



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE**  
**SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Preparação para a Parentalidade:**  
**Construção de Conhecimentos e Auto Confiança do Casal**

Patrícia Meneses Oliveira Duarte

**Orientador:**  
Maria da Luz Ferreira Barros

Évora, 2012

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Preparação para a Parentalidade:  
Construção de Conhecimentos e Auto Confiança do Casal**

Patrícia Meneses Oliveira Duarte

**Orientador:**  
Maria da Luz Ferreira Barros

*“Para mim uma outra forma de aprender é confessar as minhas próprias dúvidas, procurando esclarecer os meus enigmas, a fim de compreender melhor o significado actual da minha experiência.”*

Carl Rogers

**Agradecimentos:**

- A Ti meu Deus pela oportunidade concedida.
- A Vós... família pela constante motivação demonstrada.
- A Si... Orientadora pela disponibilidade, orientação e simpatia.
- A Todos Vós...

Muito Obrigado!

ÍNDICE	PAG.
1 – INTRODUÇÃO-----	12
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO-----	15
2.1 – Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final-----	15
2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos-----	16
2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências -----	18
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES-----	22
3.1- Caracterização geral da população/utentes-----	22
3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população - alvo-----	28
3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com população - alvo--	30
3.4 – Recrutamento da população - alvo-----	39
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS-----	41
4.1 – Objectivos da intervenção profissional-----	41
4.2 – Objectivos a atingir com a população - alvo-----	42
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES -----	44
5.1 – Fundamentação das intervenções-----	45
5.2 – Metodologias-----	51
5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias accionadas-----	55
5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos-----	61
5.5 – Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas-----	62
5.6 – Cumprimento do cronograma-----	63
6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO-----	67
6.1 – Avaliação dos objectivos -----	67
6.2 – Avaliação da implementação do programa-----	76

6.3 – Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas correctivas introduzidas-----	77
7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS -----	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	86
ANEXOS-----	99
ANEXO I – Competências de relaxamento do Método Físico – Relaxamento Progressivo-----	100
ANEXO II – Pedido de autorização de implementação do projecto Conselho Clínico do ACES Setúbal e Palmela-----	102
ANEXO III – Reestruturação da ficha de identificação da grávida-----	105
ANEXO IV – Reestruturação da ficha de avaliação do CPP pela grávida-----	108
ANEXO V – Questionário de avaliação da expectativa do resultado (ER-16) e expectativa da eficácia (EE-16) do trabalho de parto-----	111
ANEXO VI – Questionário de avaliação da percepção pós - parto-----	116
ANEXO VII – Reformulação da estrutura do CPP-----	120
ANEXO VIII – Reformulação dos conteúdos teóricos do CPP-----	123
ANEXO IX – Pedido de autorização da aplicação do questionário da ER-16 e EE-16-----	142
ANEXO X – Pedido de autorização da aplicação do questionário de avaliação da percepção pós-parto-----	145
ANEXO XI – Apresentação do projecto de preparação para a parentalidade reformulado-----	147
ANEXO XII – Resultados da avaliação dos questionários em Excel---	151
ANEXO XIII – Procedimentos de actuação do Bloco de Partos do CHS sobre parto na água -----	155
ANEXO XIV – Plano de partos – APEO-----	174
ANEXO XV – Plano de partos personalizado-----	177

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>PAG.</b>
<b>FIGURA N.º 1</b> – Localização Geográfica de Portugal Continental e do Município de Setúbal-----	23
<b>FIGURA N.º 2</b> – Mapa da Península de Setúbal, NUTS III-----	23
<b>FIGURA N.º 3</b> – Brasão da Cidade de Setúbal-----	24
<b>FIGURA N.º 4</b> – Mapa do Concelho de Setúbal -----	24
<b>FIGURA N.º 5</b> – Estimativa da População Residente no Concelho de Setúbal -----	25
<b>FIGURA N.º 6</b> – População Inscrita na área de Influência da UCCPA-----	26

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>PAG.</b>
<b>GRÁFICO Nº 2</b> – Opinião das Grávidas relativamente à Componente Prática das Sessões de Preparação para a Parentalidade-----	23
<b>GRÁFICO Nº 3</b> – Opinião das Grávidas relativamente à Sessão sobre Amamentação do Curso de Preparação para a Parentalidade-----	23
<b>GRÁFICO Nº 4</b> – Opinião das Grávidas relativamente às Sessões sobre o Trabalho de Parto no Curso de Preparação para a Parentalidade-----	24
<b>GRÁFICO Nº 5</b> – Opinião das Grávidas relativamente à Sessão sobre os Cuidados ao Bebé no Curso de Preparação para o Parentalidade-----	25
<b>GRÁFICO Nº 6</b> – Opinião das Grávidas relativamente à generalidade do Curso de Preparação para a Parentalidade-----	26



<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	<b>PAG.</b>
<b>Quadro nº 1</b> – Recursos Humanos/Materiais – ACES Setúbal e Palmela IV-----	16
<b>Quadro nº 2</b> – Recursos Humanos – ACES Setúbal e Palmela IV-----	17
<b>Quadro nº 3</b> – Média de Idades de cada Grupo Profissional-----	18
<b>Quadro nº 4</b> – Distribuição da População por Grupo Etário, nos anos 2001, 2008 e 2009-----	26
<b>Quadro nº 5</b> – Taxas de Natalidade e Mortalidade, por Área Geográfica, na Península de Setúbal -----	27
<b>Quadro nº 6</b> – Consultas de Vigilância/Ano e sua Variação-----	27

## **Preparação para a Parentalidade: Construção de Conhecimentos e Auto Confiança do Casal**

### **RESUMO**

O nascimento de uma criança torna o revestimento da experiência humana num peculiar significado na vida das pessoas que as vivem, assim como na vida daqueles com quem esta é partilhada. As implicações que daí advêm exigem respostas variadas aos mais diferentes níveis. A Preparação para o Parto enquanto programa de sessões educacionais, constitui um meio privilegiado de transferência de informações sobre a gravidez, trabalho de parto, parto e cuidados ao Recém-nascido (Rn), encorajando a participação activa da grávida/casal em todo o processo gravídico.

A implementação deste projecto de mestrado constitui um momento de estudo, pesquisa e reflexão, baseado nos receios, dúvidas e medos, transmitidos pelas grávidas/casal e puerperas durante o Curso de Preparação para a Parentalidade (CPP) e nas consultas de revisão de puerpério.

Como coordenadora do CPP e parte integrante da equipa multidisciplinar pretendemos através da implementação deste projecto, aumentar o nível de conhecimento da grávida/casal relativamente à sua situação de saúde e cuidados ao Rn, permitindo que os cursos sejam direccionados para a autonomização e reintegração plena das mesmas no seu meio, com os conhecimentos suficientes para lidar com a sua situação de saúde e do seu Rn.

**Palavras-chave:** Auto – Eficácia; Maternidade; Parentalidade

**Preparation for Parenting:  
Construction of knowledge and self Confidence of the couple**

**ABSTRACT**

The birth of a child makes the lining of human experience in a peculiar meaning in people's lives that they live, as well as in the lives of those with whom it is shared. The implications resulting therefrom require varied responses to different levels. Preparing for childbirth while educational sessions program, is a privileged means of transferring information about pregnancy, childbirth and newborn care, encouraging the active participation of pregnant/couple in the whole process of pregnancy.

The implementation of this project is a time masters of study, research and reflection, based on the doubts and fears, transmitted by the puerperas and pregnant/couple during the Course of Preparation for Parenting (CPP) and in puerperium review queries.

As coordinator of the CPP and part of the multidisciplinary team we want through the implementation of this project, increase the level of knowledge to deal with your situation and newborn care.

**Key – Words:** Self – Efficacy; Maternity; Parenting

## **1 – INTRODUÇÃO**

A gravidez mobiliza uma explosão de sentimentos no casal, assim como gera uma ansiedade com a espera e preparação para o nascimento do bebê. Na opinião de Piccini, Silva, Gonçalves, Lopes (2004) citado por Perdomini e Bonilha (2011), nesse momento há um período de transição no qual os pais se preparam para os novos papéis diante da chegada do bebê e para tudo o que isso irá exigir deles. Dessa forma envolvem-se física e emocionalmente com o período gestacional.

A vivência do parto é considerada uma experiência única na vida de um homem e de uma mulher (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997), pelo que o parto deverá ser considerado um acontecimento intenso para o casal. Múltiplos são os sentimentos descritos por ambos aquando da chegada do novo ser à família, o que torna necessário, que a equipa de saúde, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) contribua de forma eficaz e eficiente para a preparação do parto e da parentalidade.

O nascimento de um filho, especificamente no caso de ser o primeiro, implica grandes mudanças na vida de ambos os pais (Canavarro & Pedrosa, 2005). Tornar-se mãe e pai gera um período de instabilidade que determina comportamentos que favorecem a transição para a parentalidade.

Atendendo ao conceito de parentalidade como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis (Manning, 2006), é um longo percurso de aprendizagem, quer em relação aos próprios, quer na relação com o bebê.

A transição para a parentalidade implica, assim, um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais para a mulher e para o homem, particularmente no que diz respeito aos relacionamentos significativos a nível individual, conjugal e da família alargada. Determina, por um lado, a nível individual, a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interação vividos com e entre os pais e, por outro lado, a nível conjugal, a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação para a tarefa partilhada de cuidar o bebê (Figueiredo, 2004).

Considera-se por isso fundamental a intervenção articulada e coordenada dos profissionais de saúde, fornecendo-lhes conhecimentos e capacidades que ajudarão a vivenciar a gravidez e a concretizar o nascimento do bebé, de acordo com o seu plano de parto e projeto de vida.

Na opinião de Fialho (2008) a implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais de saúde, como enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Assim, o principal objetivo de um grupo de apoio como este seria o de ajudar a mulher/casal a lidar com as vivências, e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade.

A Preparação para o Parto constitui assim, um meio privilegiado de transferência de informações sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto, correspondendo a um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto (Couto, 2006).

Uma vez que a aprendizagem sobre a gravidez e o parto é realizada muitas vezes de forma incorreta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados, veiculada sobretudo pela tradição oral, e por isto muitas mulheres chegam ao momento do parto sem conhecerem o seu corpo, desconhecendo o que se passa com elas, o que gera insegurança e ansiedade, entre outras complicações desses factos resultantes (Vieira, 1996), sobressai daqui a importância que os cursos de preparação para o parto parecem assumir na experiência de parto e pós-parto e no processo de construção da parentalidade dos futuros pais e o papel do EESMO como educador uma vez que, segundo a International Confederation of Midwives (Sardo, Leite & Côtó, 2007) e a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011), é ele que tem competências para: conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.

Os cursos de preparação para o parto surgiram para reduzir a ansiedade e a dor associados ao parto, sendo hoje um direito legalmente estabelecido (Lei nº 142/99 de 31 de Agosto), com vantagens evidenciadas (Bento, 1992; Freitas e Freitas, 1996; Vieira, 1996; Leventhal *et al.* *apud* Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002; Couto, 2006) que, contudo, ainda não estão disponíveis para todas as grávidas (Vieira, 1996; Antunes, Lopes e Fernandes, 2006).

O método utilizado no curso de preparação para a parentalidade é o de Ferdinand Lamaze ginecologista francês, que reuniu num único método de preparação para o parto, os critérios defendidos nesta matéria pelas escolas inglesa e russa. Cada sessão consta de uma parte teórica, destinada a informar a mulher grávida/casal sobre tudo o que diga respeito à gravidez e ao parto (anatomia, fisiologia, ...), e de uma parte prática que engloba a ginástica pré-natal, as técnicas de relaxamento e os exercícios de respiração.

Segundo Widzinski (2000, p. 1) "*...relaxation is a major component of Lamaze, the theory being that it helps to minimize pain. Demonstrated, practiced, and reviewed are the major steps to mastering relaxation, including breathing, having a focal point, effleur age and massage, coaching, and imagery*"

O parto natural, também conhecido por parto sem dor, ou psicoprofilático, implica a aprendizagem de técnicas de descontração psicofisiológica no tratamento das dores do trabalho de parto de forma a poder minimizar-se o uso da anestesia ou da analgesia. Por outro lado, este método não exclui a utilização de medicação analgésica quando necessária, a qual pode coadjuvar as técnicas de relaxamento e reforçar a distração e focalização externas.

O objetivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do trabalho de parto. (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999). À noção de Preparação para o Parto, acrescentam as autoras que muitas mulheres, especialmente nulíparas, preparam-se ativamente para o parto. Lêem livros, vêem filmes, vão a aulas de preparação e falam com outras mulheres (mães, irmãs, amigas, outras). Procuram o melhor profissional para aconselhamento, vigilância, e cuidados.

A enfermagem, enquanto profissão, tem por finalidade "*ajudar o indivíduo família e comunidade a desenvolver as suas potencialidades de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e na promoção de mecanismos de adaptação às mudanças da vida*" (Guerreiro, 2003, p. 82). Neste sentido, é urgente que as instituições e os seus profissionais continuem a desenvolver esforços com o objetivo de melhorarem as estruturas básicas de suporte às famílias nas diferentes transições decorrentes do ciclo de vida e promover condições que proporcionem a sua autonomização.

## **2 – ANÁLISE DO CONTEXTO**

O objetivo mais comum da análise do contexto é que a informação reunida pela análise seja a base para alguma forma de ação. Neste contexto específico pretende-se consciencializar todos os profissionais envolvidos no projeto da parentalidade e a direção clínica do Agrupamento de Centros e Extensões de Saúde (ACES) – Setúbal e Palmela IV sobre a necessidade de reorganização do Curso de Preparação para a Parentalidade, no sentido de melhorar a sua estrutura de forma a garantir a construção de saberes e autoconfiança do casal.

### **2.1 – Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final**

Segundo referência no portal do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Saúde (SNS) sofreu significativas reformulações a partir do ano de 2005, onde foi criado o grupo técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Foram criados os ACES do SNS. Estes agrupamentos encontram-se inseridos nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), cuja missão é “garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica” (Decreto Lei nº28/2008, de 22 Fevereiro, citado no despacho nº10143/2009).

Os ACES são dotados de autonomia administrativa, e são constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde; de entre estas unidades funcionais destacam-se as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O ACES Setúbal e Palmela IV surgiu após a reforma de cuidados de saúde. Segundo o Dec. Lei 28/2008 disposto no artigo 10º as UCSP prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

É na UCSP – S. Sebastião – Agrupamento dos Centros de Saúde Setúbal-Palmela que se desenvolve este projeto, destinado à população inscrita nas seguintes UCSP de: Santa Maria; Viso; Praça da República; Azeitão; S. Sebastião; Santos Nicolau; Sado e USF – Luísa Tody. Como Hospital de referência o protocolo de assistência é desenvolvido com o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Na realização dos cursos de preparação para a parentalidade é utilizada a sala de reuniões da UCSP – Sebastião para a abordagem dos conteúdos teóricos e o ginásio para realização dos conteúdos práticos.

## 2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos

A área de abrangência do Projeto da Preparação para a Parentalidade comporta 124. 459 residentes no concelho de Setúbal de acordo com a carteira de serviços proposta UCC Península Azul.

A população inscrita no ACES Setúbal e Palmela da área de influência do Concelho de Setúbal, a qual integrará a população da UCCPA é de **144.129 utentes**, dos quais 74.475 são mulheres.

O ACES Setúbal é composto por 7 UCSP e 1 USF com abertura recente e da qual ainda não dispomos de dados. Seguidamente e de forma esquemática iremos descrever os recursos materiais e humanos do referido agrupamento.

**Quadro 1 – Recursos Humanos/Materiais do ACES Setúbal e Palmela IV**

<b>UCSP</b>	<b>Inscritos</b>	<b>S/Médico</b>	<b>Médicos/Enfermeiros</b>	<b>Défice (Med/Enf)</b>
<b>Azeitão</b>	18060	5447	8/9	3/2
<b>Viso</b>	20921	7915	8/7	4/5
<b>Praça da República</b>	18601	6330	7/9	3,5/3,5
<b>Santa Maria</b>	23847	7270	11/9	3/4
<b>São Sebastião</b>	39642	19724	13/19	9/3
<b>Santos Nicolau</b>	14429	4878	6/8	2/0
<b>Sado</b>	8326	2473	3/4	1,3/0

Fonte: Plano de Atividades ACES 2011

O quadro 2 representa os recursos humanos existentes no ano de 2010 face às necessidades expressadas para 2011.



