o recurso a técnicas não-farmacológicas de alívio da dor, como a deambulação e a massagem (WHO, 1996).

O estudo do impacto do tipo de parto tem sido alvo do interesse de vários investigadores, verificaram que geralmente as mulheres com um parto normal relatam maior satisfação, têm uma perceção mais positiva do parto, assim como estabelecem uma relação mais ajustada com o bebé.

“muito embora existam diferenças individuais que devem sempre ser consideradas, da revisão da literatura apresentada pode concluir-se que, a experiência de parto é positivamente afectada, no que se refere à percepção e satisfação da mulher, pelas seguintes condições: presença de uma pessoa significativa (e.g., Cranley et al., 1983); parto normal e não por cesariana (DiMatteo et al., 1996); anestesia apenas local e não geral, no caso do parto por cesariana (e.g., Marut & Mercer, 1979); participação ativa nas decisões relativas ao parto (e.g., Cranley et al., 1983) e no trabalho de parto (Leventhal et al., 1989);” (Figueiredo 2003 p. 215).

As expectativas construídas durante o processo de transição para a maternidade constituem condições facilitadoras ou inibidoras da mesma. Identificar as expectativas que estão presentes contribui para a compreensão da sua influência positiva ou negativa, na adaptação psicológica a uma nova identidade e no assumir de novos papéis (Harwood, 2004; Meleis, 2010). Quando os indivíduos têm conhecimentos e experiência em relação ao que está para acontecer a ansiedade diminui, mas quando o que vai acontecer é totalmente desconhecido, a pessoa constrói uma panóplia de possibilidades e ideias sobre como tudo vai acontecer e de que modo vai conseguir ultrapassar as dificuldades que poderão ocorrer, numa antevisão do desempenho do novo papel (Canaval, Jaramillo & Rosero, 2007).

Um estudo realizado por Morgado, Pacheco, Belém & Nogueira (2010) cuja problemática é efeito da variável preparação para o parto, na antecipação do parto pela grávida, é um estudo comparativo entre grávidas que frequentaram a preparação para o parto e grávidas que não frequentaram. Do estudo concluíram que as grávidas, que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o parto, apresentam um melhor planeamento e preparação para o parto, esperam sentir menos dor durante o mesmo, possuem mais conhecimentos sobre a anestesia epidural, treinam mais métodos de respiração e relaxamento, esperam demorar menos tempo a tocar no bebé e preparam o enxoval antes das grávidas que não realizaram preparação para o parto.

De notar que o bem-estar psicológico da mulher beneficiará se as expectativas que a parturiente tinha elaborado relativamente ao parto, se confirmarem (Green, Coupland & Kitzinger, 1990; Green, 1993, cit. por Conde & Figueiredo, 2007).

Num estudo realizado por Silva, (2011) quanto à possibilidade de a experiência, expectativa e intensidade da dor variar entre mulheres múltiparas e primíparas, verificou-se que as múltiparas se sentem mais satisfeitas e apresentam um melhor ajustamento das expectativas relativamente ao trabalho de parto e parto.

Assim, escrever e refletir sobre as expectativas, experiências e satisfação da mulher com o parto é entender como é que as mudanças interferem no quotidiano das mulheres, ou seja, compreender de que forma o processo de modernização e de educação para a saúde pode influenciar as experiências da maternidade. Dentro deste contexto (Domingues, Santos & Leal, 2004) referem que a informação disponibilizada, tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto e parto é considerado como fator da maior importância para a satisfação com a experiência do parto, contribuindo na perceção de controlo sobre a situação e por isso uma influência positiva na perceção desta experiência

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO: IMPACTO DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica surge como um processo sistemático que nos permite examinar fenómenos com vista à obtenção de respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis: é sistemático, rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos, efectuando-se de uma forma ordenada, seguindo uma série de etapas, (Fortin,2009).

Neste capítulo será descrita a metodologia que foi desenvolvida para atingir os objetivos propostos. Esta será anunciada através de um conjunto de subcapítulos, entre os quais, identificação do problema, justificação do tema, tipo de estudo, objetivos, variáveis em estudo, hipóteses de investigação, população e amostra e instrumento de recolha de dados.

Justificação do Tema

Exercemos funções como enfermeira em Cuidados de Saúde Diferenciados, nomeadamente na sala de partos e no serviço de internamento de obstetrícia. Aí constatou-se que, aparentemente havia lacunas nas intervenções educativas e formativas durante a vigilância pré-natal. Também Rios e Vieira (2007) referem que frequentemente, as mulheres, no último trimestre da gravidez, demonstram falta de conhecimentos sobre as alterações decorrentes da gravidez, bem como sobre o parto.

Actualmente exercemos a nossa atividade em Cuidados de Saúde Primários, onde observamos, frequentemente, a problemática que se pretende analisar, tendo ainda sob a nossa responsabilidade a dinamização do programa de preparação para a parentalidade.

Assim, neste contexto, pretende-se conhecer o impacto do programa de preparação para a parentalidade na experiência e satisfação da mulher com o parto, sobre a influência de aspetos como, escolaridade, idade, estado civil, tipo de parto, paridade a PPP, relacionando-os com a experiência, expectativas e satisfação da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós parto.

A Avaliação de Impactos na Saúde (AIS) pode ser definida como uma combinação de procedimentos, métodos e ferramentas que avalia sistematicamente os efeitos potenciais, e por vezes não intencionais, de uma política, plano, programa ou projeto, na saúde de uma população e a distribuição desses efeitos nessa população. A AIS identifica ações apropriadas para gerir esses efeitos. (adaptado de organização mundial de saúde, 1999).

Entre os vários conceitos observou-se que o **“Impacto”** poderá constituir-se como a diferença entre o que aconteceria **sem a ação** e o que aconteceria **com a ação**.

A Avaliação do Impacto tem uma natureza dual, com abordagens metodológicas específicas, como:

- ✓ Instrumento técnico para a análise das consequências de uma intervenção planeada (política, plano, programa, projeto), fornecendo informação às partes interessadas.
- ✓ Procedimento legal e institucional ligado ao processo de decisão de uma intervenção planeada, enquadrado na gestão de cuidados.

A avaliação do impacto na saúde, tem sido recomendada como uma ferramenta legal e institucional dentro das políticas governamentais e demais empreendimentos que possam interferir na saúde pública; sobre as desigualdades na saúde e que habilite os decisores na avaliação/ aplicação/reestruturação de programas de saúde.

A frequência do PPP e respetiva tradução na satisfação e experiência da mulher com o parto permite-nos a avaliação do impacto na saúde.

Questão de investigação

O presente estudo teve como principal interesse conhecer o impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto e as suas implicações na gestão dos cuidados.

Neste sentido, definiu-se como questão de investigação: *“Há impacto do programa de preparação para a parentalidade na satisfação da mulher com o parto e na gestão dos cuidados de saúde?”*

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional, de carácter quantitativo, num plano transversal.

Objetivos do estudo

Uma vez definida a questão da presente investigação, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Conhecer a satisfação das parturientes que frequentaram o Programa de Preparação para a Parentalidade (PPP) comparando-a com a das parturientes que não frequentaram o referido programa.

- ✓ Contribuir com perspetivas para a otimização da gestão de cuidados de saúde ao nível do programa de preparação para a parentalidade.

Variáveis em Estudo

A definição das variáveis é fundamental numa investigação, dado que traduzem as características do fenómeno a estudar, relacionando-se e influenciando-se mutuamente. Segundo Ribeiro (2010) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades e é o oposto a uma constante.

De seguida serão apresentadas as variáveis em estudo com o objetivo de facilitar a interpretação das hipóteses formuladas no subcapítulo seguinte.

Variáveis independentes:

A variável independente é aquela que é investigada com o propósito de determinar que influência tem no comportamento dos sujeitos.

Neste estudo, são definidos três grupos de variáveis independentes:

- Variáveis sociodemográficas;
- Variáveis clínicas;
- Frequência do programa de preparação para a parentalidade

Variável dependente:

A variável dependente define-se como aquela que varia de acordo com as variáveis independentes.

Neste estudo, a variável dependente traduz-se:

No impacto do PPP na satisfação da mulher com o parto, que é operacionalizada através das questões do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QEPS, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais,) que foi aplicado a uma amostra de 306 mulheres nos primeiros 5 dias do pós-parto, a utentes da Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis – Porto em 2004.

Hipóteses de investigação

Num estudo empírico o enunciado das hipóteses é uma etapa processual fundamental que permite uma predição das relações esperadas entre duas ou mais variáveis.

Nesta fase apresenta-se uma proposição provisória, uma suposição que deve ser verificada e que traduz o enunciado do problema de uma forma concisa (Freixo, 2010).

Partindo dos objetivos que foram definidos e da revisão bibliográfica efetuada, definiram-se para o presente estudo as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A frequência do PPP permite na mulher uma experiência/vivência positiva no parto

Hipótese 2: A frequência do PPP facilita o relaxamento da mulher no parto

Hipótese 3: As mulheres que frequentaram o PPP apresentam-se mais satisfeitas com o suporte do companheiro do que aquelas que não frequentaram o programa

Hipótese 4: A frequência do PPP influencia a percepção da intensidade da dor no TP, P e PP.

Hipótese 5: A frequência do PPP influencia o tipo de parto desejado.

Hipótese 6: Nas mulheres concordantes com o parto, a frequência do PPP influencia a experiência e a satisfação da mulher com o parto.

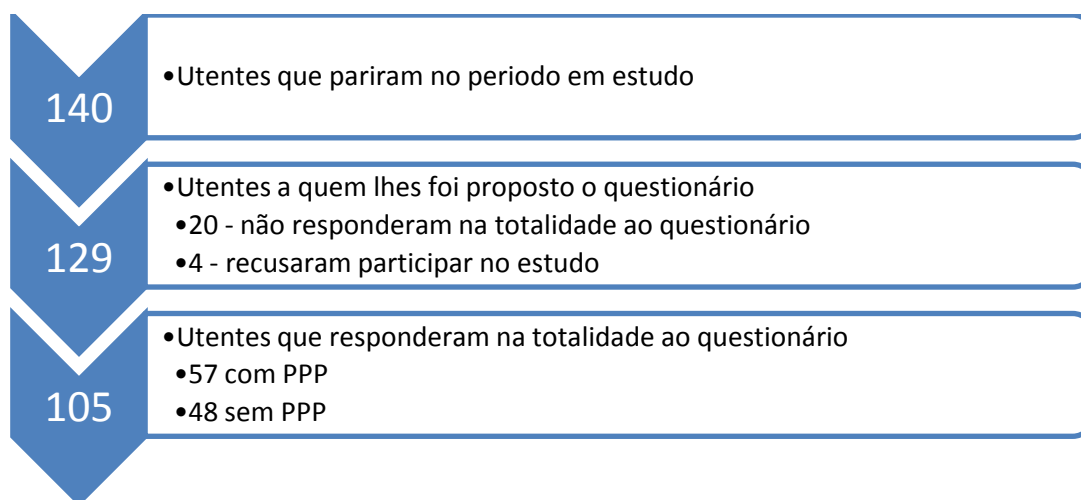
População e amostra

Na realização de uma investigação, é imprescindível determinar o universo ou população, onde o investigador irá testar as suas hipóteses e confirmar ou não, a relação que estabelece

com as variáveis. Para Fortin (2009), uma população consiste num conjunto de elementos ou indivíduos que partilham características comuns.