**Quadro 2 – Recursos Humanos do ACES Setúbal e Palmela IV**

	<b>Mapa Aprovado Ano 2010</b>	<b>Recursos Humanos Existentes a 31/12/2010</b>	<b>Mapa das Necessidades 2011</b>
<b>Diretor Executivo</b>	1	1	1
<b>Pessoal Médico:</b>			
Medicina Geral e Familiar	130	77	130
Saúde Pública		4	
Hospitalar		2	
Outros		13	
Total		96	
<b>Pessoal Enfermagem:</b>	129	118	129
<b>Técnico diagnóstico e Terapêutica</b>	15	15	15
<b>Técnico Superior:</b>			
Serviço Social	14	2	14
Saúde		4	
Regime Geral		6	
Pessoal de Informática	3	2	3
Assistente Técnico	137	122	137
Assistente Operacional	61	53	61
Internato Médico	20	20	20
Total	490	419	490

Fonte: Plano de Atividades ACES 2011

De referir que existem apenas **4 EESMO** no ACES Setúbal e Palmela IV, sendo que apenas **2 EESMO** colaboram na realização do Projeto da Parentalidade.

Perante estes resultados, verifica-se um défice de **71** profissionais:

**34** Médicos

**11** Enfermeiros

**15** Assistentes técnicos

**8** Assistentes operacionais

No quadro 3 é apresentada uma breve análise da média de idades segundo o grupo profissional, tendo os enfermeiros em média 43 anos.

**Quadro 3 – MÉDIA DE IDADES DE CADA GRUPO PROFISSIONAL**

<b>Grupo Profissional</b>	<b>Média de Idades</b>
Médicos	55
Em formação pré carreira	32
Enfermeiros	43
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	40
Técnico Superior	44
Técnico Superior de Saúde	46
Assistente Técnico	47
Assistente Operacional	52
Pessoal de Informática	49
Total	47

Fonte: Plano de Atividades ACES 2011

### **2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências**

A Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem da acessibilidade da população aos cuidados de saúde, conseqüentemente aos cuidados de enfermagem, definiu princípios a salvaguardar no regulamento dos centros de saúde. O reforço dos cuidados de saúde primários surge, assim, como uma estratégia essencial, particularmente através do desenvolvimento de serviços de saúde orientados para a comunidade e família (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A relevância que a família assume torna-se também particularmente evidente no PNS – 2004/2010 que, à semelhança dos seus planos anteriores, destaca a “abordagem centrada na família e no ciclo de vida”. As suas orientações estratégicas com vista à obtenção de mais saúde para todos, realçam momentos importantes na vida das pessoas, designadamente o “nascer com saúde”, cujas intervenções e os objetivos estratégicos são dar prioridade ao aumento da assistência no período pré-concepcional e no puerpério e melhorar os indicadores no período perinatal; e “crescer com segurança”, em que a melhoria da articulação entre serviços e a promoção da saúde infantil foram definidos como objetivos estratégicos.

Nesta linha de pensamento será necessário introduzir o conceito de *competência*, que segundo Chomsky citado por Cohen (1981), é um sistema de princípios e estruturas internas que utilizamos para potenciar os nossos desempenhos e do qual só parcialmente temos consciência, sendo o seu carácter inconsciente e inerente aos conhecimentos correspondentes ao mobilizar destes fatores considerados específicos e decorrentes da própria estrutura biológica do indivíduo. É de salientar que o termo competência muitas vezes é utilizado de forma errada sendo confundido frequentemente com eficácia e com desempenho.

O conceito de competência tem vindo a evoluir e tem-se estabilizado como sendo uma combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na acção e, quando em interação com outro, numa dimensão social e simbólica (Flück, 2001).

Conforme afirmou a Ordem dos Enfermeiros (2007), o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas. Pela certificação dessas mesmas competências assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que diariamente mobiliza para a prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo – alvo e atuar em conformidade.

A Preparação para a Parentalidade surge como uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), aprovada em Assembleia do Colégio em 11 de Setembro de 2010 em que

*(...) “assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.*

(DR, 2ª Série, nº35/18 – Fevereiro – 2011 – Regulamento nº 127/2011)

A estas competências estão subjacentes os conhecimentos e capacidades adquiridas na formação, o que permite ao EESMOG assumir os cuidados de Enfermagem à mulher inserida na família, no âmbito da sexualidade, planeamento familiar e período pré-concepcional, gravidez, trabalho de parto, puerpério, climatério e ginecologia, no sentido

de promoverem a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença da mulher e do recém-nascido até aos 28 dias.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras é uma referência nesta área pois representa estes enfermeiros e divulga a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) – “Guia prático para assistência ao parto normal “ (FAME, 2008), promovendo as “Boas práticas em Obstetrícia” desde o ano 2000. Em 2008, esta associação aderiu à Iniciativa Parto Normal e começou a mobilizar os EESMO e parteiras portuguesas para esta iniciativa, através de diversas campanhas com o objetivo de “*promover a realização de um parto normal mais natural, mais humanizado no ambiente hospitalar em que os profissionais, cidadãos e comunidade sejam capazes de se respeitarem e de promoverem cuidados seguros em prol da humanidade*” (FAME, 2008, p. 12). A Iniciativa Parto Normal, tem pois o objetivo de sensibilizar os profissionais para a importância do apoio às grávidas/casal na defesa dos processos fisiológicos e naturais, promovendo a intervenção da mulher/casal no seu parto com decisões esclarecidas e fundamentadas (FAME, 2008).

Os processos de adaptação e de desenvolvimento estão progressivamente a despertar o interesse e a necessidade de investimento por parte da Enfermagem, já que a procura de cuidados de saúde em áreas relacionadas com a parentalidade é cada vez maior. Paiva (2003, p. 52) exemplifica algumas das necessidades em cuidados, nomeadamente: “*a vigilância da gravidez, a promoção do conhecimento da grávida e a preparação para o parto, o ensino e a instrução sobre cuidados ao recém-nascido...*”, entre outros.

O EESMO não pode alhear-se dos diferentes acontecimentos que ocorrem ao longo do percurso de vida dos indivíduos, nomeadamente a adaptação ao processo de parentalidade. O papel do EESMO, nesta situação, passa por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planeamento de intervenções para reduzir os efeitos stressantes da transição na saúde da família. No caso do processo de parentalidade, e de acordo com Nyström e Öhrling (2004), o papel do enfermeiro deve incidir no sentido de minimizar as experiências de tensão dos pais, autonomizando-os no exercício da sua parentalidade.

É fundamental, ainda, o desenvolvimento de programas de educação parental e ações de formação que vão ao encontro das dificuldades sentidas pelos pais. Ao providenciarem orientação e suporte antecipatório sobre a função parental, os enfermeiros estão a dotar os pais de competências para o exercício do novo papel. Nyström e Öhrling (2004) acreditam que uma intervenção efetiva deve incidir na prevenção, nomeadamente no

período pré-natal. A este propósito, Ahlborg e Strandmark (2001) sugerem que se invista na educação dos pais neste período sobre o relacionamento íntimo e a importância de uma base comunicacional e resolução de conflitos, uma vez que a satisfação marital pode tender a diminuir.

A atenção dada ao pai durante este período também deverá ser reforçada, uma vez que ele desempenha um papel relevante na saúde da mulher e o nascimento de um filho é acompanhado por algum nível de stresse que poderá ter implicações na satisfação marital e no processo de vinculação ao filho (Buist, Morse & Durkin, 2003). Deste modo, os autores sugerem que deverá ser debatida, entre outras temáticas, o impacto do nascimento de um filho, as mudanças no papel e a adaptação à parentalidade.

Por fim, pensamos que a relação estabelecida entre o ESMO e a grávida/casal durante o curso de preparação para a parentalidade é essencial para o sucesso da intervenção. As diferentes atividades que são desenvolvidas (teóricas/práticas) permitem deter um maior conhecimento das grávidas/casal e das suas necessidades. Através de uma relação próxima, contínua e empática os EESMO poderão representar um suporte efetivo para as famílias que estão a viver, pela primeira vez, o processo de transição para a parentalidade.

### **3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

Polit e Hungler (1995, p. 141) definem população como “*toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios*”, todavia distinguem ainda entre população alvo e população de acesso, sendo a primeira aquela em que o investigador está interessado e, a segunda, aquela cujos casos estão em conformidade com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis para o investigador.

#### **3.1 – Caracterização geral da população/utentes**

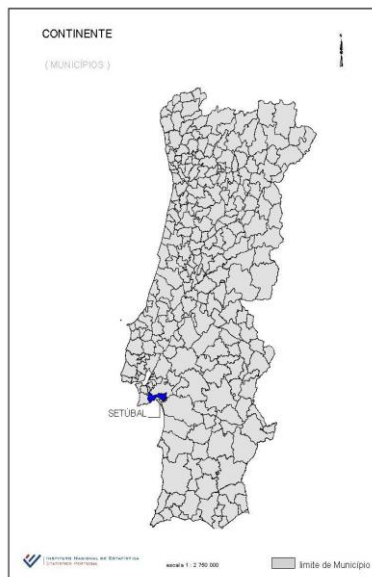
Setúbal é uma cidade portuguesa, capital do distrito de Setúbal, na região de Lisboa e sub-região da Península de Setúbal. Foi fundada pelos Fenícios, cerca de 1000 a.C. e dedicada ao deus Baal, a mais importante divindade deste povo. Assim como as vizinhas e também fenícias Lisboa e Alcácer do Sal, fornecia sal, peixe salgado, cavalos para exportação e alimentos para os barcos que comerciavam estanho com a Cornualha.

Em Março de 1249, Setúbal recebeu foral, concedido pela Ordem de Santiago, senhora desta região, e subscrito, em seu nome, por D. Paio Peres Correia, Mestre da Ordem de Santiago, e por Gonçalo Peres, comendador de Mértola. Em 1525 recebeu o título de Notável Vila, em 19 de Abril de 1860 foi elevada a cidade.

O distrito de Setúbal foi criado em 22 de Dezembro de 1926, é eclesiasticamente cabeça de diocese, desde 1975. Terra onde nasceram alguns dos grandes nomes do campo artístico português. Luísa Tody, cantora lírica, e Bocage, poeta.

A cidade está situada 32 km a sudeste de Lisboa, na margem norte da foz do rio Sado, e é ladeada a Oeste pela serra da Arrábida. A área urbanizada é de aproximadamente 10 Km<sup>2</sup>. Seguidamente podemos observar a sua localização geográfica, no contexto nacional.

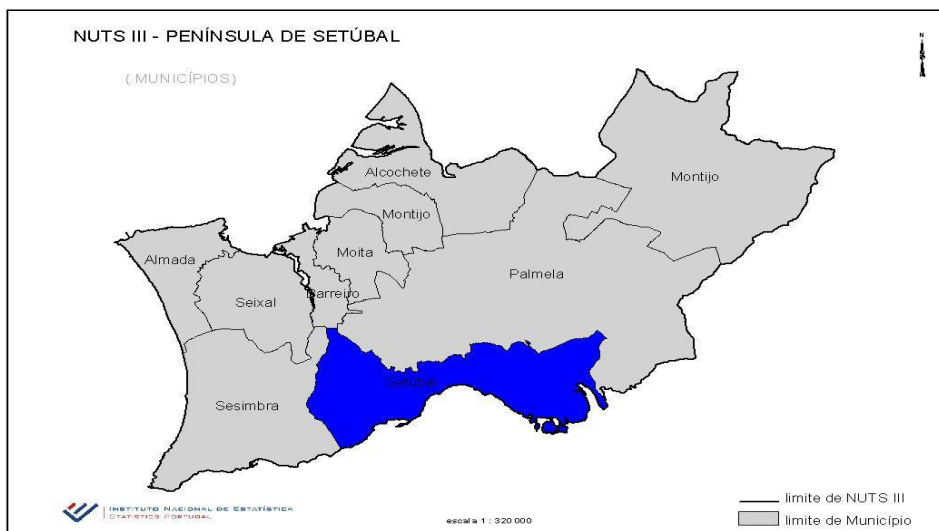
**Figura 1 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DE PORTUGAL CONTINENTAL E DO MUNICÍPIO DE SETÚBAL**



Fonte: INE; 2009

O município é limitado a Norte e Leste pelo município de Palmela, a Oeste por Sesimbra e, a Sul, o estuário do Sado liga-o aos municípios de Alcácer do Sal e Grândola. A litoral encontra-se o Oceano Atlântico. O concelho de Setúbal, encontra-se na NUTS III, e é designado por Península de Setúbal, como podemos observar na próxima figura.

**Figura 2 – MAPA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL, NUTS III**



Fonte: INE; 2009

As armas da cidade podemos observar na figura seguinte.

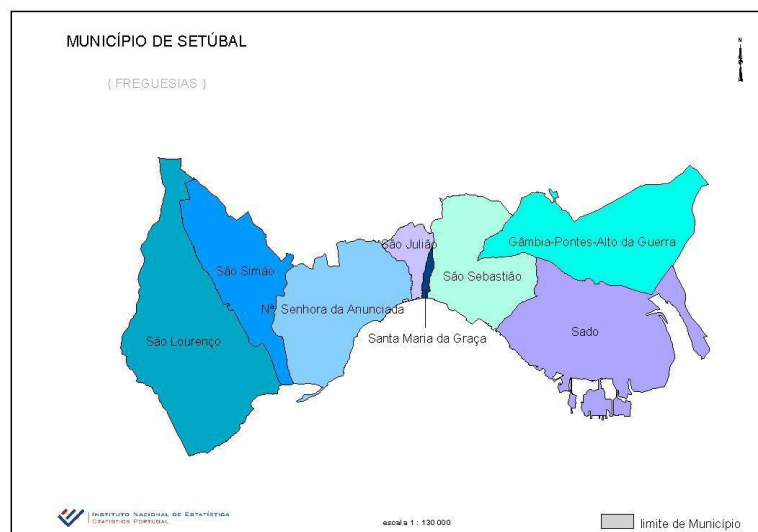
**Figura 3 – BRASÃO DA CIDADE DE SETÚBAL**



Fonte: Câmara Municipal de Setúbal

O Concelho de Setúbal, tem de área 171,86 Km<sup>2</sup>, distribuída por oito freguesias, com uma densidade populacional de 698,9 hab/ Km<sup>2</sup>.

**Figura 4 – MAPA DO CONCELHO DE SETÚBAL**



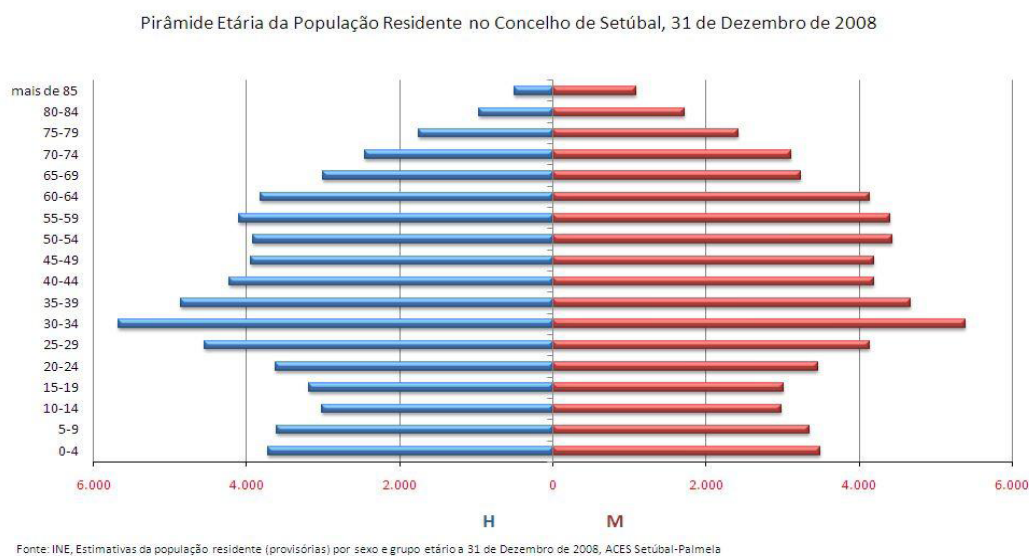
Fonte: INE; 2009



## CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

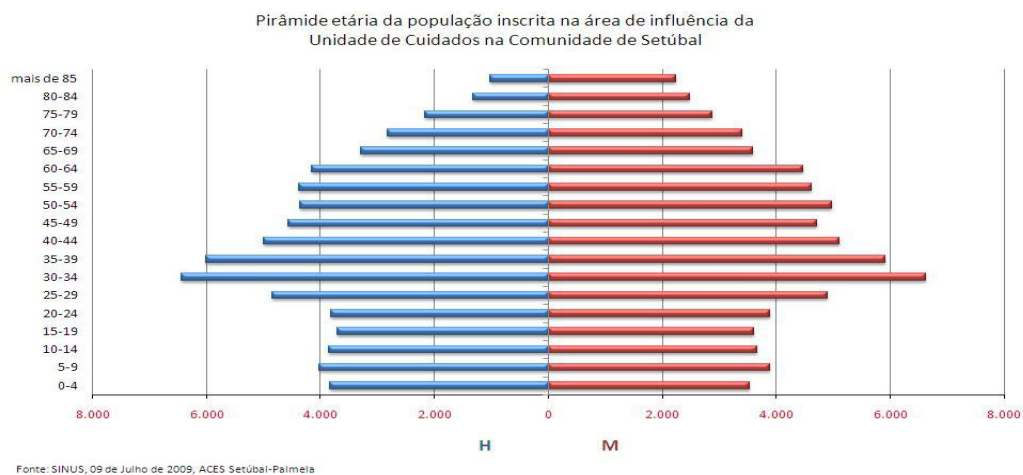
A população em 2008 era 124.459 habitantes, 60.958 homens e 63.501 mulheres, cresceu em sete anos em 10. 525 Habitantes. O grupo etário predominante era dos 30-34 anos.