Todas as mulheres que pariram um nado vivo e que realizaram o seu parto numa Unidade Local de Saúde da região do Norte, no período de Setembro de 2013 a Março de 2014 são legíveis para a análise em questão. Apenas se excluem, aquelas que não preencheram os questionários na sua totalidade.

Figura 1: Universo, população e amostra em estudo



1. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados Utilizado

Os instrumentos selecionados para este estudo foram:

Questionário sociodemográfico (Apêndice 1)

Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004) (Anexo 1).

- **Questionário Sócio demográfico**

O questionário sócio demográfico utilizado para caracterização da amostra compreende variáveis como: sexo, idade, estado civil, profissão e situação profissional, habilitações literárias, nacionalidade, dados relativos à gestação, nomeadamente, número de gravidezes,

gravidez desejada ou não, frequência do programa de preparação para a parentalidade, tipo de parto desejado e ocorrido.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram idade (categorizada em <20, 20-24, 25-29, 30-34, >34 anos), habilitações literárias (1º, 2º e 3º ciclos, secundário, bacharelato, licenciatura e outro); situação profissional (ativa e desempregada); situação profissional do companheiro (ativo e desempregado); estado civil (casada, união de facto e solteira); meio de residência (rural e urbano); nacionalidade (África do Sul, Espanhola, Francesa, Portuguesa, Romena e Santomense) nacionalidade do companheiro (Espanhola, EUA, Portuguesa, Romena e Santomense).

Quanto à profissão da mulher e do companheiro considerou-se a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2010) (Anexo 2) Grupo 0- Profissões das Forças Armadas, Grupo 1 - Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes; Diretores e Gestores executivos, Grupo 2- Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, Grupo 3- Técnicos e Profissões de Nível Intermédio, Grupo 4 – Pessoal Administrativo, Grupo 5- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores, Grupo 6- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta, Grupo 7- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices, Grupo 8 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, Grupo 9 – Trabalhadores não Qualificados.

Quanto à gestação actual considerou-se gravidez desejada (por si, pelo pai e por ambos); gravidez não desejada (por si, pelo pai e por ambos); fez preparação para o parto (sim e não; se não porquê?); esclarecida sobre os tipos de partos (sim e não); parto desejado (normal e cesariana); parto ocorrido (normal, ventosa, fórceps e cesariana) efetuada uma questão aberta: porquê? no tipo de parto que ocorreu.

Tendo presente as hipóteses de investigação, considerou-se o conceito de preparação para o parto/ preparação para a parentalidade na mesma questão por se verificar que se encontram intrinsecamente misturados nos discursos, não se encontrando clarificadas as particularidades em relação a um ou a outro no senso comum. (Couto, 2006)

- **Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto** (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004)

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) – O QESP é um questionário de auto-relato constituído por um total 104 questões referentes às expetativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Foi aplicado nos primeiros 5 dias do puerpério a uma amostra de 115 mães primíparas, utentes da Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (Porto).

As perguntas relativas à experiência, satisfação e dor são avaliadas numa escala do tipo *Likert* que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”). As questões que se reportam às expetativas também são do tipo *Likert* numa escala que varia entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor” ou “muito menos”, “menos”, “mais”, “muito mais”). As questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo *Likert*, variam numa escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”). Alguns dos aspetos considerados neste instrumento são: condições físicas e humanas da instituição; uso de estratégias de controlo da dor; sentimento de controlo e nível de auto-confiança; intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poder tocar e pegar no bebé. A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala. Por seu turno, a pontuação da escala total deriva da soma das pontuações obtidas nas subescalas.

Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva a percepção da mulher na dimensão avaliada.

Consequentemente, quanto mais elevada a cotação da escala total, mais positiva a experiência satisfação do parto.

As subescalas utilizadas são as seguintes:

Subescala 1 – *Condições e Cuidados Prestados*, constituída por 14 itens (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 86, 87, 88, 89, 90, 91), relativos à qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde.

Subescala 2 – *Experiência Positiva*, constituída por 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85), relativos à confirmação de expetativas, auto-controlo, auto-confiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto.

Subescala 3 – *Experiência Negativa*, constituída por 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100), que se referem ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

Subescala 4 – *Relaxamento*, constituída por 6 itens (18, 19, 20, 21, 22 e 23), relativos à experiência de relaxamento durante o trabalho de parto e parto.

Subescala 5 – *Suporte*, constituída por 3 itens (36, 37 e 38), relativos ao apoio proporcionado por pessoas significativas.

Subescala 6 – *Suporte do Companheiro*, constituída por 8 itens (30, 31,32, 33, 34, 35, 64, 65), relativos especificamente ao apoio do companheiro.

Subescala 7 – *Preocupações*, constituída por 14 itens (51, 52, 53, 54, 55,56, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79), referentes a preocupações com o próprio e com o bebé.

Subescala 8 – *Pós-Parto*, constituída por 25 itens (3, 6, 15, 16, 17, 26, 29, 44, 47, 50, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 78, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104), relativos a aspetos relacionados com a vivência do pós-parto.

O questionário demora aproximadamente 30 minutos a preencher.

A fiabilidade do instrumento de avaliação e de cada subescala foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach. Na Tabela 2 apresenta-se os valores obtidos neste estudo e no estudo dos autores.

Tabela 2 Consistência interna do QESP e das Subescalas

QESP	α Cronbach	
	Neste estudo	Figueiredo & Pais, (2014)
QESP Total	0,83	0,90
Condições e cuidados prestados	0,90	0,80
Experiência positiva	0,90	0,87
Experiência negativa	0,76	0,88

Tabela 3 Consistência interna do QESP e das Subescalas (Cont.)

QESP	α Cronbach	
	Neste estudo	Figueiredo & Pais, (2014)
Relaxamento	0,68	0,94
Suporte	0,81	0,79
Suporte do companheiro	0,87	0,83
Preocupações	0,85	0,86
Pós - parto	0,62	0,87

No estudo efetuado pelos autores da escala, os valores do alfa de Cronbach global e para cada sub-escala são bons ($>0,8$ a $0,9$) com exceção do Relaxamento cujo valor é muito bom ($>0,9$), e no Suporte que se revelou razoável ($>0,7$ a $0,8$).

No presente estudo, o valor global da escala é ligeiramente inferior ao dos autores, mas traduz uma boa consistência interna. Nas sub-escalas “condições e cuidados prestados”, “experiência positiva”, “suporte” e “suporte do companheiro” os alfas de Cronbach obtidos são superiores aos do estudo de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, (2004), e nas restantes subescalas obtiveram-se valores inferiores, destacando-se o “pós-parto” com $0,62$ que traduz uma fraca consistência.

2. Procedimento de Recolha de Dados

Como já foi referido anteriormente, após autorização prévia, o processo de recolha de dados foi efectuada numa Unidade Local de Saúde da região do Norte, num serviço de Obstetrícia. O preenchimento do questionário foi realizado no momento da alta hospitalar.

3. Considerações Éticas

A elaboração de qualquer investigação implica, na maioria dos casos, o levantamento de questões éticas. Relativamente ao presente estudo, convém salientar que este vai incidir sobre uma população autónoma, tendo em conta que os participantes são todos maiores de idade. No entanto, foi garantido aos participantes o anonimato e confidencialidade dos dados, respeitando a sua vontade caso decidissem não participar no estudo. Os questionários, quando aplicados, foram acompanhados por um documento de consentimento informado e esclarecido.

No que se refere à autorização para a realização deste estudo, foi realizado um pedido à administração da ULS, que posteriormente foi avaliado e autorizado pela Comissão de Ética dessa mesma unidade.(anexo 3)

4. Procedimentos Estatísticos

Os dados recolhidos foram organizados numa base de dados informatizada e toda a análise estatística concretizou-se utilizando o software SPSS versão 22. A descrição dos dados é apresentada sob a forma de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e na forma de médias, desvios padrão, medianas e valores máximo e mínimo para variáveis contínuas.

A fiabilidade da QESP e de cada subescala foi quantificada recorrendo ao alfa de Cronbach. Considerando alguns estudos efetuados sobre esta temática, em que concluíram que as Primigestas (mulheres que tiveram apenas uma gravidez) apresentam menor conhecimento do parto, menores níveis de controlo e confiança face ao momento do parto, em relação às mulheres com gravidez prévia. Referem também que as Multigestas (mulheres que tiveram mais do que uma gravidez) apresentam melhor ajustamento em relação às expectativas com o trabalho de parto e parto, além disso, demonstram sentir-se mais satisfeitas que as primigestas (Silva, 2011). Com base neste facto, todas as análises foram feitas separadamente em primigestas e multigestas.

As hipóteses colocadas neste trabalho de investigação têm como base a comparação entre mulheres que frequentaram PPP e as que não frequentaram PPP. Para a comparação de variáveis categóricas entre os dois grupos recorreu-se ao teste de qui quadrado. Para a

comparação de médias entre os dois grupos quando as variáveis apresentaram distribuição normal utilizou-se o t de Student. Nas situações em que não se verificou distribuição normal, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. A normalidade de variáveis contínuas foi testada com o teste de Kolmogorov-Smirnov.

CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos através do questionário sociodemográfico são apresentados na Tabela 3, separadamente para primigestas e multigestas.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com os dados sociodemográficos

	PRIMIGESTAS (n=57)		MULTIGESTAS (n=48)		TOTAL (n=105)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
<20 anos	4	7,0	0	0	4	3,8
20 a 24 anos	13	22,8	6	12,5	19	18,1
25 a 29 anos	18	31,6	8	16,7	26	24,8
30 a 34 anos	18	31,6	25	52,1	43	41,0
>34 anos	4	7,0	9	18,8	13	12,4
Habilitações Literárias						
1.º Ciclo	1	1,8	1	2,1	2	1,9
2.º Ciclo	3	5,3	8	16,7	11	10,5
3.º Ciclo	14	24,6	10	20,8	24	22,9
Secundário	15	26,3	14	29,2	29	27,6
Bacharelato	1	1,8	1	2,1	2	1,9
Licenciatura	23	40,4	13	27,1	36	34,3
Outro	0	0	1	2,1	1	1,0
Situação Profissional						
Ativa	28	49,1	31	64,6	59	56,2
Desempregada	29	50,9	17	35,4	46	43,8

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com os dados sociodemográficos (cont.)

	PRIMIGESTAS (n=57)		MULTIGESTAS (n=48)		TOTAL (n=105)	
	n	%	n	%	n	%
Situação profissional do companheiro						
Ativo	48	84,2	44	91,7	92	87,6
Desempregado	9	15,8	4	8,3	13	12,4
Estado civil						
Casada	16	28,1	28	58,3	44	41,9
União de facto	25	43,9	12	25,0	37	35,2
Solteira	16	28,1	8	16,7	24	22,9
Meio de residência						
Rural	24	42,1	11	22,9	35	33,3
Urbano	33	57,9	37	77,1	70	66,6
Nacionalidade						
África do Sul	1	1,8	0	0	1	1
Espanhola	1	1,8	0	0	1	1
Francesa	1	1,8	0	0	1	1
Portuguesa	54	94,7	46	95,8	100	95,2
Romena	0	0	1	2,1	1	1
Santomense	0	0	1	2,1	1	1
Nacionalidade do companheiro						
Espanhola	0	0	1	2,1	1	1
EUA	1	1,8	0	0	1	1
Portuguesa	56	98,2	45	93,8	101	96,2
Romena	0	0	1	2,1	1	1
Santomense	0	0	1	2,1	1	1

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com os dados sociodemográficos (cont.)

	PRIMIGESTAS (n=57)		MULTIGESTAS (n=48)		TOTAL (n=105)	
	n	%	n	%	n	%
Profissão						
Estudante	6	10,5	2	4,2	8	7,6
Doméstica	8	14	6	12,5	14	13,3
Grupo 2	18	31,6	7	14,6	25	23,8
Grupo 3	2	3,5	1	2,1	3	2,9
Grupo 4	2	3,5	0	0	2	1,9
Grupo 5	9	15,8	21	43,8	5	28,6
Grupo 6	1	1,8	0	0	1	1
Grupo 7	0	0	1	2,1	1	1
Sem profissão	11	19,3	10	20,8	21	20
Profissão do companheiro						
Estudante	3	5,3	1	2,1	4	3,8
Grupo 1	1	1,8	0	0	1	1
Grupo 2	9	15,8	2	4,2	11	10,5
Grupo 3	0	0	1	2,1	1	1
Grupo 5	14	24,6	20	41,7	34	32,4
Grupo 6	4	7	3	6,2	7	6,7
Grupo 7	18	31,6	14	29,2	32	30,5
Grupo 8	1	1,8	1	2,1	2	1,9
Grupo 9	5	8,8	4	8,3	9	8,6
Sem profissão	2	3,5	2	4,2	4	3,8

De acordo com a Tabela 3, a amostra é composta por 105 parturientes, das quais 57 (54,3%) são primigestas e as restantes são multigestas.

Nas **primigestas** as faixas etárias a destacar são dos 25 a 29 anos e dos 30 a 34 anos, que correspondem a 63,2% (n=36) dessas inquiridas, seguindo-se a faixa etária dos 20 a 24 anos, 22,8% (n=13). Quanto às habilitações literárias, cerca de 40% (n=23) das primigestas possuem licenciatura e no que respeita à sua situação profissional, 51% (n=29) estão desempregadas. Quanto à situação profissional do companheiro, 84% (n=48) têm emprego.

No que respeita ao estado civil, 44% (n=25) das primigestas vivem em união de facto, 28,1% (n=16) são casadas e igual percentagem 28,1% (n=16) de primigestas são solteiras. No que se refere ao local de residência, 58% (n=33) das primigestas residem em meio urbano. Quanto à nacionalidade, cerca de 95% (n=54) das mulheres são portuguesas, sendo essa percentagem de 98% (n=56) nos companheiros.

Quanto à profissão, recorreu-se à Classificação Portuguesa das Profissões 2010, cerca de 32% (n=18) têm profissões do grupo 2 – Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, 16%, (n=9) do grupo 5- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores, 11% (n=6) são estudantes.

Quanto à profissão dos companheiros, as mais comuns são o grupo 7- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices 32% (n=18), o grupo 5 - Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores e o grupo 2- Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, 25% (n=14) e 16% (n=9), respetivamente.

No grupo de **multigestas** e de acordo com os dados sociodemográficos apresentados na Tabela 3, verifica-se que a faixa etária mais evidenciada é a dos 30 a 34 correspondendo a 52% (n=25) dessas inquiridas, seguindo-se a faixa etária dos mais de 34 anos, 19% (n=9).

Quanto às habilitações literárias, cerca de 29% (n=14) das multigestas possuem o ensino secundário e 27% (n=13) têm licenciatura. Em relação à situação profissional constata-se que 65% (n=31) das mulheres está ativa e apenas 35% (n=17) se encontra desempregada, relativamente aos companheiros, 92% (n=44) são ativos.

Quanto ao estado civil, 58% (n=28) das inquiridas são casadas. Em relação à residência a maioria das multigestas, 77% (n=37) habitam em meio urbano. Relativamente à

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

nacionalidade, 96% (n=46) das multigestas são portuguesas, sendo essa percentagem de 94% (n=45) para os companheiros.

A distribuição das inquiridas em relação à profissão revelou que 44% (n=21) têm profissões do grupo 5- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores e 15% (n=7) pertencem ao grupo 2 – Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas. Quanto à profissão dos companheiros, as mais comuns são: o grupos 5 - Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores 42% (n=20), o grupo 7- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices 30% (n=14) e o grupo 9- Trabalhadores não Qualificados 8% (n=4).

Na Tabela 4 apresenta-se a distribuição da amostra para as variáveis relacionadas com a gestação atual, separadamente para primigestas e multigestas.

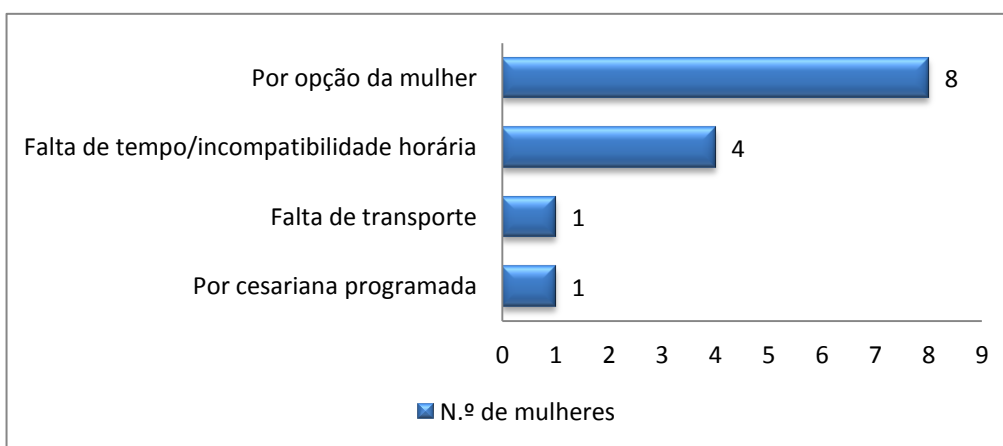
Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com os dados relativos à gestação atual

	Primigesta (n=57)		Multigesta (n=48)		Total (n=105)	
	n	%	n	%	n	%
Gravidez desejada						
Por si	4	7,0	0	0	4	3,8
Pelo pai	0	0	1	2,1	1	1,0
Por ambos	53	93,0	47	97,9	100	95,2
Gravidez não desejada						
Por si	0	0	1	2,1	1	1,0
Pelo pai	4	7,0	0	0	4	3,8
Por ambos	0	0	0	0	0	0
Fez preparação para o parto						
Sim	43	75,4	14	29,2	57	54,3
Não	14	24,6	34	70,8	48	45,7
Esclarecida sobre o tipo de parto						
Sim	57	100	46	95,8	103	98,1
Não	0	0	2	4,2	2	1,9
Parto desejado						
Normal	54	94,7	39	81,2	93	88,6
Cesariana	3	5,3	9	18,8	12	11,4
Parto ocorrido						
Normal	32	56,1	31	64,6	63	60,0
Cesariana	25	43,9	17	35,4	42	40,0

De acordo com a Tabela 4, das primigestas 93% (n=53) reportaram que a gravidez atual foi desejada por ambos os progenitores. A preparação para a parentalidade foi reportada por 75,4% (n=43) das primigestas.

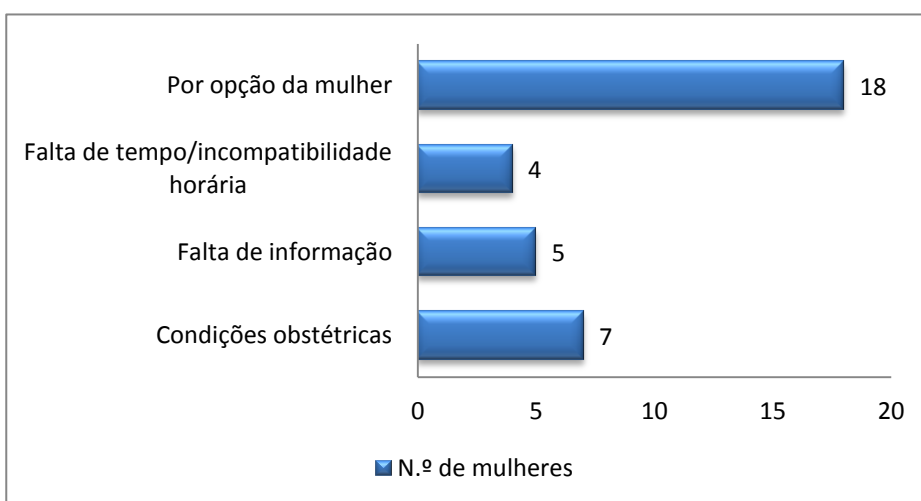
Das multigestas 98% (n=47) manifestaram que a gravidez atual foi desejada por ambos os progenitores e apenas uma mulher afirmou não desejar a gravidez. A preparação para a parentalidade foi reportada por 29,2% (n=14) das multigestas.

Figura 2. Motivos das primigestas não frequentarem PPP



Da análise dos Figura 2 verifica-se que as primigestas na maioria n=8 deram como motivo “não querer”, n=4 referem “incompatibilidade de horário” e “falta de tempo”, e as restantes n=1, “falta de transporte” e o “ser cesariana programada”.

Figura 3. Motivos das multigestas não frequentarem PPP



Quanto às multigestas, (Figura 3) as razões apontadas foram: “não querer” n=18, “condições obstétricas” n=7, “falta de informação” n=5 “falta de tempo” e “incompatibilidade de horário” n=4.

Tabela 5. Número de sessões de Preparação Para a Parentalidade

	Primigestas n=43	Multigestas n=14
Média ± desvio padrão	8.4±2.50	7.7±2.09
Mediana [Máximo e Mínimo]	8[4-15]	7[5-12]
Moda	8	6 e 7

De acordo com os dados da Tabela 5, nas primigestas, o número mínimo de sessões realizadas foi 4 e o máximo 15, sendo a moda 8 sessões. O valor médio é de 8.4 sessões e o desvio padrão 2.5.

O número de sessões de PPP das mulheres multigestas variou entre 5 e 12 sendo a moda 6 e 7. A média associada a este grupo é de 7.7 sessões e o desvio padrão 2.09.