**Figura 5 – ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE SETÚBAL EM 2008**



A população inscrita na área de influência do Concelho de Setúbal, a qual integrará a população da UCCPA é de **144.520 utentes**, da qual se encontram 48.383 famílias. O grupo etário predominante continua a ser dos 30-34 anos, seguindo-se o grupo etário 35-39 anos. É nesta população que se desenvolverá o projeto de preparação para a parentalidade.

**Figura 6 – POPULAÇÃO INSCRITA NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA UCCPA**



Como se pode verificar no quadro seguinte, tem vindo a aumentar o nº de indivíduos em idade fértil, o que poderá ter repercussões no aumento de casais grávidos inscritos nos cursos de preparação para a parentalidade.

**Quadro 4 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO, NOS ANOS DE 2001, 2008 e 2009**

<b>ANOS</b>	<b>0-14</b>	<b>15-24</b>	<b>25-64</b>	<b>65 e +</b>	<b>TOTAL</b>
<b>CENSOS – 2001</b>	17.686	16.267	63.156	16.825	113.934
<b>INE – 2008</b>	20.183	13.299	70.720	20.257	124.459
<b>SINUS – 2009</b>	22.793	15.023	81.109	25.204	144.129

Fonte: Censos 2001, Estimativas População 2008 e SINUS 2009.

Nos Censos de 2001 em Setúbal a Taxa de Natalidade era de 12,1‰. Em 2007 quer em Setúbal, quer na Península é de 11,3‰ tendo observado um decréscimo de 0,8‰ em 6 anos.

**Quadro 5 – TAXAS DE NATALIDADE E MORTALIDADE, POR ÁREA GEOGRÁFICA, NA PENÍNSULA DE SETÚBAL**

Áreas Geográficas	Taxa de Natalidade ‰	Taxa de Mortalidade ‰
Península Setúbal	11,3	8,9
Concelho Setúbal	11,3	9,4

Fonte: INE, Anuário estatístico da Região de Lisboa, 2007

Nas **Consultas médicas** de vigilância de **S. Materna** e **S. Infantil** podemos assistir a um aumento de 8,7% e 1,1% respetivamente nas variações das consultas realizadas entre 2009 e 2010, no entanto um decréscimo considerável de – 11,5% nas consultas subsequentes de Saúde Infantil e de – 0,5% nas consultas subsequentes de Saúde Materna.

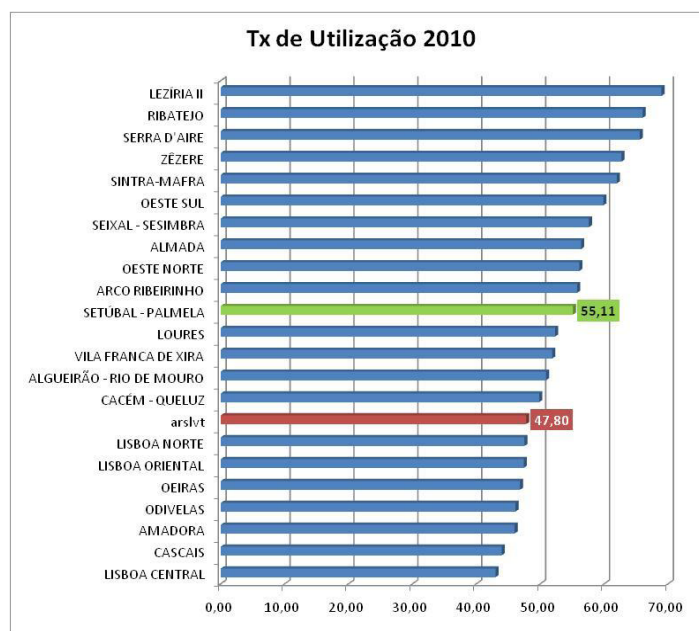
**Quadro 6 – CONSULTAS DE VIGILÂNCIA/ANO E SUA VARIAÇÃO**

Consultas Médicas	1 <sup>as</sup> Consultas 2010	1 <sup>as</sup> Consultas 2009	Variação 2010 – 2009 (%)	Consultas subsequentes 2010	Consultas subsequentes 2009	Variação 2010 – 2009 (%)
Consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF)	116.097	109.424	5.7%	337.894	342.889	-1.5%
Consultas de Saúde Infantil	16.568	16.393	1.1%	17.702	19.734	-11.5%
Consultas de Saúde Materna	2.101	1.918	8.7%	10.792	10.801	-0.5%
Consultas de Planeamento Familiar	12.643	10.843	14.2%	6.149	8.421	-36.9%

Fonte: Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2010

Outro dado importante a salientar tem a ver com o constante aumento quer de inscritos quer de utilizadores do ACES Setúbal e Palmela IV, sendo esta última superior à taxa de utilizadores da ARSLVT, como se pode verificar na figura seguinte.

**Figura 7 – TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS ACES DA ARSLVT**



Fonte: SIARS

O ACES Setúbal e Palmela IV, apresentava uma taxa de utilização de 55,11%, face à taxa de utilizadores da ARSLVT com 47,80.

### **3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população - alvo**

Apesar da gravidez ser um fenómeno natural, ainda hoje é vivida com algumas dúvidas e tabus, pois para além das várias mudanças físicas pelas quais a grávida/casal passa, há ainda uma variedade grande de mudanças psicológicas, aumento de responsabilidade, medo do parto, do desconhecido e de não saber cuidar do recém-nascido, aspetos que os futuros pais vivem com momentos de grande ansiedade

Vários estudos citados por Donelli (2003), sugerem que a combinação dos eventos da vida, a falta de apoio social e o nível de ansiedade contribuem para uma gravidez e um parto com complicações, tanto para a mulher como para o bebé (Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1984; Barnett, Hanna & Parker, 1983; Lipp, 1996). Acrescenta ainda que as mulheres que apresentam mais sintomas de tensão muscular durante a gravidez, do que a média, e aquelas que o demonstram, no início do trabalho de parto, mais sinais associados à ansiedade, essas são mais propensas a apresentar distúrbios fisiológicos relacionados com a disfunção uterina. Vellay (1998) corrobora com a mesma opinião referindo que devido à tensão psíquica e corporal, a mulher durante o parto fica inquieta,

o medo leva a uma ventilação superficial, há uma deficiente oxigenação uterina e, concomitantemente, aumenta o cansaço e a dor. Em contrapartida parturientes que demonstram capacidade de lidar com o *stress*, ansiedade e dor, estão geralmente mais satisfeitas com a experiência do nascimento (Thune-Larsen & Pedersen, 1988).

A preparação para a maternidade 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 carinhosos e tentam imaginar por antecipação as alterações que o novo ser provocará e, como irão reagir ao ruído, desordem, menor liberdade e aos cuidados a prestar ao recém-nascido. É desta forma gradual que os futuros pais se vão encontrando e adaptando a esta nova etapa de vida, delineando deste modo, estratégias que lhes permitam uma melhor adaptação à fase atual, para o que muito poderá contribuir a frequência de cursos de preparação para a maternidade, das quais entre outras temáticas fazem parte a preparação para o parto.

O papel do enfermeiro é preponderante, no sentido de fazer os futuros pais compreender que a gravidez e o nascimento daquele filho modificará as suas vidas de forma irreversível, assumindo um compromisso a longo prazo, que pode ser facilitado pela preparação física, intelectual e emocional (Branden, 2000).

A gravidez é assim, entendida como um período em que se podem desenvolver um conjunto de ações com vista à “construção” da parentalidade. A preparação para o exercício da função parental envolve conhecimento e treino de competências a diversos níveis: físico, emocional, cognitivo, social. O estabelecimento da ligação com o bebé pode, assim, ser fomentado desde cedo.

Ao providenciarem orientação e suporte antecipatório sobre a função parental, os enfermeiros estão a dotar os pais de novas competências para o exercício do novo papel. A intervenção dos enfermeiros deve, segundo Hudson, Elek e Fleck (2001), incidir, inicialmente, na avaliação das necessidades dos pais através da utilização de escalas de avaliação da autoeficácia e satisfação parental durante o período de adaptação à parentalidade. O papel do enfermeiro, neste caso, passa por conhecer os contextos mais próximos da família e as interações entre os seus membros, de modo a identificar os seus medos e dificuldades para um posterior planeamento dos cuidados e uma intervenção efetiva que permita a aquisição de uma identidade parental.

Deste modo, são apresentados alguns aspetos que devem ser respeitados e que, em nosso entender, refletem a preocupação face às questões que envolvem e podem, de alguma forma, condicionar e influenciar o sucesso do exercício do processo de

parentalidade, designadamente: a promoção do conhecimento da grávida e preparação para o parto e a promoção do papel parental; Assistir as famílias para que venham a tornar-se pais e mães bem-sucedidos e competentes é uma preocupação dos enfermeiros porque, deste modo, estarão a contribuir para a promoção da saúde mental dos pais e dos seus filhos.

De acordo com Redman (2003, p. 3), “ *A mudança de cuidados de saúde de um sistema baseado nos procedimentos para um sistema de gestão de cuidados e diferentes métodos de pagamento tem incentivado à introdução de Educação para a Saúde ao utente nos cuidados prestados*”. Neste novo sistema, espera-se que os clientes cuidem mais de si próprios. No entanto, para a mesma autora, os recursos de ensino para assegurar que os clientes sejam competentes e tenham confiança para o fazer, não têm sido assegurados.

É por isso função dos enfermeiros ajudar os pais a desenvolverem precocemente uma relação afetiva, através do apoio dos mesmos ao longo da construção da maternidade/paternidade auxiliando-os a ultrapassar as dificuldades e obstáculos que lhe estão, muitas vezes, inerentes. (Lopes & Fernandes, 2005).

Na opinião de Pestana (1996, p. 189) a educação para a saúde “...*hoje em dia...não tem unicamente como objetivo a modificação de comportamentos e hábitos relacionados com os problemas de saúde, ela visa também uma maior responsabilidade individual e coletiva nas opções relativas à saúde e bem-estar.*” É importante que os enfermeiros tenham em conta os saberes da grávida, as suas crenças e os seus valores aquando da realização da educação para a saúde, desmistificando e descodificando esses mesmos saberes.

Consideramos, portanto, que a relação de confiança e de proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a grávida/família permitem identificar as suas necessidades e, numa caminhada conjunta, encontrar recursos e estratégias de *coping* que permitam satisfazer as necessidades, ultrapassando as dificuldades e disponibilizando-se para o acompanhamento na concretização dos projetos de vida individuais.

### **3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com população - alvo**

A Preparação para a Parentalidade enquanto momento de educação, tem diversas visualizações e compreensões da conceitualização científica. Todavia, existem definições concretas e aceites pelo mundo científico que nos apresentam a Preparação para o Parto como um programa de sessões educacionais para as grávidas e seus

companheiros para que estes possam ter uma participação ativa no processo do parto. (Ankrett, 1992)

Estudos realizados revelam que as grávidas que frequentaram sessões de preparação para o parto segundo Método Psicoprofilático de Lamaze apresentaram-se com maior energia e menos dor, medo, cansaço e menos tristeza em geral (Leventhal et al. Apud Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002). Por outro lado existem evidências científicas de que a duração do trabalho de parto nas grávidas que usufruíram das sessões de preparação e a necessidade de terapêutica para a indução do trabalho de parto são menores; enquanto que o índice de partos eutócicos, o índice de Apgar do recém – nascido ao 1º minuto e os sentimentos de controlo do trabalho de parto são maiores (Freitas & Freitas, 1996).

No seguimento da opinião anterior, foram realizados dois estudos em Itália (Baglio *et al.*, 2000; Spinelli *et al.*, 2003) que concluíram que as aulas de preparação para o parto aumentam o conhecimento e as competências das grávidas, e podem ser uma defesa para a excessiva medicalização da gravidez e parto. Estes autores verificaram ainda que estas mulheres possuem menor risco de serem submetidas a partos por cesariana, possuem maiores taxas de amamentação ainda no hospital e estão mais satisfeitas com a experiência de parto. Também Campero *et al.* (2004) encontraram uma relação entre as aulas de preparação para o parto com a redução das taxas de cesariana. E ainda Cheong *et al.* (2004) e Mehdizadeh *et al.* (2005) concluíram que as aulas de preparação para o parto não influenciaram de forma estatisticamente significativa as taxas de partos instrumentalizados.

As grávidas que frequentaram aulas de preparação para o parto são aquelas que apresentam um maior conhecimento dos procedimentos a ter tais como os posicionamentos a optar, a respiração e o relaxamento, apresentando-se assim mais calmas e tranquilas durante o parto Couto, 2006). Barlow e Coren (2004) concluíram ainda, que os cursos de preparação para o parto podem contribuir significativamente para a saúde mental das mães a curto prazo, embora não estejam associadas ao aumento de segurança tanto para a parturiente como para o bebé.

Em Portugal a investigação realizada por Bento, em 1992, no Porto, concluiu que as grávidas que demonstraram ter maior conhecimento do trabalho de parto e maior confiança nas sessões de Preparação para o Parto, após o curso, revelaram ter um trabalho de parto com menos dor e menos penoso. O investigador concluiu ainda que,

no fim desse estudo, os fatores em que encontraram correlação mais positiva foram o conhecimento, a confiança e a ansiedade.

Mais recentemente em Santa Maria da Feira (2008) realizou-se um estudo que teve como objetivos analisar a “Antecipação da Experiência de Parto” das grávidas que recorreram aos Serviços de Consulta Externa de Obstetrícia e Núcleo de Partos do Hospital de São Sebastião – Santa Maria da Feira e comparar o efeito da variável “Preparação para o Parto” na “Antecipação da Experiência de Parto” dessas grávidas. Concluiu-se que as mulheres, que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o parto, apresentam um melhor planejamento 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 bebê e preparam o enxoval antes das grávidas que não realizaram preparação para o parto (Morgado et al; 2010).

No estudo feito por Frias (2010), conclui-se que a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento (PPN) influencia positivamente a percepção da experiência do nascimento, criando expectativas realistas de modo a que a mulher tenha a informação necessária sobre o desenrolar do trabalho de parto. Por outro lado percebeu-se que as mulheres que não realizaram a PPN, classificaram a dor do parto como intensa e a pior possível, sendo que esta última adjectivação não foi referida por nenhuma das mulheres que frequentaram o PPN.

Por último, publicado em 2011 pela Univesidade Federal do Rio Grande do Sul por Perdomini & Bonilha, um estudo qualitativo sobre a participação do pai como acompanhante da mulher no parto, revela que a sua presença na cena do parto, acompanhando a evolução do trabalho de parto e parto da mulher, apoiando-a constantemente, tem consequências no desfecho do nascimento do bebê: efeitos positivos na construção do vínculo Pai – Rn, assim como, estímulo à mulher no momento de parir, podendo dessa forma, diminuir intercorrências durante o processo de nascimento o qual certamente será lembrado de forma marcante na vida do casal.

Resumindo, podemos inferir através dos estudos analisados a que a Preparação para o Parto surge como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com os medos relativos ao nascimento é segundo a nossa opinião um fator que se relaciona positivamente com a construção de saberes e auto confiança, uma



vez que a sua frequência pelos casais produz benefícios para a mãe, para o pai e para o filho.