A média na amostra total situou-se nas 8,2 sessões e a moda 8.

Tabela 6. Relação entre a frequência do PPP e o tipo de parto desejado

			Preparação para a Parentalidade		Valor – p*
			Sim	Não	
Parto Desejado	Primigestas	Normal	41 (95,3%)	13 (92,9%)	0,717
		Cesariana	2 (4,7%)	1 (7,1%)	
Multigestas	Normal	14 (100,0%)	27 (73,5%)	0,033**	
	Cesariana	0 (0,0%)	9 (26,5%)		

* valor de prova para o teste de qui-quadrado

** uma célula com número de valores esperados inferior a 5

De acordo com a Tabela 6 verificou-se que frequência de sessões de PPP não influencia o tipo de parto desejado nas primigestas ($p=0,717$), mas nas multigestas as que frequentaram PPP, há maior proporção a reportar o desejo de parto normal do que as que não frequentaram (100% versus 73,5%; $p=0,033$).

Tendo em conta o objetivo inicial, conhecer o impacto do PPP na satisfação da mulher com o parto, compararam-se os scores obtidos no QESP entre mulheres que frequentaram o PPP e mulheres que não frequentaram. Esta análise foi estratificada de acordo com o número de gravidezes anteriores.

Tabela 7. Valores médios obtidos para QESP total e subescalas em primigestas

	Média \pm desvio padrão		Valor – p*
	Com PPP n=43	Sem PPP n=14	
QESP (total)	294,2 \pm 30,12	298,7 \pm 31,36	0,630
Condições e cuidados prestados	41,4 \pm 7,34	44,21 \pm 7,96	0,230
Experiência positiva	53,4 \pm 10,78	56,14 \pm 9,76	0,405
Experiência negativa	43,4 \pm 11,65	45,4 \pm 10,64	0,574
Relaxamento	15,8 \pm 4,19	14,71 \pm 3,00	0,389
Suporte	8,9 \pm 2,83	7,5 \pm 3,41	0,143
Suporte do companheiro	24,0 \pm 7,11	22,9 \pm 7,75	0,611
Preocupações	37,7 \pm 7,67	39,71 \pm 7,19	0,384
Pós-parto	69,7 \pm 9,48	68,2 \pm 10,4	0,626

* valor de prova para o teste de comparação de médias t de Student

Com base na Tabela 7 verifica-se que nas primigestas não há diferenças estatisticamente significativas entre mulheres que frequentaram e não frequentaram o PPP nem para o QESP total (valor $p = 0,630$) assim como para as diferentes subescalas (valores p variam entre 0,143 e 0,626).

Tabela 8. Valores médios obtidos para QESP total e subescalas em multigestas

	Média \pm desvio padrão		Valor – p*
	Com PPP n=14	Sem PPP n=34	
QESP (total)	296,8 \pm 25,16	292,4 \pm 28,93	0,622
Condições e cuidados prestados	43,5 \pm 4,09	44,4 \pm 6,08	0,610
Experiência positiva	58,1 \pm 7,04	59,9 \pm 11,92	0,523
Experiência negativa	41,6 \pm 11,43	39,0 \pm 12,96	0,506
Relaxamento	16,2\pm2,29	13,1\pm5,09	0,005
Suporte	8,1 \pm 2,98	6,6 \pm 3,10	0,110
Suporte do companheiro	21,5 \pm 6,62	22,1 \pm 5,42	0,084
Preocupações	33,4 \pm 8,33	36,3 \pm 8,0	0,275
Pós-parto	66,4 \pm 10,40	71,1 \pm 11,61	0,196

* valor de prova para o teste de comparação de médias t de Student

Com base na Tabela 8 verifica-se que nas multigestas não há diferenças estatisticamente significativas entre mulheres que frequentaram e não frequentaram o PPP para o QESP total (valor p = 0,622). Relativamente às subescalas confirma-se que as mulheres com frequência de PPP apresentam scores para a subescala Relaxamento significativamente superiores aos scores obtidos pelas mulheres que não frequentaram (média \pm dp 16,2 \pm 2,29 versus 13,1 \pm 5,09; valor-p=0,005)

Quanto aos valores scores obtidos através das subescalas experiência negativa e pós parto nas quais se reportam a intensidade de dor, igualmente se compararam as mulheres que frequentaram o PPP e as que não frequentaram e estratificou-se em primigestas e multigestas.

Tabela 9. Valores obtidos para a intensidade de dor durante o trabalho de parto, parto e pós parto nas primigestas

Item	PPP	Média \pm dp	Valor-p*
Dor média TP	Sim	6,09 \pm 2,61	0,72
	Não	5,79 \pm 2,55	

* valor de prova para o teste de Mann-Whitney

Tabela 9. Valores obtidos para a intensidade de dor durante o trabalho de parto, parto e pós parto nas primigestas (Cont.)

Item	PPP	Média \pm dp	Valor-p*
Dor máxima TP	Sim	7,47 \pm 2,50	0,96
	Não	7,43 \pm 2,87	
Dor média durante P	Sim	4,00 \pm 3,03	0,12
	Não	5,29 \pm 2,64	
Dor máxima durante P	Sim	4,67 \pm 3,45	0,11
	Não	6,43 \pm 3,32	
Dor média logo a seguir ao P	Sim	4,79 \pm 2,61	0,81
	Não	5,07 \pm 2,13	
Dor média no 1º dia após P	Sim	5,74 \pm 2,49	0,27
	Não	4,86 \pm 2,85	
Dor média no 2º dia após P	Sim	5,07 \pm 2,65	0,16
	Não	3,93 \pm 2,95	
Dor média neste momento	Sim	3,84 \pm 2,36	0,25
	Não	3,14 \pm 2,63	

* valor de prova para o teste de Mann-Whitney

Nas primigestas verifica-se que as mulheres que frequentaram o PPP têm valores de score para intensidade de dor média durante o parto, dor máxima durante o parto e dor média logo a seguir ao parto, significativamente mais baixos do que as mulheres que não frequentaram o programa.

Com base na Tabela 9 verifica-se que nas primigestas não há diferenças significativas (valor- p variam entre 0,11 e 0,96)

Tabela 10. Valores obtidos para intensidade de dor durante o trabalho de parto, parto e pós parto nas multigestas

Item	PPP	Média \pm dp	Valor p*
Dor média TP	Sim	6,14 \pm 2,11	0,13
	Não	4,74 \pm 3,13	
Dor máxima TP	Sim	7,57 \pm 2,47	0,15
	Não	5,79 \pm 3,53	
Dor média durante P	Sim	4,14 \pm 2,35	0,95
	Não	4,29 \pm 3,09	
Dor máxima durante P	Sim	4,79 \pm 3,17	0,99
	Não	4,71 \pm 3,46	
Dor média logo a seguir ao P	Sim	3,64 \pm 1,78	0,64
	Não	4,32 \pm 2,56	
Dor média no 1º dia após P	Sim	4,07 \pm 2,37	0,06
	Não	5,67 \pm 2,74	
Dor média no 2º dia após P	Sim	3,86 \pm 2,74	0,14
	Não	5,12 \pm 2,69	
Dor média neste momento	Sim	2,79 \pm 2,29	0,12
	Não	3,82 \pm 2,43	

* valor de prova para o teste de Mann-Whitney

Nas multigestas, Tabela 10, verifica-se que as mulheres que frequentaram o PPP têm valores de score para intensidade de dor média logo a seguir ao parto, no 1º e 2º dia pós parto e no momento da alta, significativamente mais baixos do que as mulheres que não frequentaram o programa.

Dado que a literatura aponta para níveis de satisfação diferenciados quando o parto ocorrido coincide ou não com o desejado, fez-se uma análise tendo em conta a concordância entre parto desejado e parto conseguido.

Se uma mulher desejava um parto normal e teve um parto normal é classificada como concordante, bem como a que desejava uma cesariana e a conseguiu. As que desejavam um tipo de parto e tiveram outro, formam classificadas como não concordantes.

Neste sentido, apresentam-se nas Tabelas 11 e 12 a distribuição da amostra em estudo atendendo ao número de gravidezes e a concordância com o parto.

Tabela 11. Distribuição da amostra de acordo com o parto desejado e o ocorrido nas primigestas

PRIMIGESTAS		OCORRIDO		TOTAL
		normal	cesariana	
DESEJADO	normal	31	23	54
	cesariana	1	2	3
TOTAL		32	25	57

De acordo com os dados acima expostos, das 54 primigestas que desejavam parto normal 31 conseguiu-o. Por conseguinte das 23 primigestas que desejavam parto normal não lhes foi possível concretizá-lo. Das parturientes que desejavam cesariana 2 conseguiram este tipo de parto, ou seja nas primigestas há 33 concordantes com o parto e 24 discordantes.

Tabela 12. Distribuição da amostra de acordo com o parto desejado e o ocorrido nas multigestas

multigestas		ocorrido		Total
		normal	cesariana	
Desejado	normal	29	10	39
	cesariana	2	7	9
TOTAL		31	17	48

De acordo com os dados da Tabela 12, das 39 multigestas que desejavam parto normal 29 conseguiu-o. Por conseguinte das 10 multigestas que desejavam parto normal não lhes foi possível concretizá-lo. Das parturientes que desejavam cesariana 7 conseguiram este tipo de parto, ou seja nas multigestas há 36 concordantes com o parto e 12 discordantes.

No entanto podemos afirmar que a percentagem de concordância nas mulheres multigestas é superior à das primigestas.

Aquando inquiridas quanto ao porquê do tipo de parto ocorrido (parto por cesariana), n=8 referiram “parto estacionário”; n=6 “sem dilatação”; n=4 “incompatibilidade feto pélvica” n=2 “Hipertensão arterial” e “complicações durante o parto” e n=1 “cesariana eletiva”.

Nas multigestas, a cesariana eletiva é o mais comum, seguindo-se o parto estacionário e a falta de dilatação.

Considerando agora os dois grupos envolvidos no estudo primigestas e multigestas, vai-se verificar se há uma relação significativa entre a concordância com o parto e o ter frequentado sessões de PPP.

Tabela 14. Distribuição das primigestas em função da concordância com o parto e frequência de sessões de PPP

Concordância parto	Com PPP (n=43)		Sem PPP (n=14)		Valor-p*
	n	%	n	%	
Concordantes	23	53,5	10	71,4	0,238
Não concordantes	20	46,5	4	28,6	

* valor de prova para o teste de qui-quadrado

Com base nos dados da Tabela 13, é possível verificar que 53,5% das concordantes fizeram PPP, sendo essa percentagem de 71,4% nas que não fizeram PPP. Mas, o valor de prova obtido no teste do qui-quadrado é superior a 5% pelo que não há uma relação significativa entre a concordância e as sessões de PPP.

Tabela 14. Distribuição das multigestas em função da concordância com o parto e frequência de sessões de PPP

Concordância parto	Com PPP (n=14)		Sem PPP (n=34)		Valor – p*
	n	%	n	%	
Concordantes	11	78,6	25	73,5	0,714
Não concordantes	3	21,4	9	26,5	

* valor de prova para o teste de qui-quadrado

Relativamente às multigestas, Tabela 14, 78,6% das concordantes fizeram PPP sendo essa percentagem de 73,5% nas mulheres que não fizeram PPP. De acordo com esta análise não há diferenças na proporção das mulheres concordantes para o tipo de parto entre as que fizeram PPP e as que não o fizeram ($p=0,714$).

Da mesma forma que se compararam os valores score obtidos para o QESP total e subescalas entre as mulheres que fizeram PPP e as que não fizeram, esta análise vai restringir-se apenas às mulheres concordantes para o tipo de parto.

Tabela 15. Valores médios obtidos para QESP total e subescalas em primigestas concordantes(n=33)

	Com PPP		Sem PPP		Valor-p*
	Média	dp	Média	Dp	
QESP	309,0	25,9	294,9	26,8	0,198
Condições e cuidados prestados	41,9	7,1	43,1	8,2	0,592
Experiência positiva	59,4	8,5	55,9	5,6	0,071
Experiência negativa	47,2	11,5	50,4	3,4	0,805
Relaxamento	17,1	3,5	14,4	1,4	0,034
Suporte	10,2	2,0	7,7	3,6	0,078
Suporte do companheiro	25,8	8,2	23,1	9,6	0,621
Preocupações	38,1	8,5	35,2	2,7	0,198
Pós-parto	69,3	10,3	65,0	6,3	0,263

* valor de prova para o teste t de Student

Através da análise da Tabela 15, é possível constatar que nas primigestas embora não haja diferenças significativas para QESP total, no entanto as que frequentaram PPP apresentam valores para a subescala Relaxamento significativamente superiores aos valores obtidos nas mulheres que não frequentaram PPP (média \pm dp 17,1 \pm 3,5 versus 14,4 \pm 1,4; $p=0,034$).

Tabela 16. Valores médios obtidos para QESP e sub-escalas nas multigestas concordantes (n=36)

	Com PPP		Sem PPP		P
	Média	dp	Média	dp	
QESP	300,5	24,3	298,7	27,6	0,839
Condições e cuidados prestados	43,5	4,0	45,4	6,2	0,247
Experiência positiva	64,4	6,2	62,4	12,2	0,636
Experiência negativa	44,1	10,6	42,0	13,0	0,761
Relaxamento	16,8	2,2	13,6	5,1	0,026*
Suporte	8,0	3,1	6,2	3,1	0,124
Suporte do companheiro	26,2	7,1	22,9	5,2	0,022*
Preocupações	33,73	7,6	36,4	8,7	0,342
Pós-parto	63,8	10,2	69,8	11,9	0,172

* valor de prova para o teste t de Student

Por sua vez, no que se refere, às multigestas concordantes vai-se comparar os resultados obtidos na escala QESP e em cada sub-escala, atendendo à frequência de aulas PPP, à semelhança do efetuado para as primigestas. Na Tabela 16, apresenta-se a média e o desvio padrão para cada grupo, bem como o valor de prova obtido no teste t de Student.

Da análise dos valores médios, e valores de prova de cada teste, foi possível constatar que há diferenças estatisticamente significativas nas sub-escalas relaxamento (média±dp 16,8±2,2 versus 13,6±5,1; p=0,026) e suporte do companheiro (média±dp 26,2±7,1 versus 22,9±5,2; p=0,022), apresentando maior satisfação as mulheres multigestas concordantes que frequentaram PPP.

CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à discussão dos resultados, tendo em consideração as hipóteses levantadas no presente estudo e o seu enquadramento com os pressupostos teóricos. Relativamente à presente investigação, é importante referir que alguns dos resultados obtidos não se apresentam estatisticamente significativos e apenas poderão ser considerados como tendências.

De acordo com **Hipótese 1** que afirma que **a frequência do PPP permite na mulher uma experiência/vivência positiva no parto**, não foi possível constatar que o PPP influencia a experiência/vivência positiva no parto. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de a frequência do programa não ser determinante para a mulher avaliar como positiva a sua experiência no parto, podendo haver variáveis com maior impacto nesta dimensão, como o tipo de parto, presença de uma pessoa significativa, participação ativa nas decisões relativas ao trabalho de parto e parto. Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003) concluíram no seu estudo, que a experiência de parto da mulher é mais positiva quando têm um parto eutócico em vez de uma cesariana e é significativamente mais positiva no caso de terem tido analgesia/anestesia epidural, quer no parto eutócico, quer na cesariana, do que não terem tido analgesia ou terem tido anestesia geral, pelo que constataram que a dor sentida durante o parto também é um fator importante enquanto influenciador da experiência de parto. Os mesmos autores em (2004), afirmam que o tipo de parto interfere na experiência e satisfação da mulher com o parto, bem como no estabelecimento da ligação inicial da mãe ao bebé e nos cuidados que lhe presta, sendo que o parto eutócico é o que está ligado a maiores níveis de satisfação, a uma perceção mais positiva do parto e a uma ligação mais adequada com o bebé.

Por sua vez, num estudo realizado por Silva (2011), constatou que a satisfação das parturientes se associa e/ou dependem do ajustamento das expectativas com o TP e P, e também com as condições das instalações e profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto.

Relativamente à **Hipótese 2, a frequência do PPP facilita o relaxamento da mulher no parto**, os resultados obtidos confirmam a hipótese e revelaram-se estatisticamente significativos no grupo de mulheres multigestas, ou seja, as mulheres que frequentaram o programa apresentaram maior nível de relaxamento de que as que não frequentaram.

Bezerras & Cardoso (2006) aludem no seu estudo que as atitudes, o modo como a parturiente usa o seu corpo e o seu comportamento durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas na vigilância pré-natal, do contexto socioeconómico e da sua personalidade.

Perante as evidências científicas, a experiência do parto anterior e as informações obtidas com outras mulheres são as bases da construção das suas expectativas em relação ao parto, é neste contexto que o programa de preparação para a parentalidade realiza sessões de esclarecimento em grupo com vista à partilha de conhecimentos entre as utentes/família e a EESMO.

Segundo Silva, (2011) as mulheres que frequentam cursos de preparação para o parto afirmam estar mais relaxadas durante o parto, bem como, afirmam contar com um maior apoio dos companheiros.

Num estudo efectuado por Correia, (2011) cujo objetivo era averiguar a percepção das puérperas sobre os contributos do PPP para o trabalho de parto e parto. Da análise de conteúdo do total das entrevistadas mostrou que a maior parte das puérperas aplicou as principais técnicas apreendidas no PPP, a dor foi o principal factor constrangedor. Todas concordaram que o uso das técnicas de respiração e relaxamento ajudaram a mulher a controlar a dor, ansiedade o medo e a incerteza.

No que diz respeito à **Hipótese 3, as mulheres que frequentaram o PPP apresentam-se mais satisfeitas com o suporte do companheiro do que aquelas que não frequentaram o programa**, os resultados obtidos não permitiram verificar a hipótese. Apenas quando o tipo de parto ocorrido coincide com o tipo de parto desejado no grupo das mulheres multigestas, os resultados apresentaram-se estatisticamente significativos.

MacLean, McDermott & May (2000), no conjunto dos achados sobre as expectativas gerais das gestantes, referem que a maioria suplanta positivamente tais expectativas, o que

pressupõe a inclusão do acompanhante escolhido pela parturiente e a participação ativa do pai. Assim, esta é uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que deve ser encorajada como um princípio de humanização da assistência do parto (Carvalho, 2003) e como um elemento de apoio e partilha de sentimentos, uma antecipação e representação não reais e mais negativas da experiência do parto.

Pousa (2013) no seu estudo “Saberes e competências do pai, com preparação para o parto durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de Enfermagem” concluiu que os pais procuraram obter informação e apoio por parte dos profissionais de saúde. Os pais consideraram também as sessões de preparação para o parto muito importantes, tendo nelas obtido saberes e competências que lhes permitiram ajudar as mulheres. Em alguns casos referiram sentir-se melhor preparados e menos ansiosos para o momento do trabalho de parto e parto e, na sua perspectiva, foram um elemento facilitador para a experiência e perceção da mulher neste acontecimento.

No que se refere à **Hipótese 4, a frequência do PPP influencia a percepção da intensidade da dor no TP, P e PP**, os resultados obtidos, ainda que não estatisticamente significativos, permitiram verificar que as primigestas que frequentaram o programa apresentaram valores de score menores para a intensidade da dor durante o parto e logo a seguir ao parto quando comparadas com as que não frequentaram.

Conforme Ziegel e Cranley (1985), a mulher preparada é menos incomodada pela dor do trabalho de parto do que a não preparada, revelando que há influência da preparação na percepção dos cuidados no alívio da dor. Neste sentido, Leventhal et.al. (1989) procuraram testar numa amostra de 84 mulheres com gravidez normal e o efeito da preparação para o parto. Assim, dividiram as utentes em 2 grupos: as que frequentaram Preparação para o Parto e as que não o fizeram. Os autores foram avaliando a progressão de trabalho de parto, o tipo e a frequência da medicação para as dores, assim como o índice de *apgar* dos bebés participantes no estudo. Dos achados da investigação verificaram que as mulheres que frequentaram a Preparação para o Parto reportam mais energia na fase 1, menos dor na fase 2, menos medo, menos cansaço, menos tristeza em geral, pelo que os autores concluíram que a Preparação para o Parto ajuda a mãe a formar expectativas realistas em

relação ao parto e gera um sentimento de segurança que reduz a dor e o mau estar inicial e beneficia emoções positivas na finalização do parto.

Também Silva (2011) no seu estudo, verificou que a preocupação da parturiente tende a ser mais elevada com a dor sentida no pós-parto, comparativamente com a dor sentida durante o trabalho de parto e parto. Este achado corrobora com os resultados obtidos nesta pesquisa. As investigações apontam que o promover de uma experiência de parto positiva, propicia o bem-estar da mulher /bebé e da família durante o puerpério.

Relativamente à **Hipótese 5** que afirma que **a frequência do PPP influencia o tipo de parto desejado**, os resultados obtidos demonstram que nas multigestas há maior proporção das que preferem parto normal entre as que frequentaram do que entre as que não frequentaram.

Marut e Mercer (1979), aplicaram 48 horas após o parto, a «Perception of Birth Scale», com vista a avaliar as perceções acerca da experiência de parto, em dois grupos de mulheres norte-americanas (N=50): 30 que tiveram um parto normal e 20 que tiveram um parto por cesariana. Verificaram que as mulheres com um parto normal percecionam de forma muito mais positiva a experiência de parto do que as mulheres que foram sujeitas a uma cesariana.