Assim, a preparação para o parto revela-se de extrema importância no momento do trabalho de parto e parto, pois constitui uma ferramenta útil para se obter um correto relaxamento e uma respiração adequada. A preparação para o parto, enquanto momento educativo, possui variadíssimas visualizações e compreensões da sua conceptualização científica. Contudo, existem algumas definições que nos indicam a preparação para o parto como um programa de sessões educativas para grávidas e seus companheiros, o que contribui para estimular a sua participação ativa no processo de parto.

Nesta sequência, verifica-se que existem diferentes métodos de preparação para o parto, pelo que vamos abordar alguns dos principais.

### **Método de Dick Read ou Método de Parto Natural**

Médico inglês Grantly Dick Read, defendeu, que a dor provocada pelo parto era consequência de condicionamentos sociais e síndrome do medo da dor, aspeto que é afirmado por Read (citado em Bobak, 1999):

*O medo, a tensão, e a dor são três véus que se opõem ao desenho natural e que têm estado associados à preparação e assistência ao parto...a implementação da minha teoria demonstra métodos através dos quais o medo pode ser ultrapassado, a tensão pode ser eliminada e substituída por relaxamento físico e mental (p. 235).*

Os defensores deste método consideram que o peso exercido pelo tecido muscular abdominal sobre o útero em contração aumenta a dor. Assim, a grávida é incentivada a empurrar para cima a musculatura abdominal durante as contrações, de forma a libertar o útero contraído dos músculos abdominais (Bobak, 1999).

Este método envolve informações sobre o trabalho de parto e parto, orienta sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdómen e técnicas de relaxamento. Também informa sobre nutrição, higiene e exercícios: físico de preparação do corpo para o trabalho de parto e padrões respiratórios. Em relação aos padrões respiratórios, a grávida faz respirações abdominais profundas durante a maior parte do

trabalho de parto e realiza respirações superficiais na fase final do primeiro estágio do trabalho de parto.

O relaxamento voluntário inclui o relaxamento progressivo de vários grupos de músculos ao nível corporal. Algumas grávidas com a prática são capazes de relaxar e até mesmo dormir durante o intervalo das contrações.

Este método tem sofrido alterações de modo a permitir que o apoio prestado usualmente pelo enfermeiro durante o trabalho de parto, possa ser oferecido pelo marido ou pessoa significativa (Bobak, 1999).

### **Método de Lamaze ou Método Psicoprofilático**

Médico ginecologista Ferdinand Lamaze, criou o método de preparação para o parto, conhecido como *parto sem dor*. Este método baseia-se na neurofisiologia do funcionamento do sistema nervoso, dividindo-se nas partes, psicológica e profilática. Exige assim, informação relativa à parte psicológica do método, em que a grávida é instruída a entender o mecanismo do sistema nervoso, o condicionamento e descondicionamento, de forma a compreender a relação cérebro-útero no momento do parto.

Relativamente à parte da informação profilática, são fornecidas à grávida noções sobre anátomo – fisiologia dos órgãos genitais, sendo ensinado os vários tipos de respiração do método e como exercitá-los de forma a conseguirem domínio sobre o seu corpo.

Freitas (citado em Couto, 2003), afirma que é:

*Um método de educação psíquica e física através de informações correctas sobre as transformações ocorridas durante o período da gravidez e parto. Estas informações visam reconduzir a gestante ao normal equilíbrio emocional com vista a disciplinar o seu comportamento com manifestas vantagens sobre a parturição (p. 71).*

O método psicoprofilático utiliza uma resposta pavloviana à dor de parto. Fundamenta-se no trabalho de Pavlov sobre o condicionamento, defendendo Lamaze (1972, citado em Bobak, 1999) que:

A dor é uma resposta condicionada. As mulheres também podem ser condicionadas para não sentir dor durante o trabalho de parto: o método de Lamaze condiciona a mulher a responder com desprezo às contrações uterinas, através do recurso a relaxamento muscular controlado e padrões respiratórios adequados, em substituição dos gritos e da perda de controlo. As

estratégias de adaptação incluem também técnicas de focalização de pontos específicos como uma fotografia ou um padrão ao agrado da mulher, no sentido de manter as vias nervosas ocupadas, impedindo-as de responder aos estímulos dolorosos (p. 235).

Ainda de acordo com Lamaze (1972, citado em Bobak, 1999, p. 235), “...a mulher é ensinada a relaxar grupos de músculos não envolvidos, ao mesmo tempo que contrai um grupo muscular específico, aplicando esta técnica durante o trabalho de parto, relaxando os músculos não envolvidos quando o útero se contra».

O método Lamaze centra-se em fazer com que o casal em sua expectativa para o nascimento do bebê utilize várias ferramentas para aliviar o desconforto e conservação a fim de controlar a dor enquanto ocorre o parto. O modelo desenvolvido por Lamaze incentiva o casal a usar exercícios de respiração profunda e diversas técnicas de “distração”, que incluem lembranças agradáveis, para poder distrair a mulher da dor do parto. Este método salienta a importância do acompanhamento e apoio da grávida durante todo o processo de gravidez, por parte do companheiro ou outra pessoa significativa.

### **Método de Bradley ou Método de parto assistido pelo marido**

Robert Bradley, médico obstetra norte-americano, em 1965 considerou como parto natural aquele em que não se procede à administração de anestesia ou analgesia, contando com a ajuda do marido que atua como *treinador* e com a utilização de técnicas de respiração (Bobak, 1999).

O método Bradley, citado por Bobak (1999, p. 236), “...baseia-se na observação do comportamento animal durante o parto e enfatiza a necessidade de trabalhar em harmonia com todo o corpo, utilizar o controlo da respiração, respiração abdominal e relaxamento corporal generalizado”.

A técnica salienta que fatores ambientais como a escuridão, estar só e o sossego, tornam a experiência do parto mais natural. As mulheres que adotam este método, muitas vezes aparentam estar a dormir durante o trabalho de parto, encontrando-se num estado de relaxamento mental profundo.

A técnica Bradley inclui conselhos sobre nutrição e dieta da mãe durante a gravidez, o que inevitavelmente tem um efeito positivo sobre o crescimento e bem-estar do feto. Educa os pais sobre as diferentes fases da gravidez e ensina-os a reagir às mudanças corporais da mulher. Para o pai é atribuída a função de “técnico” durante o processo de nascimento, fazendo com que a mãe se concentre e fique tranquila, ajudando com exercícios de respiração. O uso de diferentes formas de massagem também pode ser usado.

De acordo com Couto (2002), entre os vários métodos existentes por todo o mundo científico, o psicofilático é um dos mais aplicados e com maior sucesso de acordo com maior sucesso.

Apesar do CPP utilizar o método psicofilático, utilizamos alguns conceitos dos autores anteriormente referidos no que concerne às informações sobre os processos de trabalho de parto, algum tipo de preparação física, e a crença no apoio, constante e competente, durante o trabalho de parto.

No que respeita às técnicas de relaxamento, verifica-se que existe uma grande variedade de técnicas, que têm como objetivos o relaxamento, o alívio da tensão muscular, da ansiedade e do medo, afirmando Ryman (1995, citado em Payne, 2003, p. 3), que o relaxamento é “...um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”.

Nesta sequência, verifica-se que existem duas grandes categorias onde se inserem a maioria dos métodos de relaxamento profundo e superficial, nomeadamente físicos e psíquicos. Uma vez que existe um grande número de métodos de relaxamento, iremos abordar, sucintamente, apenas um método físico (relaxamento progressivo) e um método psicológico (treino autogénico).

### **Método Físico – Relaxamento Progressivo**

Edmund Jacobson (1964), médico-fisiologista, desenvolveu um plano sistemático abrangendo os principais grupos musculares do corpo humano. A alternância entre o contração e distensão da musculatura resulta em profundo relaxamento. De acordo com Fialho (2009), o método de Jacobson revela uma orientação mais fisiológica que psicológica onde o paciente aprende a avaliar e realizar sistematicamente as suas

tensões nos diversos grupos musculares, para depois relaxá-las. Este método, ao contrário das restantes, desaconselha a utilização da sugestão, ou seja, os treinadores são orientados no sentido de evitar inculcar ideias, tais como: “...os seus membros estão tensos/relaxados” ou “*repare como os seus membros estão tensos/leves...*” (Payne, 2003).

Assim, o relaxamento progressivo é uma técnica em que se trabalham 16 grupos musculares. Cada grupo é primeiro tenso e depois relaxado várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular.

Para se proceder à referida técnica, Amaro & David (2006) referem dever-se respeitar os seguintes requisitos:

- Adotar uma posição confortável, numa cadeira ou deitado com uma almofada para apoiar a cabeça;
- Repetir a sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular até conseguir o relaxamento nos músculos em questão;
- É importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento, mas repentino;
- Deve dar-se tempo para se sentir os indicadores do relaxamento: calor ou peso;
- O treino é essencial, pois relaxar é como qualquer outra aptidão que se aprende;
- Quando se domina a técnica, o relaxamento pode ser utilizado como resposta às sensações de tensão ou ansiedade;
- Deve-se evitar movimentos para além dos exercícios localizados e manter os olhos fechados;
- Deve-se adotar uma respiração abdominal e não torácica.

Nesta sequência, para se obter competências de relaxamento são recomendados alguns itens: (Amaro & David; 2006) ( Anexo I).

Este método baseia-se essencialmente no relaxamento progressivo dos músculos, atuando ao nível da fusão de ambas as abordagens tensão-distensão e na abordagem passiva, ou seja, no binómio contração -descontração de grupos musculares específicos, tratando-se de um processo ativo em que a grávida trabalha os músculos.

## **Método Psicológico – Treino Autogénico**

O treino autogénico é um sistema terapêutico criado por Schultz (1884 -1970), médico psiquiatra e neurologista alemão e consiste num tipo de auto-hipnose, utilizando auto instruções de peso, calor, corrente e outras sensações cinestésicas que induzem o relaxamento profundo. Schultz fez uso do trabalho desenvolvido por Vogt, seu professor, que desenvolveu uma técnica que permite aos pacientes expressarem-se livremente mesmo durante a experiência hipnótica.

Por seu lado, Erickson e Rossi (1979, citado em Payne, 2003, p. 187), defende que transe é uma situação na qual as faculdades críticas são suspensas e os “...*limites do...quadro normal de referências e crenças do indivíduo alterados temporariamente... ficando ele recetivo a outros padrões de associação e a outros modelos de funcionamento mental.*”

Para Hartland (1971, citado em Payne, 2003, p. 187), transe hipnótico é “...*o processo através do qual o indivíduo aceita uma proposição que lhe é colocada por alguém sem a mais pequena razão lógica para o fazer*”.

Assim, o treino autogénico deriva da auto-hipnose e, hoje em dia, está perfeitamente estabelecido, mas uma vez que a participante tem um papel ativo no seu próprio tratamento, é geralmente considerado uma técnica de relaxamento e não uma forma de hipnose (Payne, 2003).

O treino autogénico, de acordo com Fialho (2009), resume-se na seguinte descrição:

- Bases da Relação do Relaxamento  
Indução e controle; sugestão e verbalização
- Tipos de Abordagem Corporal  
Segmento por segmento para chegar à unidade do corpo
- Progressão do Tratamento  
2 ciclos – um inferior com 6 exercícios; um superior com 7 exercícios
- Objetivo Explícito da Técnica  
Desconexão do organismo; estados autenticamente sugestivos

Em suma, esta técnica de relaxamento baseia-se na auto-hipnose através de frases pré-definidas, proferidas pela grávida, que assume o seu próprio controlo ao realizar a técnica, embora seja o instrutor a descrever o método.

### **3.4 – Recrutamento da população - alvo**

Após termos efetuado a escolha do projeto, tornou-se necessário selecionar a população alvo do nosso estudo. Segundo Fortin (2003):

Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios...a população acessível que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador. A população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador (p. 202).

A nossa população engloba as grávidas/casais que frequentaram o Curso de Preparação para a Parentalidade no ACES Setúbal e Palmela. Como critério de seleção para a inclusão no curso são apenas inscritas preferencialmente as primíparas, uma vez que, consideramos pertinente dotar de competências os casais sem qualquer experiência anterior.

O projeto em questão está inserido na instituição Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo – ACES da Península de Setúbal IV, que desde 2004 tem vindo a desenvolver cursos de preparação para o parto e posteriormente para a parentalidade segundo o método psicoprofilático. Inicialmente decorreu de forma informal, dirigida a pequenos grupos de grávidas apenas do Centro de Saúde do Bonfim-Setúbal com a colaboração de duas enfermeiras. Posteriormente foi alargando a sua estrutura e organização a profissionais – dotados de competência técnica, científica e humana – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), (n.º 2, Artigo 7.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros), que coordenam a intervenção articulada de outros profissionais de saúde nos Cursos de Preparação para a Parentalidade (CPP).

A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal encontra-se publicada no Dec. - Lei n.º 28/2008, DR n.º 38, Série I de 22-02-2008, tendo iniciado um ano mais cedo, como experiência Piloto em Setúbal. Esta reforma permitiu ao grupo que se candidatou em Agosto de 2009 à Unidade de Cuidados na Comunidade – Península Azul (UCCPA), assume desde Março de 2012 uma nova forma de organização, ao nível da prestação de cuidados de saúde de proximidade.

Um dos programas que integram a carteira de serviços da UCCPA é o Programa Nacional de Saúde Materna, sendo o CPP uma das atividades desenvolvidas. No âmbito

do programa de Saúde Materna, a UCCPA propõe-se desenvolver o CPP tendo em vista os objetivos gerais do programa nacional traçado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e de acordo com as características da população abrangida pelo Concelho de Setúbal.

Com vista a atingir estes objetivos propõe a UCCPA dar continuidade à realização de CPP *que tem desde 2006 trabalhado* com uma equipa multidisciplinar constituída por EESMO, Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), Fisioterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Higienista Oral e Psicóloga; salvaguardando a ideia de que são os EESMO os profissionais de primeira escolha por serem detentores do conhecimento científico e de competências necessárias para o acompanhamento, preparação física e mental da grávida e puérpera, alargando os cuidados à família.

A implementação deste projeto de mestrado constituiu um momento de estudo, pesquisa e reflexão, baseada nos receios, dúvidas e medos, transmitidos pelas grávidas/casal e puérperas durante o CPP e nas consultas de revisão de puerpério. Tendo em conta que o CPP tem vindo a ter cada vez maior adesão de inscrições percebemos que a educação para a saúde não era efetuada, de forma planeada e devidamente registada, não contribuindo assim de forma eficaz para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Na opinião de Redman (2003) existem erros grosseiros assinaláveis na prática da educação para a saúde. A omissão de qualquer etapa, por exemplo, do estabelecimento de metas, ou da avaliação sistemática, compromete o processo de ensino – aprendizagem. Deverá assim ser sempre utilizado um modelo processual de diagnóstico-intervenção-avaliação para proceder à educação para a saúde.

A formalização do pedido de autorização da implementação do projeto de mestrado foi realizada a 15/11/2011 tendo sido aprovado pelo conselho clínico na pessoa da sua diretora Dr.<sup>a</sup> Cristina Cabeçadas (Anexo II).

A UCC Península Azul iniciou as suas funções a 5 de Março de 2012 e a 27 de Março de 2012 foi realizada a sua inauguração na Casa da Baía – Setúbal com as devidas entidades oficiais e os vários parceiros sociais da região de Setúbal. No dia da sua inauguração foi realizada a apresentação da história da Preparação para a Parentalidade como um projeto reformulado no âmbito do presente mestrado.



## **4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS**

Após a delimitação da necessidade, torna-se importante delinear os objetivos do projeto. De acordo com Carvalho (1998), um projeto apresenta-se como um ideal composto por finalidades, coerente em si mesmo, o qual, transcendendo os limites estritos e objetivos do presente, enquadra, aglutina e mobiliza visões do mundo, desejos e energias. Um projeto visa, portanto, o futuro e pressupõe que o Homem pode intervir no curso da história dos acontecimentos – aproveitando os conhecimentos que tem da realidade passada e atual – em função de uma antecipação projetiva que provém de uma escolha no quadro das alternativas imaginadas como possíveis. Considerando-se como a superfície de projeção das aspirações dos indivíduos e dos grupos, o projeto apresenta-se igualmente como uma referência frequente das organizações.

### **4.1 – Objectivos da intervenção profissional**

Como coordenadora do CPP e parte integrante da equipa multidisciplinar pretendemos através da implementação deste projeto, aumentar o nível de conhecimento da grávida/casal relativamente à sua situação de saúde, experiência do parto e pós –parto, permitindo que os cursos sejam direccionados para a autonomização e reintegração plena das mesmas no seu meio, com os conhecimentos suficientes para lidar com a sua situação de saúde e do seu recém-nascido (Rn).

Tal com mencionámos anteriormente, um projeto não se esgota no ideal, dado que terá de existir uma acção desempenhada pelo Homem com vista à satisfação das necessidades existentes. Desta forma, um projeto compreende igualmente uma estratégia que torna realizável o ideal. Um projeto implica a implementação de medidas, de estratégias que conduzam a uma mudança, tornando-se assim necessário definir objetivos visto que o planeamento da acção tem um papel decisivo. Considerando este aspeto os objetivos deste projeto foram delineados da seguinte forma:

**Objetivo Geral:**

Promover o conhecimento da grávida/casal sobre gravidez, parto, puerpério e cuidados ao Rn, como efeito do CPP;

**Objetivos Específicos:**

Criar meios que permitam monitorizar periodicamente os efeitos do CPP no conhecimento, na gestão da ansiedade e da dor;

Reestruturar o CPP de acordo com as competências técnicas, científicas e humanas do EESMO;

Atualizar conteúdos teórico-práticos em vigor no CPP.

**4.2 – Objectivos a atingir com a população - alvo**

Quando falamos da grávida, este conceito estende-se ao casal grávido, pois esta etapa de vida envolve-os num processo de mudança e adaptação à gravidez e ao nascimento de um novo membro, levando-os a reestruturarem-se num contexto pessoal/familiar, económico e social, aspeto que é reforçado por Bobak (1999), ao afirmar que:

A gravidez envolve todos os membros da família. Dado que a concepção é o início, não só de um feto em crescimento mas, também, de um novo formato familiar com um elemento adicional e com relações em mudança, cada membro da família tem de se adaptar à gravidez e interpretar o seu sentido, à luz das suas próprias necessidades (p. 115).

As diferenças biológicas entre as mulheres e os homens são fortemente salientadas durante a gravidez e o parto e o que anteriormente era uma relação estreita e de mútuo apoio poderá deteriorar-se. Porém, se tratar do primeiro filho, o casal está unido pelo facto da gravidez, o parto e a paternidade, representarem uma novidade para ambos. Esta é uma experiência unificadora e também potencialmente desagregadora e a prova de tal união dá-se com a chegada do bebé, uma aliança genética única produzida através de um parto único na sequência de uma gravidez única que apenas os dois podem partilhar, aspeto que é reforçado por Figes (2001), ao afirmar que:

A presença de ambos os parceiros durante o parto é uma experiência única que os liga, fomentando uma intensa intimidade entre duas pessoas que já são chegadas, e criando o potencial para laços emocionais mais estreitos entre o pai e a mãe e o pai e o bebé. Muitas mulheres afirmam que os seus companheiros dão mais apoio nas semanas e meses

subsequentes nos primeiros cuidados maternos depois de terem assistido aos esforços supremos e à alegria do parto (p. 166).

Por seu lado Bobak (1999, p. 124), afirma que «*o papel do companheiro durante a gravidez pode ser de apoio, respondendo aos sentimentos de vulnerabilidade da mulher,...*». Durante o processo de gravidez, o pai desempenha um papel fundamental na estabilização emocional e sentimental da grávida, pois nesta nova etapa de vida, a mãe vivencia novos sentimentos e medos aos quais poderá não conseguir dar resposta sem o seu apoio.

Assim, as alterações que ocorrem no casal, ou na mãe, quando for o caso, relevam uma vez mais a importância da Preparação para a Parentalidade para que esta fase do ciclo vital possa ser vivido como um momento de singular felicidade, vivido de forma serena e perfeito bem-estar, pelo que é essencial proporcionar conhecimentos geradores de capacidades e habilidades que levem os pais a assumirem comportamentos facilitadores do seu papel parental que se inicia.

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde e, sobretudo aos EESMO, educarem os casais de forma a minimizarem os seus medos e receios, proporcionando-lhes a possibilidade de vivenciarem este momento de forma informada, consciente e saudável. Posto isto, Lederman (1984, citado em Bobak, 1999, p. 121), afirma que a melhor preparação para o parto é «*um sentido saudável do real – uma consciencialização do esforço, dor e risco, contrabalançada por um sentido de excitação e expectativa pelo prémio final*».

Nesta sequência, a promoção da saúde durante a gravidez contribui para modificar não apenas a saúde individual de cada mulher/casal e dos seus filhos, mas também, a de toda a sociedade, o que contribui para que a preparação para a parentalidade assuma especial importância.

## **5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES**

A reflexão enquanto atividade emerge, como condição para ir mais além ou como estratégia utilizada para ultrapassar dificuldades, pois permite a identificação das mesmas e o diálogo consigo próprio, no sentido de encontrar resposta para essas mesmas dificuldades.

Identificamos diversas vezes a referência à reflexão como algo que está subjacente ao seu processo de desenvolvimento e à autoavaliação, sobretudo a que está inerente ao relatório reflexivo de cada intervenção – acção. Refletir sobre a acção permite-nos uma consciencialização do conhecimento pessoal. Para Alarcão (1996), este tipo de reflexão baseia-se numa reconstrução mental de carácter retrospectivo da acção, numa tentativa de o analisar, constituindo uma reacção mental quando a acção é percebida de forma diferente.

Na opinião de Schön (1992), a formação do profissional reflexivo exige um pensar crítico sobre a prática e, durante o processo, esse profissional exercita o desenvolvimento da capacidade de reestruturar estratégias de acção, colocando em prova uma nova compreensão do problema. Apesar da racionalidade técnica que ainda domina o espaço académico, a capacidade criativa do ser humano, ainda é um grande instrumento para a sua evolução. É então, através da formação contínua, mediante a observação e a reflexão, que os profissionais descreveriam e explicitariam as suas intervenções, posicionado diante do que se deseja observar, podendo encontrar novas pistas para a solução dos problemas que se apresentam. Schön (1992) acrescenta que deveríamos apoiar os indivíduos que já iniciaram este tipo de experiência, promovendo os contatos entre as pessoas e criando documentação sobre os melhores momentos de sua prática.

## 5.1 – Fundamentação das intervenções

A maternidade na vida de um casal é um projeto para a vida sujeito a mudanças sucessivas e adaptações a diferentes tarefas de desenvolvimento. Conforme descrito por Canavarro (2001), nesta fase a mulher vive um período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam as capacidades do sistema para se adaptar interna e externamente. É uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio onde o EESMO tem um papel determinante nesta adaptação à nova realidade, para que o nascimento de um novo ser, seja uma boa experiência para a mulher/família, pois os sentimentos de orgulho, competência e confiança potenciam a vivência da maternidade. De forma a atingirmos o objetivo de promover o conhecimento da grávida/casal sobre gravidez, parto, puerpério e cuidados ao Rn, como efeito do CPP, foram delineadas diversas intervenções.

Para criar meios para monitorizar periodicamente os efeitos do CPP no conhecimento, ansiedade e dor foram delineadas as seguintes intervenções:

Reestruturação da ficha de identificação da grávida (Anexo III);

Reestruturação da ficha de avaliação do CPP pela grávida (Anexo IV);

Aplicação da ficha de identificação e de avaliação às grávidas do CPP;

Elaboração do questionário de avaliação da expectativa do resultado e expectativa da eficácia do trabalho de parto (Anexo V);

Elaboração do questionário de avaliação da Perceção Pós - Parto às Puérperas do CPP ( Anexo VI);

Avaliação do CPP.

De acordo com Lizarraga (2004) tradicionalmente os profissionais centram-se em fornecer informação, mais ou menos individualizada, com a ideia de que uma pessoa bem informada adota comportamentos saudáveis, mas para que estes ensinamentos sejam retidos pelas utentes, devem obedecer a um conjunto de regras e estratégias que de certa forma, condicionam a forma como o profissional de saúde faz a abordagem do tema a explicar.

A Educação para a Saúde é uma parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde. Ainda se estão a desenvolver padrões de práticas neste campo. A mudança de cuidados de saúde de um sistema baseado nos procedimentos para um recente sistema de gestão de cuidados, tem incentivado a introdução da educação para a saúde ao utente nos cuidados prestados. *“Neste novo sistema, espera-se que os indivíduos cuidem mais de si próprios, contudo, os recursos de ensino para assegurar que eles sejam competentes e tenham confiança para o fazer não tem sido assegurada”*, de acordo com Barbara Redman (2003, p. 3).

A educação para a saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção. A fase de avaliação de necessidades determina a natureza de uma necessidade e motivação para aprender e as metas são mutuamente estabelecidas com o utente. A intervenção é constituída para estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem dos utentes. A avaliação ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos para verificar se as metas estão a ser alcançadas. É frequente a necessidade de reensino devido a não ser possível prever com rigor que intervenção conduzirá à aprendizagem desejada num determinado utente. Na maior parte dos casos o reforço de follow-up e reensino são necessários ao longo do tempo. O processo de ensino pode ser resumido do seguinte modo:

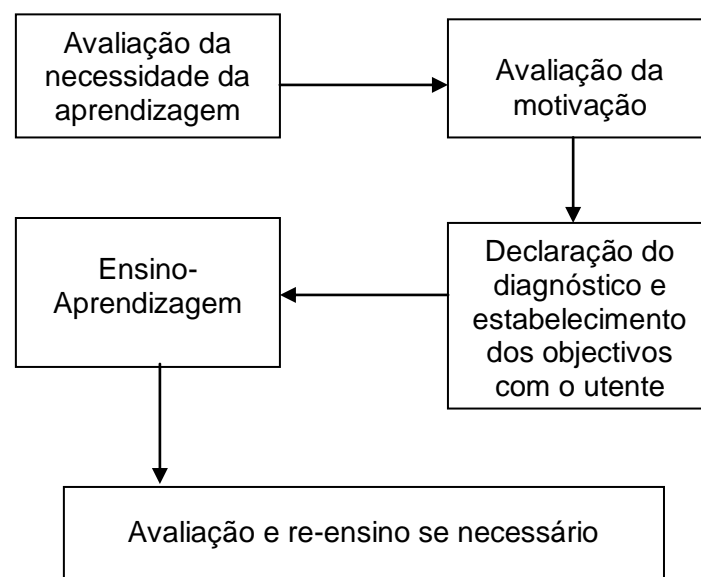


Figura 7 – Fonte: Bárbara Klug Redman – A Prática da Educação para a Saúde, p.4, 9.<sup>a</sup> Edição 2003, Lusociência.

Pouco se sabe da forma como este processo é realmente utilizado pelos profissionais de saúde, mas o que parece estar mais claro é que não ocorre de modo ordenado ou sequencial como demonstrado na figura 7. Começa-se pelo início do processo mas, subsequentemente, salta-se de etapa para etapa; contudo, os elementos servem como pontos de verificação para assegurar que as variáveis relevantes que afetam a atividade de ensino-aprendizagem foram consideradas.

A prática da educação para a saúde não pode traduzir-se, simplesmente, na transmissão de informação, de conhecimentos sobre determinado assunto nem, tão só, deixar que o indivíduo se desenvolva, apenas, em função do meio onde está inserido, com tudo aquilo que lhe é transmitido pelos seus ascendentes.

Em termos pedagógicos, como seria de esperar, o formador deve dominar profundamente os mecanismos e processos de aprendizagem, de forma a reconhecer a individualidade de cada formando (por mais homogêneo que seja o grupo a quem se de atividade dirige). Os objetivos da formação devem estar bem planeados, tal como todo o conteúdo desta, devendo o formador ter princípios de formação definidos. Em termos pedagógicos salienta-se a comunicação e técnicas de dinâmica de grupos como características dominantes num bom desempenho. O processo de avaliação passa pela avaliação de grupo, avaliação individual, avaliação do planeamento formativo e avaliação pessoal. O formador deve estar ciente que qualquer destes parâmetros deve ser respeitado e fomentado ao ponto de atingir o sucesso da formação.

Retomando o conceito de educação para a saúde acima apresentado, a chamada de atenção para as características da população é, para nós, também fulcral, pois só assim se pode responder cabalmente às suas necessidades, conhecer e compreender os seus conhecimentos, hábitos, crenças, enfim, a sua cultura. O povo setubalense é, hoje em dia, constituído por uma população multicultural, com hábitos, conhecimentos e crenças diversificadas. Nesta perspetiva, o grupo de grávidas e casais grávidos constitui-se um micro ambiente interdisciplinar, interativo, dinâmico e complexo; direcionado à promoção da saúde, ao cuidado humanizado e à autonomia dos participantes. É um projeto de extensão gratuito, educativo e interdisciplinar dirigido às gestantes e seus acompanhantes, coordenado por um EESMO, e partilhado com um EESIP, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma higienista oral, uma nutricionista e uma psicóloga do ACES Setúbal e Palmela.

De acordo com Zampieri et al (2010) a oportunidade de trocar saberes e vivências sobre as etapas do processo de nascimento, de expressar sentimentos e medos, conhecer

experiências e refletir sobre situações semelhantes às suas, possibilita às grávidas e casais, ao construírem coletivamente o conhecimento, fortalecerem seus recursos pessoais, reelaborarem suas compreensões sobre o processo de nascimento, escolherem alternativas saudáveis para vivenciar o processo, e ainda, terem subsídios para a superação de limitações e oportunidades para participar ativamente e com segurança. Para reestruturar o CPP de acordo com as competências técnicas, científicas e humanas do EESMO foram delineadas as seguintes intervenções:

Reuniões com EESMO, Enfermeira coordenadora da UCC e Enfermeira vogal do Conselho Clínico do ACES da Península de Setúbal IV;  
Reformulação da estrutura do CPP (Anexo VII);  
Divulgação da reestruturação do CPP.

A atribuição do título de EESMO certifica o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado nos domínios em questão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas (técnicas, científicas e humanas) especializadas relativas ao seu campo de intervenção (mulher inserida na família e comunidade).

O exercício da competência passa por operações mentais complexas suportadas por esquemas de pensamento que permitem escolher e realizar uma ação aptada à situação (Altet, 1996; Perenaud, 1998). A própria noção de competência vai evoluindo assumindo-se hoje como um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações e tomadas de decisão (Perenaud, 2000).

Na II Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem em Novembro 2009 foi esclarecida a diferença entre intervenções de Enfermagem sobre parentalidade – que podem ser efetuadas por vários profissionais (como acontece no CPP do ACES Setúbal e Palmela) – intervenções de Enfermagem visando a adaptação à parentalidade – que devem ser realizados por enfermeiros especialistas – e intervenções de Enfermagem para a preparação para o parto – que fazem parte da área de atividade do EESMO. De acordo com Côtó (2009):

*A conceção e a implementação de programas que pretendem capacitar a mulher e família para vivenciar os processos que ocorrem durante a gravidez e o trabalho de*



*parto implicam conhecimento consistente dos processos fisiológicos inerentes à gravidez, ao trabalho de parto, e pós-parto, mas também dos procedimentos habitualmente usados no locais de parto, das diversa estratégias capazes de proporcionar o conforto e o bem-estar da mulher e família durante esta etapa do ciclo vital. Ora, tudo isto faz parte do exercício profissional do EESMO.*

Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 36 (2010, p. 13)

Recordamos que desde 2007 que o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros Portugueses emitiu o parecer 123/2007 definindo que só aos EESMO é reconhecida a competência para ministrar o Curso de Preparação para o Parto. Além disso, há a considerar que a Lei nº 9/2009 de 4 de Março, determina as atividades e a formação mínima obrigatória dos EESMO, mas também dos enfermeiros de Cuidados Gerais.

Em Setembro de 2010 foi aprovada em Assembleia do Colégio da Especialidade as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, aprovadas em Diário da República em Fevereiro de 2011, onde fica bem explícito que o EESMO desenvolvendo a sua prática profissional e ética no seu campo de intervenção – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal através da Conceção, Planeamento, Coordenação, Supervisão, Implementação e Avaliação de Programas de Preparação completa para o Parto e Parentalidade responsável (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A individualização dos cuidados de enfermagem obstétricos pressupõe que se deixe de centrar os mesmos apenas em procedimentos técnicos e se dê particular importância ao suporte emocional e envolvimento da mulher no sentido do autocuidado. O cuidado prestado, a palavra afável, o olhar de cumplicidade e o toque terapêutico, fazem toda a diferença comparativamente a um cuidado meramente técnico. Como refere Vara (1996, p. 32) “... *possuir conhecimento e responsabilidade,... ser habilidoso, gentil, paciente e saber transmitir segurança e confiança..., assim como ter uma atitude de empatia, sinceridade, humildade, saber ouvir e compreender o impacto emocional da doença e do sofrimento*”.