A preocupação com a excessiva intervenção no trabalho de parto e no nascimento, e o aumento da taxa de cesarianas, é transversal à maior parte dos países, tendo a OMS emitido recomendações no sentido de definir “trabalho de parto normal”, identificar as práticas mais comumente utilizadas durante o parto e estabelecer normas de boas práticas na assistência ao parto sem complicações. Obstetras, enfermeiros especialistas e representantes dos cidadãos, a nível nacional, em Maio de 2012 editaram um livro em que se propuseram construir um consenso sobre os conceitos, os princípios e as práticas promotoras do parto natural.

Desse documento “pelo direito ao parto normal” resultaram diversos princípios para alcançar resultados de excelência na assistência materna dos quais se ressaltam:

- ✓ A vigilância pré natal acompanhada de preparação para o parto e parentalidade adequadas são factores determinantes para a promoção do parto normal.

- ✓ O facultar e habilitar as mulheres para o auto cuidado contribui para o sucesso das medidas implementadas, no sentido da promoção da saúde do parto normal.

O estudo de impacto do tipo de parto tem sido alvo do interesse de vários investigadores, os quais, verificaram que geralmente as mulheres com um parto normal relatam maior satisfação, têm uma perceção mais positiva do parto, assim como estabelecem uma relação mais adequada com o bebé. (Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, 2003)

No que diz respeito à **Hipótese 6: Nas mulheres concordantes a frequência do PPP influencia a experiência e a satisfação da mulher com o parto** os resultados obtidos confirmam a hipótese e revelaram-se estatisticamente significativos para as dimensões relaxamento e suporte do companheiro no grupo de mulheres multigestas e para a dimensão relaxamento no grupo das primigestas..

De salientar que o bem-estar psicológico da mulher beneficiará se as expetativas que a parturiente tinha elaborado relativamente ao parto se confirmarem (Green, Coupland & Kitzinger, 1990; Green, 1993, cit. por Conde & Figueiredo, 2007).

A este propósito, também Domingues, Santos & Leal, (2004) referiram que, quer a presença do companheiro, quer a preparação para o parto, são fatores que contribuem para a satisfação com o trabalho de parto e parto, possibilitando maior participação no processo e o aumento da perceção de controlo da situação.

Assim, com base nas anteriores evidências, constata-se que o PPP trás segurança e maior capacidade à mulher para enfrentar o desconhecido através das técnicas de relaxamento utilizadas durante o TP, P e PP bem como a participação ativa do companheiro neste processo. Reforçando ainda a ideia de que o acompanhamento da mulher em trabalho de parto e no parto facilitam uma maternidade segura e a aquisição de conhecimentos prévios (durante a gravidez) facultam à mulher expetativas que se forem confirmadas proporcionam-lhe uma experiência positiva do parto.

CONCLUSÃO

A questão que norteou o presente estudo sustenta-se no pressuposto de que as intervenções de Enfermagem visam ganhos em saúde e também a multiplicidade ou complementaridade de serviços que são proporcionados contribuem para ganhos acrescidos.

O PNS (Portugal, 2013) constitui-se como um importante instrumento que caracteriza o estado de saúde da população, inclui estratégias para a consecução de mais e melhor saúde, define áreas prioritárias de intervenção e monitoriza resultados. Nestas estratégias valoriza o contexto familiar e o ciclo vital do indivíduo, onde nascer com saúde que abrange a gravidez e o período neonatal e o crescer em segurança nos primeiros anos de vida.

Os Ganhos Potenciais em Saúde são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis (Portugal, 2013).

A saúde mental da mulher no pré-parto e no primeiro ano após parto, o incentivo à visita domiciliária no período pós parto e a preparação para o parto e parentalidade são algumas das orientações estratégicas em que os CSP assumem particular responsabilidade, visando o aumento da qualidade de vida da mulher / família nesta etapa.

Neste contexto, decorreu a presente investigação sustentada no âmbito profissional onde se desenvolveu o estudo visando conhecer o impacto do PPP na experiência e satisfação das mulheres com o parto, numa perspetiva da gestão dos cuidados.

Assim, das 105 mulheres que pariram no período em estudo, 54,3% frequentaram as sessões de preparação para a parentalidade e as restantes 45,7% não o fizeram. Das que frequentaram o PPP 75,4% são primigestas e 29,2% são multigestas.

Não se registam diferenças significativas entre o grupo das primigestas que frequentaram e as que não frequentaram PPP, nem para os scores do QESP total ($p=0,630$) nem para as subescalas referentes à experiência positiva ($p=0,405$), relaxamento ($p=0,389$) e suporte do companheiro ($p=0,611$). Nas multigestas com e sem frequência de PPP não há diferenças

para os scores de QESP total ($p=0,622$) nem para as subescalas referentes à experiência positiva ($p=0,523$) e suporte do companheiro ($p=0,084$), mas neste grupo as que frequentaram PPP apresentaram melhor score para a subescala do relaxamento ($p=0,005$).

Nas primigestas que frequentaram o programa encontraram-se valores de score menores para a intensidade da dor durante o parto e logo a seguir ao parto quando comparadas com as que não frequentaram, em relação às multigestas encontram-se valores de score mais baixos para a intensidade da dor logo a seguir ao parto até ao momento da alta.

Os resultados indicaram que a frequência do PPP não influencia a preferência de parto normal nas primigestas ($p=0,717$), mas nas multigestas há maior proporção das que preferem parto normal entre as que frequentaram do que entre as que não frequentaram PPP (100% versus 73,5%; $p=0,033$). O planeamento efectuado pelas mulheres não parece ser um dos principais motivos para a elevada proporção de cesarianas, atribuindo-se ser uma decisão clínica relacionada com incompatibilidade feto-pélvica, alterações do bem-estar do feto, duração da gestação, influência dos profissionais.

Em analogia feita com a amostra anterior, restringiu-se a análise às mulheres em que há concordância entre o parto desejado e o parto ocorrido, revelando esta, que a frequência de PPP beneficia o relaxamento ($p=0,034$) nas primigestas e beneficia o relaxamento ($p=0,026$) e o suporte do companheiro ($p=0,022$) nas multigestas.

Analisando os resultados obtidos e com base nos diversos estudos apresentados, para que ocorra uma percepção positiva da experiência e satisfação positiva do parto, será essencial o ajustamento das expectativas durante todo o período de transição para a maternidade.

Contudo, é importante salientar, a influência da dor vivenciada pelas parturientes no trabalho de parto, parto e pós-parto e uma das preocupações na vivência deste acontecimento. Constatou-se que as inquietações com a dor tendem a aumentar durante o pós-parto, este será um período em que os profissionais de saúde, nomeadamente as EESMOs deverão ter uma atenção especial no que se refere ao apoio da puérpera/ recém-nascido e família.

Como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, e também como responsável da gestão de cuidados a este nível, é fulcral perspectivar intervenções de otimização do programa de preparação para a parentalidade que visem uma maior proximidade com as

utentes e sua família, diagnosticando as suas reais necessidades, planeando intervenções articuladas e estratégias ajustadas aos seus contextos para contribuir para a satisfação das mulheres/família.

Estratégias de otimização do programa

- As intervenções deverão propiciar o aumento da articulação, CSP e os Cuidados diferenciados sem descurar as diferentes unidades de funcionais.
- Sensibilizar e envolver a gestão e os profissionais de saúde para a promoção do programa.
- Proporcionar às utentes uma visita ao bloco de partos com intuito de desmistificar o ambiente físico onde decorre o parto.
- Incentivar as utentes a planear o seu parto, com vista a que obtenham conhecimentos para uma escolha mais esclarecida e uma intervenção mais ativa no momento do parto.
- Promover o envolvimento do pai/pessoa de referência em todo o processo de transição para a parentalidade.

Atualmente a assistência à mulher no parto continua a ser considerada um desafio, tanto no que se refere à qualidade dos cuidados oferecidos como aos significados para a mulher das suas experiências de parto. Explorar estes significados pode contribuir na adequação de práticas reconhecidamente científicas e seguras, indo ao encontro das necessidades/expetativas das mulheres no momento do parto.

BIBLIOGRAFIA

Aboim, S. & Wall, K. (2002). Tipos de família em Portugal: interações, valores, contextos. *Análise Social*, 37 (163), 475-506.

Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 91-96.

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras: APEO. (2009) – Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso – Lusociência Edições Técnicas e Científicas. Lda., ISBN: 978-972-8930-49-3

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2010). Maximizando os ganhos em saúde com práticas de qualidade..., Contributo da APEO para o PNS 2011-2016, 7 de Junho. [consult. 12 de Setembro 2014]. Disponível em: <http://www.apeobstetras.org/docs/Contributo2PNS.pdf>.

Barrett, J. & Pitman, T. (2000). *Gravidez e parto: as melhores provas*. 1ª ed. Lisboa: Editora Temas e Debates.

Bennett, S. & Nelson, J. (2010). Introduction. In Bennett, S. ; Nelson, J. – *Adult attachment in clinical social work: Practice, research, and policy*. New York: Springer. 1-17.

Bezerra M.G.A. e Cardoso M.V.L.M.L. – Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [em linha]. maio-junho, 14(3) (2006) p. 414-21. [consult. 17 de Outubro 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Attachment. London: Pimlico (1).

Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 2, 5-12.

Cadah, L. (2000). Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem sob a ótica da Satisfação dos Pacientes. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientada pela Professora Doutora Tamara I. Cianciarullo.

Camarneiro, A. P. & Justo, J. M. (2010). Padrões de Vinculação Pré-natal, Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-21.

Canaval, G. E; Jaramillo, C. D. & Rosero, D. H. (2007). La Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el parto. *Revista Aquichan*, 7 (1)

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, A., Santos, S. & Mendes, V. (2007). O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? *Revista Diálogos Possíveis*, Jan/Jun. 143-159.

Carvalho, M. (2003). Participação dos Pais no Nascimento em Maternidade Pública: Dificuldades Institucionais e Motivações dos Casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (2), 389-398.

Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In Cassidy, J.; Shaver, P. ed. lit. – *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. (2a ed.). New York: The Guilford Press. 3-22.

Castilho, T. (2003). Painel: família e relacionamento de gerações. Congresso Internacional de Educação. SESC São Paulo.

Circular Normativa n.º2 de 24 de Fevereiro de 2006 (2006.) “Preparação para o Parto – Método Psicoprofilático”. Administração Regional de Saúde do Norte. ARS Norte. Porto

Circular normativa n.º 2 de 16 de Janeiro de 2006. (2006). Prestação de cuidados pré-concepcionais. Divisão de Saúde Materno, Infantil e dos Adolescentes. Ministério da Saúde. Lisboa.

Collière, M. F. (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). Gravidez: A experiência Psicológica. Lisboa: Edições Colibri.

Conde, A., Figueiredo, B. (2007). “Preocupações de pais e mães, na gravidez, parto e pós-parto”. *Análise Psicológica*. Lisboa. 25 (3), 381-398.

Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). “Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós parto”. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.8 n.1 Lisboa. 49-66

Correia, M. B. V. E. A. (2011). (Re)educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo com puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático, Dissertação de mestrado da Universidade do Minho. Braga.