Para atualizar conteúdos teórico-práticos em vigor no CPP foram delineadas as seguintes intervenções:

Reuniões com Enfermeiro chefe BP do CHSB – Setúbal;

Reuniões com Enfermeira chefe Puerpério do CHSB – Setúbal;

Atualização dos conteúdos teórico-práticos das sessões do CPP (Anexo VIII).

No contexto da articulação do enfermeiro enquanto formador na educação para a saúde, surge a dicotomia teoria/prática. A escola promove ao enfermeiro o desenvolvimento das suas capacidades cognitivas, tornando-o portador de uma base teórica poderosa para comunicar ao outro; a instituição hospitalar/cuidados de saúde primários fornece o meio de aplicação dessa teoria; o enfermeiro enquanto formador dá crédito ao seu conhecimento comunicando na prática o aprendido. No entanto, enquanto formador com a sua experiência, com o desenvolvimento tecnológico e com as novas exigências culturais descobre que a sua formação precisa de atualização. Desta forma, o enfermeiro enquanto formador encontra-se sempre num processo reflexivo de aprendizagem sendo esta a reflexão é uma maneira de encarar e responder a problemas.

Os saberes alteram-se e assumem diferentes papéis de acordo com as exigências atuais a todos os níveis: técnicos, económicos, organizativos e por estatutos que permitem ou não manter a profissão. A formação contínua liga-se inexoravelmente ao contexto e aos intervenientes no mesmo.

Na opinião de D’Espiney (1997, p. 186)

*“A formação contínua de adultos ultrapassa largamente os modelos escolares. Compreendida como um processo de socialização, em que os indivíduos são simultaneamente objectos, sujeitos e agentes, conforme propõe Lesne (1977), permite alargar as modalidades de formação a um campo vasto onde o formal e o informal se articulam”.*

Aos enfermeiros cabe o papel de articular a formação inicial com a contínua, repensando os papéis e os objetivos da formação para, segundo a mesma autora, a otimização do potencial formativo das situações de trabalho. Para a efetuação deste papel, há necessidade de reciclar e aprofundar conhecimentos, de atualizar métodos e teorias e de não estagnar na abordagem da sua atividade.

## 5.2 – Metodologias

O termo metodologia acarreta alguma ambiguidade, pois poderá ser entendido em diversos sentidos, aparecendo associado não apenas à ciência que estuda os métodos científicos, mas também às técnicas de investigação e até aos seus pressupostos epistemológicos, segundo Pardal e Correia (2001). Já o termo “método” vem sendo utilizado com mais precisão, situando-se num conjunto de operações, tendo em vista a consecução de objetivos determinados, ou seja, corresponde a um corpo orientador da pesquisa com normas que tornam possíveis a seleção e aplicação de técnicas para que se possa desenvolver o processo de “verificação empírica”, segundo o mesmo autor. Assim, para a realização deste projeto, entendemos, como Fortin (2003), que a metodologia é o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. A fase metodológica inclui os métodos utilizados para a realização deste projeto e o modo como foi aplicado.

Foi realizada uma pesquisa documental retrospectiva. Os documentos utilizados para subsidiar a análise de dados foram as fichas de inscrição e os questionários de avaliação do CPP. Tais documentos fazem parte do banco de dados do Grupo, desde 2006.

Os presentes dados foram analisados no período de Janeiro a Julho de 2011. O número de mulheres/casais a frequentar o curso de preparação para o parentalidade do ACES Setúbal e Palmela durante esse período foi de 86 grávidas. Das 86 grávidas que constituíram os cinco grupos de preparação para a parentalidade, 71 eram primíparas e 15 multíparas, sendo a média de idade do total do grupo de 28,32 anos. Foram encaminhadas 41 grávidas da UCSP S. Sebastião, 16 da UCSP – Praça da República, 12 da UCSP do Viso, 15 do UCSP de Santa Maria e 2 de UCSP – Stº. Nicolau.

Foram utilizadas 86 fichas de inscrição, as quais determinaram o perfil das grávidas e 34 questionários de avaliação. O questionário de avaliação do curso de preparação para o nascimento foi preenchido apenas por 34 grávidas, uma vez que muitas não compareceram à última sessão.

Foi tida em conta a opinião destas mulheres sobre a componente teórica das sessões, a componente prática das sessões, a sessão sobre amamentação, as sessões sobre o trabalho de parto, a sessão sobre os cuidados ao bebé e sobre o curso de preparação para a parentalidade, na sua generalidade.

## 1. Componente Teórica das Sessões de Preparação para a Parentalidade

Relativamente à utilidade destas sessões, nenhuma grávida considerou as sessões pouco úteis, todas elas concordaram que aumentaram os seus conhecimentos e que esses conhecimentos têm aplicação prática (Gráfico 1).

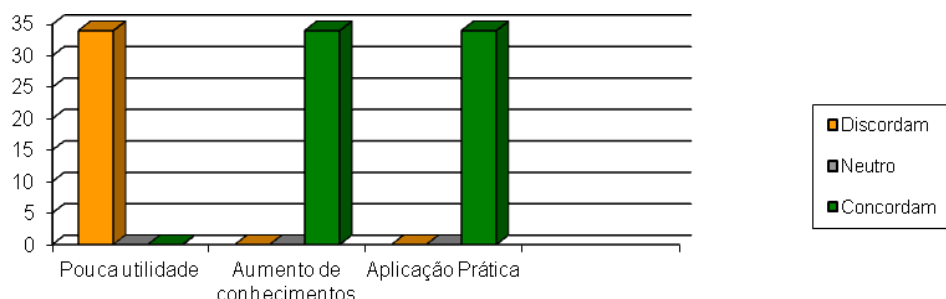


Gráfico 1 – Opinião das grávidas relativamente à componente teórica das sessões de preparação para a parentalidade.

## 2. Componente Prática das Sessões de Preparação para a Parentalidade

No que diz respeito à componente prática das sessões de preparação para a parentalidade, as grávidas que responderam ao questionário discordam da sua pouca utilidade e, concordam que aumentaram os seus conhecimentos e que estes têm aplicação prática (Gráfico 2).

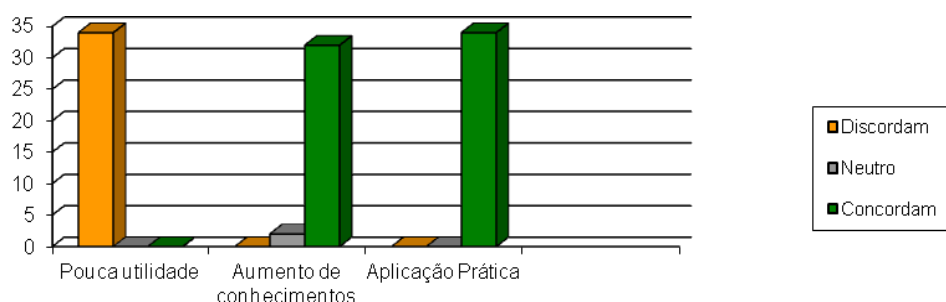


Gráfico 2 – Opinião das grávidas relativamente à componente prática das sessões de preparação para a parentalidade.

### 3. Sessão sobre Amamentação

Acerca da sessão sobre a amamentação, todas as grávidas discordaram da pouca utilidade das sessões e concordaram mais uma vez que a sessão serviu para aumentar conhecimentos e que estes podem ter aplicação prática (Gráfico 3).

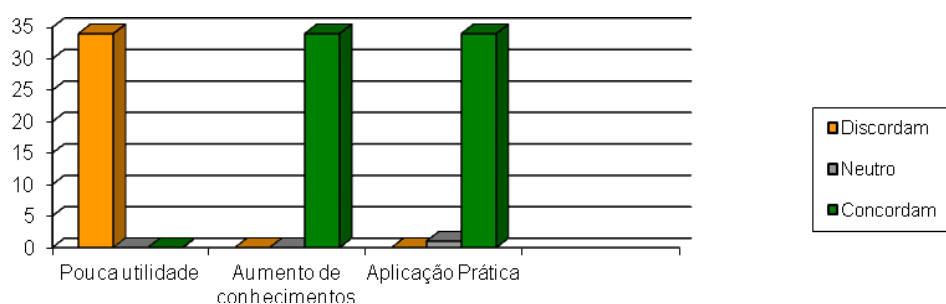


Gráfico 3 – Opinião das grávidas relativamente à sessão sobre amamentação do curso de preparação para a parentalidade.

### 4. Sessões sobre o Trabalho de Parto

Sobre esta temática, as respondentes discordam da pouca utilidade das sessões e concordam com o aumento de conhecimentos e a sua aplicabilidade prática (Gráfico 4).

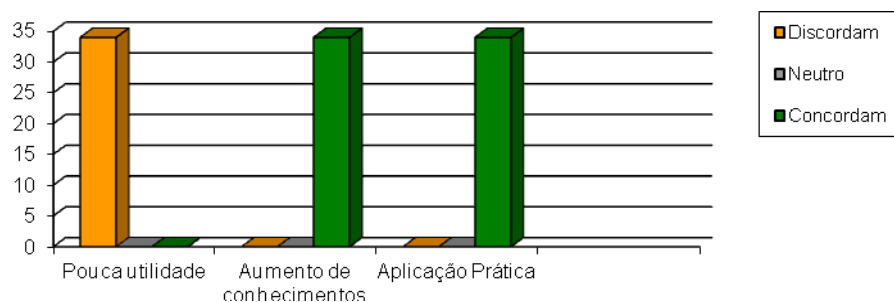


Gráfico 4 – Opinião das grávidas relativamente às sessões sobre o trabalho de parto no curso de preparação para a parentalidade.

## 5. Sessão sobre Cuidados ao Bebê

Mais uma vez, neste campo, é rejeitada a resposta que atribui pouca utilidade a esta sessão, sendo considerado pela totalidade das grávidas que houve aumento de conhecimentos e possível aplicabilidade prática (Gráfico 5).

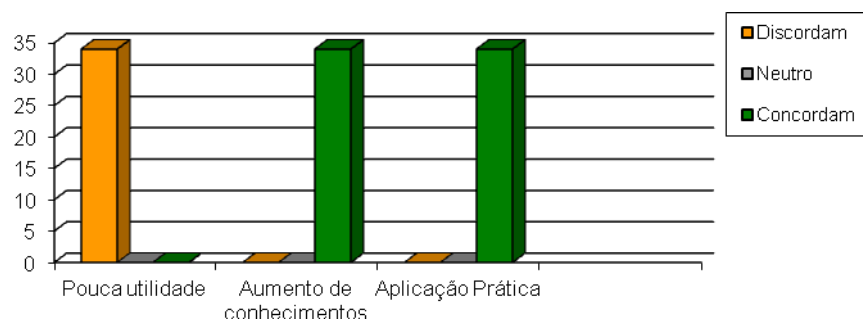


Gráfico 5 – Opinião das grávidas relativamente à sessão sobre os cuidados ao bebé no curso de preparação para a parentalidade.

## 6. Opinião sobre o Curso de Preparação para a Parentalidade na sua Generalidade

Para que as grávidas opinassem, foram colocadas afirmações tais como o fato do curso ajudar a diminuir a ansiedade, fazer com que a grávida se sinta mais preparada para o parto e para a maternidade, não dar resposta às necessidades das grávidas, não aumentar os conhecimentos, servir para alterar alguma atitude ou aspeto prático e contribuir para a satisfação geral.

No que respeita à diminuição da ansiedade, apenas três das respondentes discorda deste aspeto e duas mostram posição neutra. As 34 grávidas concordam que o curso as ajudou a sentirem-se mais preparadas para o parto e para a maternidade e mostram-se satisfeitas com o programa. Todas as respondentes discordam de que o curso não deu resposta às suas necessidades e não serviu para aumentar os seus conhecimentos. Quanto à alteração de algum aspeto prático ou atitude após a frequência do curso, apenas seis respondentes discordam deste facto (Gráfico 6).

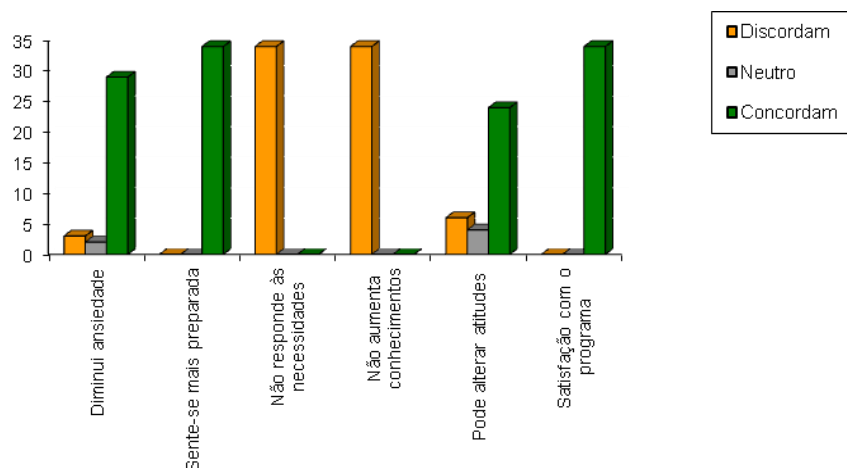


Gráfico 6 – Opinião das grávidas relativamente à generalidade do curso de preparação para a parentalidade.

## 7. Sugestões para o Curso de Preparação para a Parentalidade

Da totalidade das respondentes, apenas 23 grávidas preencheram o espaço do questionário relativo às sugestões a dar para que melhorássemos a qualidade da intervenção. As sugestões apontadas por 21 grávidas foram as seguintes: Horário compatível com horário laboral; maior duração das sessões teóricas e práticas; mais sessões sobre cuidados ao bebé; suportes de leitura com o resumo das sessões; maior número de aulas práticas e reformulação da sessão saúde e bem-estar na gravidez e puerpério.

### 5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias accionadas

Refletir sobre uma atividade de seis anos pressupõe uma introspeção crítica sobre a nossa formação técnica, científica e humana, assim como uma análise dos pontos negativos e positivos de todo um desempenho individual e em equipa na organização dos cursos de preparação para a parentalidade. As atividades desenvolvidas proporcionam experiências ricas para a formação pessoal e profissional contribuindo assim para a “... transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber fazer (capacidades), e do saber ser (atitudes)” Nóvoa (1988, p. 128).

Após a análise dos resultados obtidos foram acionadas diversas estratégias entre as quais uma extensa revisão bibliográfica sobre a temática em questão, sustentada numa

reflexão baseada na evidência, através de autores idôneos e estudos científicos sobre a frequência de cursos de preparação planejada para o parto e parentalidade.

**A Atualização da ficha de identificação** foi uma das estratégias implementadas visto necessitarmos de um melhor conhecimento da história clínica da grávida e das suas expectativas relativamente ao CPP. A avaliação do grau de risco através da Tabela Goodwin modificada tornou-se um elemento indispensável à correta avaliação das grávidas que constituem os cursos. Assim de acordo com o grau de risco existente poderemos com maior facilidade adaptar as sessões teóricas e práticas às situações em questão, personalizando sempre que possível em cada sessão.

Depois de atualizada e discutida com o outro elemento EESMO que colabora ativamente na realização dos CPP a ficha de identificação foi apresentada à equipa multidisciplinar a 5 de Dezembro de 2011, tendo sido colocada em prática desde segundo grupo de grávidas/casal 2012.

Embora tenha sido sempre habitual a avaliação do CPP através do preenchimento da respectiva ficha de avaliação, a reestruturação dos cursos tornaram imperioso a sua reestruturação de forma a obtermos uma monitorização mais rigorosa dos efeitos causados. Para tal, além da pesquisa bibliográfica foi atualizada a ficha de avaliação de acordo com os seguintes critérios: Qualidade das instalações; duração e horário do curso/pontualidade; qualidade da equipa multidisciplinar, qualidade e utilidade do curso e as devidas sugestões para melhoramento dos cursos.

À semelhança da ficha de identificação, **a Atualização da ficha de avaliação do CPP** foi discutida com o outro elemento EESMO pertencente à equipa multidisciplinar. No dia 5 de Dezembro de 2011, foi apresentada em reunião à equipa multidisciplinar tendo sido colocada em prática desde o segundo grupo de grávidas/casal de 2012.

Estas aplicações quer das fichas de identificação quer de avaliação têm vindo a ser realizadas com a devida sensibilização da parte do EESMO para o preenchimento completo e correto das mesmas.

**A Atividade elaboração do questionário de avaliação da expectativa do resultado e expectativa da eficácia do trabalho de parto**, revelou -se complexa na sua adequação ao modelo de preparação para a parentalidade desenvolvida pela equipa multidisciplinar. Após inúmeras pesquisas de estudos sobre a problemática em causa,



tivemos conhecimento de um estudo chinês publicado no Journal of Clinical Nursig em 2006 sobre a Expetativa da Auto – Eficácia no Parto a uma população de grávidas primíperas, durante o seu terceiro trimestre de gravidez, através de um curto formulário. De acordo com Wan – Yim Ip (2006), a aplicação destes formulários tornaram-se importantes para educadores e investigadores do parto porque a percepção que estas mulheres têm da sua auto – eficácia do trabalho de parto pode influenciar o significado e as conseqüências do parto. É ainda de sua opinião que estes formulários deveriam ser usados na prática clínica rotineira nos serviços de maternidade de forma a fornecer um ponto da referência para a pesquisa e o desenvolvimento futuros na instrução do parto e na prática clínica. (Journal of Clinical Nursing, 2006: p. 333)

A primeira parte do questionário é constituída pela informação pessoal: idade; tipo de família; experiência anterior de parto; vigilância regular da gravidez; idade gestacional; existência de complicações na actual gravidez; participação anterior em cursos de preparação para o parto; nível de escolaridade; a programação antecipada do trabalho de parto acompanhado; e por fim a ideia pessoal sobre o trabalho de parto em geral.

A segunda parte do questionário realaciona-se com as Expetativas do Resultado do Trabalho de Parto (ER – 16). É constituído por 16 afirmações.

Nesta parte do questionário as grávidas são avaliadas relativamente à sua auto – eficácia no parto. Irão imaginar como se sentirão tendo contrações frequentes e fortes e no momento da expulsão do bebé. Para cada um dos comportamentos acima referidos, indicam quão úteis serão no sentido de as ajudarem a lidar com o trabalho de parto. Fazem um círculo em volta do número que se adequa à sua situação, entre 1 e 10. Sendo o 1 = **Nada Útil e 10 = Muito Útil.**

A terceira parte do questionário realaciona-se com as Expetativas da Eficácia do Trabalho de Parto (EE – 16). É constituído pelas mesmas 16 afirmações.

Nesta parte do questionário as grávidas irão imaginar o que farão durante o trabalho de parto, aquando das contrações frequentes e fortes e no momento da expulsão do bebé. Para cada um dos comportamentos acima referidos, indicam como pensam utilizar durante o trabalho de parto. Fazem um círculo em volta do número que se adequa à sua situação, entre 1 e 10. Sendo o 1 = **De Modo Nenhum e 10 = Completamente.**

Assim sendo procedêmos à sua adaptação e ao devido pedido de autorização à sua autora (Anexo IX).

Em Junho de 2012, como forma de validar a nossa adaptação à forma curta do formulário de avaliação da expectativa da auto – eficácia no trabalho de parto realizámos a aplicação do pré – teste a 3 grávidas do CPP.

Após a análise dos pré-testes foi necessário fazer algumas alterações apenas nas questões caracterização da população, nomeadamente a questão: Participou no curso de preparação para a parentalidade? Concluimos que esta questão não faz sentido neste grupo específico de população, uma vez que todas se encontram a realizar o CPP.

**A Elaboração do questionário de avaliação da Percepção Pós – Parto** às Puérperas do CPP, revelou -se muito complexo e num dos maiores desafios deste projeto, uma vez que teríamos de aplicar um questionário testado cientificamente, que fosse adequado ao modelo de preparação para a parentalidade desenvolvida pela equipa multidisciplinar. Após inúmeras pesquisas optámos por utilizar o *Postpartum Perception Questionnaire (PPQ)*, dos autores Beaton e Gupton (1988) adaptado por Frias (2010) através de uma escala de percepção do pós – parto. Esta escala é composta por seis questões directas que medem a percepção que a puérpera tem acerca do trabalho de parto e do parto.

A primeira questão refere - se à percepção acerca da experiência vivida; a segunda acerca da sua reacção perante a dor; a terceira acerca do grau de controlo durante o trabalho de parto; a quarta acerca da ajuda que obteve do seu companheiro ou pessoa significativa; a quinta, a intervenção técnica que utilizou e a sexta acerca do apoio que recebeu do pessoal de enfermagem.

É atribuída pontuação de 1 a 7, sendo que uma pontuação mais elevada indica uma percepção mais positiva do fenómeno em estudo.

Assim sendo procedêmos à sua adaptação e ao devido pedido de autorização à sua autora (Anexo X).

Em Junho de 2012, como forma de validar a nossa adaptação do questionário da percepção do pós -parto realizámos a aplicação do pré – teste a 3 puérperas que realizaram o CPP no ACES Setúbal e Palmela, 6 semanas pós - parto.

Embora alguns estudos apontem para uma mudança no sentido de uma percepção mais positiva da experiência de parto entre o pós-parto imediato e o 6º mês do puerpério, pautada pela progressiva recordação da vivência de: mais emoções positivas, menos emoções negativas e menor preocupação durante o parto (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais: 2007); pensamos que o objetivo de criar meios que permitam monitorizar periodicamente os efeitos do CPP no conhecimento, na gestão da ansiedade e da dor será comprometido, uma vez que segundo os autores acima referidos, o parto é, geralmente, uma experiência difícil; o modo como a experiência é recordada ao longo do pós-parto pode interferir no estado de humor e disposição da mulher para engravidar de novo.

De forma a **Reestruturar o CPP de acordo com as competências técnicas, científicas e humanas do EESMO** foram acionadas diversas estratégias, entre as quais, diversas reuniões com a Enfermeira Coordenadora e a Enfermeira vogal do Conselho Clínico do ACES Setúbal e Palmela (7, 18 e 28 de Novembro de 2011, 2 de Dezembro de 2011, 16 e 20 de Janeiro de 2012) onde foi realizado o diagnóstico e análise da situação atual do CPP com a devida sensibilização para a importância da reestruturação do mesmo. Durante a realização desses encontros foi feita a auscultação de opiniões/sugestões de todos os intervenientes. Após pesquisa bibliográfica e avaliação dos questionários foi decidido alterar o Plano de Sessões em prática a essa data para outro mais adequado à população destinatária (casal grávido), de acordo com as sugestões das grávidas dos cursos anteriores e de acordo com a atual realidade das formas de vivenciar o parto no Centro Hospitalar de Setúbal. Foram assim alterados alguns conteúdos temáticos, nº de sessões/curso, reforço de algumas temáticas (Ex: aleitamento materno – aula prática), redistribuição da carga horária pela equipa multidisciplinar, alteração do horário do curso, maior acessibilidade à frequência do curso pelo pai grávido, alteração do profissional (psicóloga) responsável pela abordagem do conteúdo “Saúde e Bem-Estar na Gravidez e Puerpério” e introdução da construção do plano de parto individualizado. Para a divulgação da reestruturação do CPP foi utilizada como estratégia a inauguração da UCC Península Azul a 27 de Março de 2012, na Casa da Baía em Setúbal, onde estiveram presentes além do Conselho Clínico, os Coordenadores Médicos e Enfermeiros Responsáveis pelas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiares do ACES Setúbal e Palmela, as entidades oficiais de

Setúbal e os parceiros sociais da UCC. Neste evento tivemos a oportunidade de apresentar o Projeto da Preparação para a Parentalidade reformulado (Anexo XI).

De forma a atualizar conteúdos teórico-práticos em vigor no CPP, foram realizadas reuniões com o Enfermeiro Chefe do BP do CHS, EPE (11 de Novembro de 2011) utilizando as seguintes estratégias: Reconfirmação do protocolo de visita ao bloco de partos pelo casal grávido do CPP, uma vez que temos vindo a ter dificuldades na acessibilidade das mesmas em tempo oportuno (35 – 37 semanas de gestação), devido à afluência cada vez maior de grávidas a estas visitas a título particular; conhecer normas e protocolos em vigor no BP tornou-se imperioso, na medida em que a informação fornecida nas sessões do CPP deverá ser de acordo com a realidade que irão encontrar durante o trabalho de parto. Por outro lado, conhecer as técnicas de alívio da dor – não farmacológicas – em vigor no BP foi extremamente importante, uma vez que este serviço é um dos serviços portugueses pioneiros com normas e protocolos definidos quanto à utilização dos benefícios da água no trabalho de parto.

Foi feita a auscultação de opiniões/sugestões sobre o nosso projeto em causa e sondada de forma informal, a perceção por parte dos EESMOS, da influência do CPP na aquisição de conhecimentos, bem como no controle da ansiedade e dor durante o trabalho de parto e parto.

Foram também realizadas reuniões com a Enfermeiro Chefe do Serviço de Puerpério do CHS, EPE (20 de Dezembro de 2011) utilizando as seguintes estratégias: reconfirmação do protocolo de visita ao serviço de puerpério pelo casal grávido do CPP; conhecer normas e protocolos em vigor neste serviço tornou-se também importante, na medida em que a informação fornecida nas sessões do CPP deverá ser de acordo com a realidade que irão encontrar após o parto. Sabendo que as rotinas deste serviço tinham sido alteradas, foi necessário atualizarmos as mesmas, nomeadamente, o levante mais precoce quer para o parto eutócico, quer para as cesarianas, a mudança do horário do banho do Rn, tornando possível a colaboração ativa do pai nesta atividade; a filosofia de aleitamento materno de toda a equipa do serviço, no sentido de tornar o mesmo como candidato a serviço amigo dos bebés; o protocolo de transporte seguro do bebé no momento da alta; o protocolo de contraceção no pós-parto; as indicações para a forma de realização de diagnóstico precoce do Rn nos cuidados de saúde primários, a notícia de nascimento e a carta de alta de enfermagem.

Foi feita a auscultação de opiniões/sugestões sobre o nosso projeto em causa e sondada de forma informal, a perceção por parte da equipa de enfermagem, da influência do CPP

na aquisição de conhecimentos sobre os pós- parto, cuidados ao Rn e aleitamento materno.

Perante todas estas informações e após pesquisa bibliográfica foi aferido com o colega EESMO (7 de Fevereiro de 2012), a necessidade de atualização dos conteúdos teórico – práticos e por fim realizada a divulgação à equipa multidisciplinar que constitui o CPP dos conteúdos atualizados (2 de Março de 2012).

#### **5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos**

Frederico e Leitão (1999, p.105) definem Recursos Humanos como "*...as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa*". Neste projeto esteve diretamente envolvida, a equipa multidisciplinar que constitui os cursos de preparação para a parentalidade: Os dois EESMO, Fisioterapeuta, Psicóloga, Assistente Social, Higienista Oral e Nutricionista. Reforçando o protocolo estabelecido em 2006 com o CHS, estiveram envolvidos os Enfermeiros Chefes do Bloco de Partos e Serviço de Puerpério bem como as respectivas equipas dos serviços referidos.

A Enfermeira Coordenadora da UCC e a Enfermeira vogal do Conselho Clínico do ACES Setúbal e Palmela estabeleceram a ponte entre a Coordenação do ACES Setúbal e Palmela e equipa nuclear do CPP.

Na inauguração da UCC Península Azul do qual faz parte o programa do CPP, estiveram presentes além dos recursos humanos acima citados, os coordenadores médicos e responsáveis de enfermagem de todas as UCSP e USF do ACES Setúbal e Palmela, bem como as entidades com que a UCC desenvolve parceria tais como: Câmara Municipal de Setúbal, Segurança Social, Cáritas, Comissão de Proteção de Menores, Amas, Equipa Regional de Acompanhamento, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Ordem dos Enfermeiros, entre outros. Estiveram também diretamente envolvidas as Grávidas/Casais e Puérperas que têm vindo a realizar os cursos da parentalidade na nossa instituição.

De acordo com José Carlos Barbieri e Claude Machline (2006), a gestão eficiente de materiais exige por parte dos responsáveis constantes esforços.

Ao longo da história do desenvolvimento dos cursos de preparação para o parto e posteriormente para a parentalidade, vários foram os recursos materiais que o ACES foi

adquirindo no sentido de investirmos na qualidade dos cuidados prestados nesta área em questão.

A organização de materiais de consumo clínico pelo enfermeiro, de acordo com Castilho e Leite (1991), citado por Frederico e Leitão (1999), consiste na forma como este os vai dispor na unidade, devendo procurar centralizá-los em locais de fácil acesso para facilitar o uso e o controlo. Assim sendo o CPP tem vindo a ser divulgado através da inauguração da UCC Península Azul através de apresentação em Power Point, utilizando para isso computadores e projetor. Outra forma de divulgação utilizada tem sido a elaboração de Posters e Panfletos pelas várias unidades do ACES Setúbal e Palmela, utilizando computadores e fotocopiadoras.

Foram utilizadas para as diversas reuniões, as salas de reuniões e ginásio da UCSP – S. Sebastião, Sala de reuniões da UCC, vários gabinetes de enfermagem do ACES Setúbal e Palmela e CHS (Bloco de Partos e Serviço de Puerpério) e a Casa da Baía em Setúbal para a inauguração da UCC Península Azul.

Na opinião de Ferreira (2006) e com base no atual sistema organizacional, do qual se espera respostas cada vez mais qualificadas às necessidades dos clientes internos e externos, os serviços vêm-se confrontados com o crescimento e diferenciações progressivas de cuidados e serviços, sendo-lhes exigido cada vez mais rigor e racionalização dos recursos materiais.

Sendo o ACES Setúbal e Palmela uma organização prestadora de serviços, deve promover a gestão racional dos recursos de materiais (sempre escassos), afetos às atividades, não obstante a importância do seu contributo para a consecução dos objetivos institucionais.

## **5.5 – Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas**

O trabalho em rede e o estabelecimento de parcerias constitui hoje um dos pilares fundamentais da racionalização de procedimentos e da gestão eficiente de meios. Ao longo da realização deste projeto houve constante necessidade de desenvolver contactos e parcerias com indivíduos e entidades, de forma a podermos dar resposta aos objetivos inicialmente propostos.

Efetivamente, a canalização dos esforços produtivos permite que se concentrem na obtenção de melhores resultados, que estimulem a criatividade dos seus colaboradores, que definam as melhores técnicas, que tenham tempo para dedicar ao planeamento das

atividades e que perspetivem os seus valores, missão e objetivos. De acordo com (Oliveira, S; Santos F e Daniel, A.; 2008), quando entidades focalizadas nas suas atividades e nos seus objetivos se unem no desenho e execução de projetos conjuntos, o resultado tende a ser positivo.

Alinhados por esta visão foram envolvidas as seguintes entidades:

ACES da Península de Setúbal IV

Centro Hospitalar Setúbal

Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul.

UCSP – S. Sebastião

Todas estas entidades estão diretamente envolvidas com o projeto em causa tendo sido consideradas essencialmente como alavancas para o sucesso do projeto.

## **5.6 – Cumprimento do cronograma**

Um trabalho, qualquer que seja ele, precisa ser organizado e bem planeado, e para isso é importante estruturar um cronograma. Trata-se de uma forma de manter controlo sobre o andamento do projeto em desenvolvimento. O progresso do desenvolvimento não pode ser acompanhado se não tiver um plano (cronograma) contra o qual medir o progresso. Durante o desenvolvimento deste projeto, o cronograma é a alma do acompanhamento e permite vislumbrar áreas problemáticas com antecedência e tomar atitudes para resolver tais problemas.

O compromisso de desenvolvimento com o cronograma formal aumenta a produtividade dos envolvidos. Resumindo, o cronograma do projeto diz respeito a obter o controlo do projeto.