Costa, E. I, & Jurado, R. A. (2006). Interação em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, IIª Série, N.º2, 43-49

Costa, J. A. & Melo, A. S. (1998). *Dicionário da Língua Portuguesa – Porto Editora Lda., Porto: 8ª Edição,*

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 47-67.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Portugal. vol. V, 002: 159-187.

Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Questionário de Antecipação do Parto (QAP) - *Psicologia, Saúde & Doenças*, 38: 265-295.

Couto, G. (2003), Preparação para o parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural, Loures, Lusociência.

Couto, G. (2006). *Conceptualização pelos enfermeiros de preparação para o parto*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Quarteto editora. Coimbra.

Cunningham, F.; Leveno, K.; Bloom, S.; Hauth, J.; Rouse, D.; & Spong, C. (2012). *Obstetrícia de Williams (23ª Ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Decreto-Lei n.º157 de 10 de Maio de 1999. (1999). *Estabelece o Regime de Criação, Organização e Funcionamento dos Centros de Saúde*. Diário da República n.º108/99 – I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dias, M. A. B. & Deslandes, S. F. (2006). *Expetativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência*. Cad. Saúde Pública. [em linha]. Rio de Janeiro, dez 22(12). 2647-2655. [consult. 13 de Outubro 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=pt&nrm=iso&tl..

Diniz C. S. G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese de Doutorado. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo;

Domingues, R. M. S. M.; Santos, E. M. S. & Leal, Maria C. (2004). *Aspetos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate – Cadernos de Saúde Pública*, 20.

Draper, J. (2003). “Men’s passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory”. *Nursing Inquiry*, 10 (1), 66-78.

Enkin M.; Keirse M.J.C; Neilson J.P; Crowther C; Duley L, Hodnett E, et al. (2005). *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*.; Rio de Janeiro Guanabara Koogan.

Feeney, J. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. California: Sage Publications.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, (3) nº3. 521-539.

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: expetativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 47-67.

Fine, M. & Kurdek, L. A. (1993). Reflections on determining authorship credit and authorship order on faculty-student collaborations. *American Psychologist*, 48, 1141-1147 [consult.17deOutubro2014]..Disponível em: <http://www.apa.org/journals/amp/kurdek.html>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freixo, J. M.V., (2010), *Metodologia Científica*, Editora Piaget. Lisboa

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.

Green, J; Coupland, V. & Kitzinger, J. (1993). Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women – *Birth*, 17 (1): 15-24.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação* (2.^a ed.). Lusociência, Loures.

Harwood, K. (2004). *Women's Parenting Expectations and their influence on adjustment to parenthood – Thesis of PhD of Philosophy/Master's degree of Psychology (Clinical)*, The University of Western Australia

Hentschel, F.B.L.; Oliveira, D.L.L.C. & Espírito Santo, L.C. (1993). Sentimentos e percepções do pai quanto a sua presença na sala de partos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 14 (1) 34-39.

Hodnett E. D; Gates S; Hofmeyer G.J. & Sakala C. (2002). Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford: Update Software.

Hodnett, E. D; Downe, S.; Edwards, N. & Walsh, D. (2002). “Home-like versus conventional institutional settings for birth”. Cochrane Database Syst Rev. 2002. Evidence-Based Medicine, (1)7-105.

Instituto Nacional de Estatística (2010). Classificação Portuguesa das Profissões. Edição 2011. [consult. 2 de Abril de 2014]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2

Jaddoe, V. (2009). Antenatal Education Programmes: Do They Work?. The Lancet, 374(12), 863-864.

Johansson, P; OléniI, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study – Nordic College of Caring Sciences, Scandinavian Journal Caring Science, 16: 337-344.

Kitzinger S. (1996). Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença;

Knoester, C. & Eggebeen, D. J. (2001). “Does fatherhood matter for men?”. Journal of Marriage and Family, 63, 381-393.

Le Gall, J; Montgomery C. & Cassan, C. (2009). L’invisibilité de la participation des hommes immigrants dans les soins à leur famille, in M. E. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues, Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família, PsicoSoma, Viseu, 73-92.

Leandro, M. E. (1994). Complexidade das estruturas familiares na sociedade moderna, Revista Teológica, 2ª série, 29 (2), 13-29.

- Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Leventhal, E.A., Leventhal, H., Shacham, S., & Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 365-371
- Mac L. L.I.; McDermott, M. R. & May, C. P. (2000). Method of delivery and subjective distress: Women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 18(2).
- Maldonado, M. T. & Canella, P. (1981). *A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. F. S. V. (2009), Preparação para nascer: a família e o enfermeiro como suporte social na gravidez, in M. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues, *Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*, Viseu: Psicosoma. 251-263.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primíparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28 (5), 260-266.
- Mazzieri, S. P. M. & Hoga, L. A. K. (2006). "Participação do pai no nascimento e parto: Revisão da literatura". *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (2), 166-170.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* – Springer Publishing Company, New York.
- Mendes, F. (2009). As vulnerabilidades da Educação para a Saúde, *in* M. Lopes, F. Mendes, A. Moreira (coord.), *Saúde, Educação e Representações Sociais. Exercícios de diálogos e convergência*, Coimbra, Formasau, 163-172.

Morgado, C.; Pacheco, C.; Belém, C. & Nogueira, M. F. (2008). Efeito da Variável Preparação para o Parto pela Grávida: Estudo Comparativo. Revista Referência, II Série, n.º12, 17-27.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating Health Promotion- Progress, Problems and solutions, 13(1):27-44 [consult. 1 de Setembro 2014].. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/13/1/27.abstract>

Oliveira, S., Ferreira, J., Silva, P., Ferreira, J., et al. (2009). A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal”. Cogitare Enfermagem, 14, (1), 73-78.

Organização Mundial de Saúde, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de

Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família . Assistência ao parto normal: um

guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996. p. 54.

Pacheco, A.; Figueiredo, B.; Costa, R. & Pais, A. (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez – Revista Portuguesa de Psicossomática; 7(1): 7-41.

Peterson, G. (1996). “Childbirth: the ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women’s self-esteem and family relationships”. Pre and Perinatal Psychology Journal, 11, 101-109.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E. & Lopes, R. S. (2004.) Expetativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu bebê. Psicologia: Teoria e Pesquisa., 20, nº3, 223-232.

Pousa, M.T.O. (2014). Saberes e Competências do Pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: Contributos para a prática de enfermagem- Revista Forum Enfermagem, [consult. 18 de Outubro 2014]. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/>

PNS - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (2013). Versão Resumo. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. [consult. 1 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>.

Redman, B. K. (2003). A prática da Educação para a Saúde, Lusociência, Loures.

Regulamento n.º 127 de 18 de Fevereiro de 2011. “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia” Diário da República n.º 35 – II série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º157 de 12 de Outubro de 2005.. “Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)”. Lisboa.

Rezende, J. (2002). Obstetria. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 9.

Ribeiro, H. C. & Lopes, L. (2006). “O papel do pai na sala de partos”. Nursing, 206(16), 25-27.

Ribeiro, J (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª Edição. Oliveira de Azeméis, Livpsic

Rios, C. & Vieira, N. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde, Ciência e Saúde Colectiva, 12 (2), 477-486.

Sá, E. (1997). A maternidade e o bebé. Fim de Século Edições. Lisboa.

Sá, E. (2001). Psicologia do feto e do bebé. Fim de Século Edições. Lisboa.

Santos MURC. (2007) Preparação para o Parto – Promoção do Bem-estar da Parturiente através da Preparação para o Parto [dissertação]. Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve, Portugal.

Saraceno, C. (1997), Sociologia da Família, Lisboa, Editorial Estampa.

Shaver, P. & Mikulincer, M. (2009). An Overview of adult attachment theory. In Obegi, J.; Berant, E. ed. lit. – Attachment theory and research in clinical work with adults. New York: The Guilford Press. 17-45.

Silva, A.C.S. (2011). Vivências da Maternidade: Expetativas e satisfação das mães no Parto. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

Simkin, P. (2006). What Makes a Good Birth and why does it Matter – International Journal of Childbirth Education, 21 (3): 7-8.

Soares, I. (1996). Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. 1ª Ed. Braga: Universidade do Minho.

Soares, H.M. (2008). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem [dissertação], Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Soet, J; Brack, G. A. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth – Birth, 30 (1): 26-46

Sousa, E. [et al.]. (2006). Depressão pós-parto numa perspectiva preventiva. Nursing. Outubro, 10-14.

Sousa, S. (2004). Estilos de Comunicação pais-bebé. Lisboa: Climepsi.

WHO - World health organization – regional office for Europe. (2002). Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care: Promoting Effective Perinatal Care. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

WHO - world health organization. (1996). Health Promotion Glossary, Geneva, Division of Health Promotion, Education and Communications

Wöckel, A., Schäfer, E., Beggel, A. & Abou-Dakn, M. (2007). “Getting ready for birth: impending fatherhood”. British Journal of Midwifery, 15 (6), 344-348.

WORDL HEALTH ORGANIZATION – Conferência Internacional para a Promoção de Saúde: Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Canadá: Organização Mundial de Saúde, 1986.

Velho, M.B.; Oliveira, M. E.; Santos, Evangelista K.A. (2011). Representações Sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram, Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Ziegel, E. E. & Cranley, M. S. (1985), Enfermagem Obstétrica, 8ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Zimerman, D. E., & Osório, L. C. (1997). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas.

(APÊNDICE)
(Questionário sociodemográfico)

Dissertação de mestrado

“Gestão de Cuidados de Saúde: impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher no parto”.

1. Dados Sociodemográficos

1.1 – Idade: _____

1.2 – Profissão: _____

1.3 – Profissão do Companheiro: _____

1.4 – Situação Profissional: Ativa Desempregada

1.5 – Situação Profissional do companheiro: Ativo Desempregado Outra

1.6 – Estado civil:

Casada Em união de facto Solteira Viúva Divorciada

1.7- Residência: Rural Urbana

1.8 – Habilitações Literárias:

1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino Secundário Bacharelato Licenciatura

Outros _____

1.9 – Nacionalidade: _____

1.10 – Nacionalidade do companheiro: _____

2. Dados Relativos à Gestaçã

2.1 – Número de gravidezes anteriores: _____

2.2 – Gravidez desejada: Por si Pelo pai Por ambos

2.3 – Gravidez não desejada: Por mim Pelo pai Por ambos

2.4– Fez preparação para o parto? Sim N^o de sessões _____

Não

Porquê? _____

2.5 – Foi esclarecida sobre os diferentes tipos de parto? Sim

Não

2.6 – Que tipo de parto desejou?

Normal Cesariana

2.7 – Que tipo de parto ocorreu?

Normal Fórceps (Ferros) Ventosa Cesariana

2.7.1-

Porquê? _____

(ANEXOS)

(ANEXO 1)

(Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto)

**Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto
(Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004)**

De seguida estão descritos alguns sentimentos e pensamentos em relação ao momento do parto.

Refira o quanto esses sentimentos/pensamentos são válidos para si, neste momento, em relação ao seu parto, de acordo com a seguinte escala:

1 – Nada; 2 – Um pouco; 3 – Bastante; 4 - Muito

	1	2	3	4
1 – O trabalho de parto (TP) decorreu de encontro com as suas expetativas.				
2 – O parto (P) decorreu de encontro com as suas expetativas.				
3 – O Pós parto (P.P) decorreu de encontro com as suas expetativas				
4 – A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expetativas.				
5 – A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expetativas.				
6 – A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expetativas				
7 – As condições da Maternidade no TP foram de encontro às suas expetativas (qualidade das instalações)				
8 – As condições da Maternidade no P foram de encontro às suas expetativas (qualidade das instalações)				
9 – As condições da Maternidade no PP foram de encontro às suas expetativas (qualidade das instalações)				
10 – A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expetativas.				
11 – A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P foi de acordo com as suas expetativas.				
12 – A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expetativas.				
13 – O tempo que demorou o TP foi de encontro com as suas expetativas.				
14 – O tempo que demorou o P foi de encontro com as suas expetativas.				
15 – O tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expetativas				
16 – O tempo que demorou a <u>tocar</u> no bebé, após o P, foi de encontro com as suas expetativas.				

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

	1	2	3	4
17 – O tempo que demorou a <u>pegar</u> no bebé, após o P, foi de encontro com as suas expetativas.				
18 – Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP.				
19 – Usou métodos de respiração e relaxamento durante o P.				
20 – Qual o relaxamento que conseguiu atingir durante o TP.				
21 – Qual o relaxamento que conseguiu atingir durante o P.				
22 – O relaxamento ajudou-a durante o TP.				
23 – O relaxamento ajudou-a durante o P.				
24 – Sentiu que tinha a situação sobre controlo durante o TP.				
25 – Sentiu que tinha a situação sobre controlo durante o P.				
26 – Sentiu que tinha a situação sobre controlo após o P.				
27 – Sentiu-se confiante durante o TP.				
28 – Sentiu-se confiante durante o P.				
29 – Sentiu-se confiante logo após o P.				
30 – Contou com o apoio do companheiro durante o TP.				
31 – Contou com o apoio do companheiro durante o P.				
32 – Contou com o apoio do companheiro logo após o P				
33 – A ajuda do companheiro foi útil durante o TP.				
34 – A ajuda do companheiro foi útil durante o P.				
35 – A ajuda do companheiro foi útil logo após o P				
36 – Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar/ amigo) durante o TP.				
37 – Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar/ amigo) durante o P.				
38 – Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar/ amigo) logo após o P				
39 – Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP.				
40 – Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P.				

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

	1	2	3	4
41 – Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP				
42 – Sentiu medo durante o TP.				
43 – Sentiu medo durante o P.				
44 – Sentiu medo logo após o P.				
45 – Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP.				
46 – Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P.				
47 – Em algum momento sentiu prazer ou satisfação logo após o P				
48 – Que quantidade de mal-estar sentiu durante o TP.				
49 – Que quantidade de mal-estar sentiu durante o P.				
50 – Que quantidade de mal-estar sentiu logo após o P.				
51 – Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o TP.				
52 – Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o P.				
53 – Teve preocupações acerca do seu estado de saúde logo após o P				
54 – Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante o TP.				
55 – Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante o P.				
56 – Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé logo após o P.				
57 – Considera que foi um membro útil e cooperativo com os profissionais de saúde que a acompanharam durante o TP.				
58 – Considera que foi um membro útil e cooperativo com os profissionais de saúde que a acompanharam durante o P.				
59 – Considera que foi um membro útil e cooperativo com os profissionais de saúde que a acompanharam logo após o P.				
60 – Recorda o TP como doloroso.				
61 – Recorda o P como doloroso.				
62 – Recorda o PP como doloroso.				
63 – Os equipamentos usados no parto geraram-lhe mal-estar				
64 – Já falou da experiência de parto com o seu companheiro.				

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

	1	2	3	4
65 – Sente-se melhor depois de falar da experiência de parto.				
66 – Foi capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que esteve com o bebé				
67 – Até que ponto a sua dor interferiu na relação e nos cuidados prestados ao bebé				
68 – Até que ponto a sua dor interferiu na relação com o companheiro				
69 – Qual o grau de preocupação do seu companheiro com a sua dor.				
70 – Em geral, qual é o nível de interferência da sua dor nas atividades do dia-a-dia				
71 – Até que ponto a sua dor interferiu na capacidade para participar em atividades recreativas e sociais.				
72 – Tem estado preocupada com o seu estado de saúde.				
73 – Tem estado preocupada com o estado de saúde do seu bebé.				
74 – Tem estado preocupada com as consequências do P em si.				
75 – Tem estado preocupada com as consequências do P no seu bebé.				
76 – Tem estado preocupada com as dificuldades em amamentar.				
77 – Tem estado preocupada com o ganho de peso do seu bebé				
78 – Tem sentido dificuldade em cuidar do bebé				
79 – Tem estado preocupada com o regresso a casa.				
80 – Está satisfeita com a forma como decorreu o TP.				
81 – Está satisfeita com a forma como decorreu o P.				
82 – Está satisfeita com a forma como decorreu o PP				
83 – Está satisfeita com o tempo que demorou o TP.				
84 – Está satisfeita com o tempo que demorou o P.				
85 – Está satisfeita com o tempo que demorou o PP				
86 – Está satisfeita com as condições físicas da Maternidade.				
87 – Está satisfeita com as condições físicas da Maternidade no P				
88 – Está satisfeita com as condições físicas da Maternidade no PP				

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

	1	2	3	4
89 – Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP.				
90 – Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P.				
91 – Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP				
92 – Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP.				
93 - Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no P.				
94 – Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no PP				
95 – Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o P				
96 – Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o P				

97 – Qual a intensidade média de dor no TP

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

98 – Qual a intensidade máxima de dor durante o TP

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

99 - Qual a intensidade media de dor durante o P

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

100 -Qual a intensidade máxima de dor durante o P

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

101-Qual a intensidade média de dor logo a seguir ao P

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

102 -Qual a intensidade média de dor no 1º dia após o P

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

103 -Qual a intensidade média de dor no 2º dia após o P

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

104 - Qual a intensidade média de dor neste momento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Grata pela sua colaboração

(ANEXO 2)

(Classificação Portuguesa das Profissões 2010)

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
0		PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS
	01	Oficiais das Forças Armadas
	02	Sargentos das Forças Armadas
	03	Outro Pessoal das Forças Armadas
1		REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS
	11	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, directores e gestores de empresas
	12	Directores de serviços administrativos e comerciais
	13	Directores de produção e de serviços especializados
	14	Directores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços
2		ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS
	21	Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins
	22	Profissionais de saúde
	23	Professores
	24	Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais
	25	Especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC)
	26	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais
3		TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO
	31	Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio
	32	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde
	33	Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios
	34	Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares
	35	Técnicos das tecnologias de informação e comunicação

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
4		PESSOAL ADMINISTRATIVO
	41	Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados
	42	Pessoal de apoio directo a clientes
	43	Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo
	44	Outro pessoal de apoio de tipo administrativo
5		TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES
	51	Trabalhadores dos serviços pessoais
	52	Vendedores
	53	Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares
	54	Pessoal dos serviços de protecção e segurança
6		AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA
	61	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado
	62	Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado
	63	Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e colectores, de subsistência
7		TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES
	71	Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto electricista
	72	Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares
	73	Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares
	74	Trabalhadores qualificados em electricidade e em electrónica
	75	Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
8		OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM
	81	Operadores de instalações fixas e máquinas
	82	Trabalhadores da montagem
	83	Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis
9		TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS
	91	Trabalhadores de limpeza
	92	Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta
	93	Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva, construção, indústria transformadora e transportes
	94	Assistentes na preparação de refeições
	95	Vendedores ambulantes (excepto de alimentos) e prestadores de serviços na rua
	96	Trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares

(ANEXO 3)

(Autorização para recolha de dados)



ipb INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Tel. (+351) 273 331 593 • 273 331 443 • Fax (+351) 273 327 915
http://www.essa.ipb.pt • E-mail: essa@ipb.pt

Av. D. Afonso V

CHNE.EPE 5300-721 BRAGANÇA - PORTUGAL 9868
U.H. BRAGANÇA Ent. N.º
Data 30/7/2013

PRESIDENTE CA	<input type="checkbox"/>	SIE	<input type="checkbox"/>
VE	<input type="checkbox"/>	INFORMÁTICA	<input type="checkbox"/>
DC / ED	<input type="checkbox"/>	GESTÃO UTENTE	<input type="checkbox"/>
CPC	<input type="checkbox"/>	G. QUALIDADE	<input type="checkbox"/>
DRH	<input type="checkbox"/>	G. FORMAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
G. FINANCEIRA	<input type="checkbox"/>	G. JURÍDICO	<input type="checkbox"/>
APROV.º E COMPRAS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ex.mo Senhor Presidente do Conselho
Administração da Unidade Local de Saúde
do Nordeste, EPE
Av.ª Abade Baçal
5301 – 852 BRAGANÇA

S/ referência

S/ comunicação

N/ referência

Data

Assunto:

Proc. 7.01.06

00026218-07-13

Autorização para recolha de dados

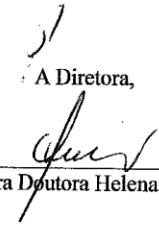
A Escola Superior de Saúde de Bragança solicita a V.ª Ex.ª autorização para que a aluna Maria da Conceição Tomé da Silva do Curso de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto/Estágio aplique um questionário no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Bragança intitulado “Gestão de Cuidados de Saúde: impacto do programa de preparação para a parentalidade na satisfação da mulher no parto”.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico pedagógicos.

Para o efeito anexa-se protocolo do estudo de investigação para que a comissão de ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste possa deliberar.

Com os melhores cumprimentos;

A Diretora,


(Professora Doutora Helena Pimentel)

/AM

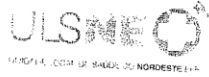
Nada a opor
nos o ponto de
vista ético.

Deu um folha-
fornado
A identidade
da utente,

Joapina
Bolta

2-10-13.

Impacto do Programa de Preparação para a Parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão de cuidados de saúde



IPB - Escola Superior de Saude de Bragança
Directora Prof. Dr^a Helena Pimentel
Av. D. Afonso V
5300 - 121 Bragança

Sua Referência
Proc. 7.01.06

Sua Comunicação de
262/18-03-2013

Nossa Referência

Data
04-10-2013

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao pedido efectuado por V^a Ex.^a, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, o mesmo foi autorizado, desde que seja salvaguardada a identidade dos utentes.

Com os melhores cumprimentos

*Arantei este documento
na data 4/10/2013*

Emeara Taveir

A Responsável do
Serviço de Desenvolvimento e Formação

ANA SANTOS
Responsável do Serviço de
Desenvolvimento e Formação
da ULSNE

Avenida Abade de Baçal · 5301-852 Bragança · Tel. 273 310 800 · Fax. 273 310 813
secretariado@ulsne.min-saude.pt · www.ulsne.min-saude.pt