## CRONOGRAMA

DATAS	Nov 2011	Dez 2011	Jan 2012	Fev 2012	Mar 2012
<b>ACTIVIDADES</b>					
Reestruturação da Ficha de Identificação da Grávida					
Reestruturação da Ficha de Avaliação do CPP pela Grávida					
Aplicação da Ficha de Identificação e de Avaliação às Grávidas do CPP					
Elaboração de Ficha de Avaliação da ER e EE do Trabalho de Parto					
A Elaboração da Ficha de Avaliação da Perceção Pós - Parto às Puérperas do CPP					
Avaliação do CPP					
Reuniões com EESMO, Enfermeira Coordenadora da UCC e Enfermeira vogal do Concelho Clínico do ACES da Península de Setúbal IV					
Reformulação da Estrutura do CPP					
Divulgação da Reestruturação do CPP					
Reuniões com Enfermeiro Chefe BP do CHSB – Setúbal					
Reuniões com Enfermeira Chefe Puerpério do CHSB – Setúbal					
Atualização dos Conteúdos Teórico-práticos das Sessões do CPP					

Iremos de seguida realizar uma breve análise do cumprimento do cronograma.



**A Reestruturação da Ficha de Identificação da Grávida** foi planeada para ser realizada entre **Novembro e Dezembro de 2011**, tendo sido realizada dentro do tempo estipulado.

**A Reestruturação da Ficha de Avaliação do CPP** pela grávida foi planeada para ser realizada entre **Novembro e Dezembro de 2011**, tendo sido realizada dentro do tempo estipulado.

**A Aplicação da Ficha de Identificação da Grávida** foi planeada para ser realizada entre Dezembro 2011 e Janeiro de 2012, tendo sido aplicada a **6 de Fevereiro de 2012** no início da Turma 2 de 2012 uma semana após o planeado.

**A Elaboração do Questionário de Avaliação da Expetativa do resultado e Expetativa da Eficácia do Trabalho de Parto** estava prevista ser realizada em Novembro de 2012. Esta atividade só foi concluída em **Junho de 2012**, no âmbito deste projeto, pela complexidade que representou na sua construção e viabilidade da sua aplicação.

**A Elaboração do Questionário de Avaliação da Percepção Pós – Parto às Puérperas do CPP** estava prevista ser realizada em Novembro de 2012. Esta atividade foi a última a ser concluída em **Junho de 2012**, no âmbito deste projeto, também pela complexidade que representou na sua construção e viabilidade da sua aplicação.

**A Avaliação do CPP** estava planeada para ser realizada entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012, tendo sido realizada apenas em **Março de 2012**, dois meses após o planeado pelas várias atividades que surgiram no âmbito deste projeto, que não se encontravam planeadas e por terem sido consideradas pertinentes foram também realizadas.

As **Reuniões com EESMO, Enfermeira Coordenadora da UCC e Enfermeira vogal do Concelho Clínico do ACES da Península de Setúbal IV**, estavam programadas para acontecerem entre Outubro e Dezembro de 2012, no entanto foi necessário prolongar-se por mais tempo até **Mai de 2012**, pelas várias atividades que fomos

desenvolvendo e pelo atual Conselho Clínico do ACES da Península de Setúbal IV se encontrar demissionário.

A **Reformulação da Estrutura do CPP** foi planeada entre **Outubro e Dezembro de 2011**, e foi realizada dentro do tempo inicialmente estipulado.

A **Divulgação da Reestruturação do CPP** estava planeada para ser realizada entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012 e foi realizada em **27 de Março de 2012**, data da inauguração da UCC Península Azul.

As **Reuniões com Enfermeiro Chefe BP do CHSB – Setúbal** foram programadas para serem realizadas em Novembro de 2011, e foram realizadas em **27 de Outubro de 2011, 11 de Novembro de 2011 e 24 de Maio de 2012**.

As **Reuniões com a Enfermeira Chefe do Serviço de Puerpério do CHSB – Setúbal** foram programadas para serem realizadas em Novembro de 2011, e foram realizadas em **20 de Dezembro de 2011**.

A **Atualização dos Conteúdos Teórico-práticos das Sessões do CPP** estava prevista ser realizada entre **Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012**, tendo sido realizada dentro do tempo estipulado.

## **6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO**

Na opinião de Craig e Smyth (2004) deverá ser considerada a prática reflexiva como uma componente-chave dos cuidados de saúde baseados na evidência; para estes autores o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional passa a refletir sobre pressupostas considerados certos e que norteiam a prática do dia-a-dia e com os quais se avaliam, de forma rotineira, o impacto e os resultados das interações e intervenções nos clientes.

No contexto organizacional, há possibilidades de permitir que decisões importantes sejam tomadas de forma sistematizada e analisadas para que se obtenham os melhores resultados em cada situação específica. É esperado que, por meio da liderança, os colaboradores consigam conciliar os seus próprios objetivos com as metas institucionais, tendo em vista o melhoramento contínuo das práticas e da assistência prestada (Galvão & Sawada, 2005).

Ainda de acordo com os autores supra mencionados, este tipo de abordagem envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos, incluindo também aspetos como a experiência e competência clínica do profissional, os valores e preferências do cliente e a relação custo/ benefício de todo o processo.

### **6.1 – Avaliação dos objetivos**

Os objetivos caracterizam, de forma resumida, a finalidade do projeto. De acordo com a magnitude do projeto, os objetivos podem ser subdivididos em objetivo geral e objetivos específicos. O objetivo geral define explicitamente o propósito do estudo. Os objetivos específicos caracterizam etapas ou fases do projeto, isto é, são um detalhamento do objetivo geral, e não a estratégia de análise dos dados.

Para cada objetivo foram delineadas as respetivas atividades e estratégias, para que no final deste trajeto de aprendizagem, se tenha conseguido atingir os objetivos propostos.

**Objetivo Geral:**

Promover o conhecimento da grávida/casal sobre gravidez, parto, puerpério e cuidados ao Rn, como efeito do CPP;

Para atingirmos o objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos:

**Objetivos Específicos:**

Criar meios para monitorizar periodicamente os efeitos do CPP no conhecimento, na gestão da ansiedade e da dor;

Reestruturar o CPP de acordo com as competências técnicas, científicas e humanas do EESMO;

Atualizar conteúdos teórico-práticos em vigor no CPP.

**De forma a atingir o objetivo, Criar Meios para Monitorizar Periodicamente os Efeitos do CPP no Conhecimento, na Gestão da Ansiedade e da Dor** foram desenvolvidas as seguintes atividades:

**Reestruturação da Ficha de Identificação da Grávida**

Esta atividade decorreu entre Novembro e Dezembro de 2011. Para tal foi realizada pesquisa bibliográfica, discussão com outro elemento EESMO e a sua reestruturação, pelo antigo modelo se encontrar obsoleto e não avaliar o grau de risco da grávida aquando do início da frequência do CPP. Após elaboração da Ficha de Identificação da Grávida atualizada ela foi apresentada à restante equipa multidisciplinar aquando das reuniões de avaliação bimensais (23/12/2011)

**Reestruturação da Ficha de Avaliação do CPP pela Grávida**

Esta atividade decorreu entre Novembro e Dezembro de 2011. Para tal foi realizada pesquisa bibliográfica, discussão com outro elemento EESMO e a sua reestruturação, pelo antigo modelo se encontrar obsoleto e não avaliar alguns aspetos importantes, tais como, a qualidade das instalações; a duração e horário do curso/pontualidade; a qualidade da equipa multidisciplinar; a qualidade e utilidade do curso; e a possibilidade das grávidas facultarem-nos sugestões para melhoramento dos CPP. Com a construção deste novo modelo também podemos ter a oportunidade de identificarmos as grávidas através de fotografia, e montarmos em folha A4 a respetiva turma.

Após elaboração da Ficha de Identificação da Grávida atualizada ela foi apresentada à restante equipa multidisciplinar aquando das reuniões de avaliação bimensais (23/12/2011).

### **Aplicação da Ficha de Identificação e de Avaliação às Grávidas do CPP**

A Aplicação da Ficha de Identificação e de Avaliação às Grávidas foi realizada com o início da segunda turma de 2012 (Turma 2) a 6 de Fevereiro de 2012. Neste dia tivemos a oportunidade de apresentar a este grupo a nova ficha de identificação, explicar como deveria ser preenchida, sobretudo na avaliação do grau de risco por apresentar nomenclaturas desconhecidas para a maior parte das grávidas.

A aplicação desta ficha permitiu construir “visualmente “ as turmas e permitiu um maior espírito de grupo, na medida em que ao ser afixado nas respetivas salas, nasceu o sentimento de pertença de grupo e permitiu no final que em cada curso se estabelecesse um grupo de interajuda (de partilha de experiências) externa á instituição ACES Setúbal e Palmela.

Para a equipa multidisciplinar e fundamentalmente para os EESMO, tornou-se um instrumento indispensável à melhor individualização de cuidados e educação para a saúde.

### **Elaboração do Questionário de Avaliação da Expetativa do Resultado e Expetativa da Eficácia do Trabalho de Parto**

Esta atividade decorreu entre Março e Julho de 2012. Para tal foi realizada intensa pesquisa bibliográfica e discussão com a professora orientadora. Inicialmente foi realizada a adaptação de um modelo que não se demonstrou adequado exequível. Posteriormente com o auxílio da orientadora desta dissertação e o conhecimento do estudo chinês de Wan – Yim Ip (2006), foi realizada a sua adaptação e o devido pedido de autorização para a sua aplicação na nossa população específica.

Foi aplicado o pré – teste a 3 grávidas e após a devida análise, foi necessária a alteração de uma das questões da caracterização. Assim sendo foi abolida a questão relativa ao fato de terem ou não realizado preparação para o parto.

A partir dessa data foi iniciada a aplicação consecutiva a todas as grávidas do CPP, aquando do término de cada curso.

A aplicação dos questionários realizou-se entre 1 de Junho a 31 de Julho de 2011 e procedeu-se ao tratamento e avaliação dos dados obtidos através da estatística descritiva e analítica com o auxílio do programa Excel (Anexo XII).

Responderam ao questionário 30 grávidas, com média de 30 anos que concluíram o CPP.

Após a avaliação dos questionários sobre expectativa do resultado do trabalho de parto **ER – 16**, verificámos que a questão “Usar os exercícios respiratórios durante as contrações” e “ Manter-me controlada” foram as que tiveram um maior nível de concordância, respetivamente ( $X = 9,73$ ) e ( $X = 9,70$ ).

No total das respostas dadas pelas grávidas, a média da expectativa do resultado do trabalho de parto é de ( $X = 138,06$ ). Este valor permite-nos afirmar que a expectativa das grávidas é bastante positiva. ( $X = 160$  é a pontuação mais alta que significa a expectativa mais positiva.

Embora a população do nosso estudo (30) não possa ser comparável à população do estudo de Wan – Yim Ip (2006), (293 grávidas no total) a média da expectativa do resultado do trabalho de parto do estudo chinês foi de ( $X = 107,69$ ), no entanto apenas 48,12% realizaram sessões de educação pré-natal.

Após a avaliação dos questionários sobre expectativa da eficácia do trabalho de parto **EE – 16**, verificámos que a questão “Pensar positivamente” e “ Dizer para mim mesma - Eu consigo”, foram as que tiveram um maior nível de concordância, respetivamente ( $X = 9,03$ ) e ( $X = 8,07$ ).

No total das respostas dadas pelas grávidas, a média da expectativa da eficácia do trabalho de parto é de ( $X = 124,26$ ). Este valor permite-nos afirmar que a expectativa das grávidas é bastante positiva. ( $X = 160$  é a pontuação mais alta que significa a expectativa mais positiva.

Embora a população do nosso estudo (30) não possa ser comparável à população do estudo de Wan – Yim Ip (2006), (293 grávidas no total) a média da expectativa do resultado do trabalho de parto do estudo chinês foi de ( $X = 99,53$ ), no entanto apenas 48,12% realizaram sessões de educação pré-natal.

## **Elaboração do Questionário de Avaliação da Percepção Pós - Parto às Puérperas do CPP;**

Esta atividade decorreu entre Junho e Julho de 2012. Por ter sido a actividade que se revelou de maior dificuldade, foi realizada intensa pesquisa bibliográfica e discussão com a professora orientadora. Com o auxílio da orientadora desta dissertação e o conhecimento do estudo efectuado pela Professora Ana Frias (2010), foi realizado o devido pedido de autorização para a sua aplicação na nossa população específica.

Foi aplicado o pré – teste a 3 grávidas e após a devida análise, não foi necessário proceder a nenhuma adaptação. A partir dessa data foi iniciada a aplicação consecutiva a todas as grávidas do CPP, aquando do término de cada curso.

Após a avaliação dos questionários sobre a percepção das puérperas do CPP acerca do trabalho de parto em mulheres primíparas, tivemos a oportunidade de comparar os resultados obtidos com as grávidas que realizaram a Preparação para o Nascimento (CPPN) pelo método Psicoprofiláctico, no estudo publicado por Frias (2010), no sentido de verificarmos se haveriam grandes discrepâncias.

A população do presente estudo foi constituída por todas as primíparas do CPP que realizaram o parto, no Bloco de Partos do CHS de 1 de Junho a 31 de Julho de 2011. Recorreu-se a uma amostra não probabilística intencional. A selecção da amostra teve em conta os seguintes critérios: Primíparas que não efectuaram analgesia epidural; com idade compreendida entre os 20 e os 34 anos e sem complicações médicas e obstétricas durante a gravidez e trabalho de parto.

Procedeu-se ao tratamento e avaliação dos dados obtidos através da estatística descritiva e analítica com o auxílio do programa Excel.

Responderam ao questionário 12 puérperas, que efectuaram parto por via vaginal, sem Epidural com média de 32 anos.

A análise das respostas ao *Postpartum Perception Questionnaire* adaptado por Frias (2010), permitiu verificar que tal como o seu estudo as primíparas do CPP apresentaram elevado grau de concordância com todas as afirmações ou questões apresentadas, o que significa que tem uma percepção positiva da experiência do trabalho de parto.

O maior nível de concordância verificou-se na questão PPQ6, ( $X = 6,50$ ) com as puérperas a concordarem que obtiveram muito apoio por parte dos enfermeiros, durante o trabalho de parto. Igualmente no estudo realizado por Frias (2010) esta foi a questão à qual as primíparas obtiveram o maior valor de média ( $X = 6,04$ ). Segue-se o PPQ1 com valor de média ( $X = 6,33$ ) e PPQ4 com valor de média ( $X = 6,08$ ) afirmando que a

experiência vivida durante o trabalho de parto foi positiva e que obtiveram ajuda do companheiro.

Embora com uma população maior (385 grávidas no total) também foram estas as questões que com igual valor de média ( $X = 5,41$ ) obtiveram o segundo melhor resultado.

No total das respostas dadas pelas primíparas, média da percepção da experiência é de 36 para uma pontuação total entre 30 e 41. Este valor permite-nos dizer que a percepção da experiência das primíparas é bastante positiva (pontuação alta indica uma percepção mais positiva).

### **Avaliação do CPP**

A Avaliação do CPP foi realizada pela avaliação das fichas de identificação das grávidas e da ficha de avaliação do CPP realizada pelas mesmas em Março de 2012. Através da implementação dos questionários às grávidas do CPP, conseguiu-se monitorizar a expectativa do resultado do trabalho de parto **ER – 16** e expectativa da eficácia do trabalho de parto **EE – 16**. (Agosto de 2012)

Pela primeira vez, tivemos oportunidade de monitorizar os efeitos do CPP à grávida/casal através da aplicação de questionários de percepção pós-parto (*Postpartum Perception Questionnaire*) adaptado por Frias (2010), às puérperas que usufruíram dos nossos cursos. (Agosto de 2012).

Foram surgindo vários obstáculos ao longo deste percurso, que se prenderam com a dificuldade sentida em articular todas as atividades programadas com as não programadas, que entretanto surgiram e tornaram – se pertinentes para o sucesso deste projeto (Ex: Inauguração da UCC Península Azul, com a gestão deste CPP como carteira de serviços a ser monitorizada com indicadores específicos, a apresentação do CPP à comunidade de Setúbal; Apresentação de comunicação livre sobre o papel do EESMO nos cuidados de saúde primários, onde foi abordado a sua função de coordenador da equipa multidisciplinar do CPP, quais os objetivos e que papel desempenha).

Por este projeto encontrar-se autorizado pelo antigo Conselho Clínico do ACES Setúbal e Palmela e este encontrar-se demissionário, tornou-se mais demorada a sua aplicabilidade, situação que pensamos em breve será ultrapassada.



Embora o número de questionários aplicados tenha sido em poucos grupos (2) às grávidas e puérperas do CPP, pensamos ter atingido o objetivo a que nos propusemos inicialmente.

**De forma a atingir o objetivo Reestruturar o CPP de acordo com as Competências Técnicas, Científicas e Humanas do EESMO** foram desenvolvidas as seguintes atividades:

#### **Reuniões com EESMO, Enfermeira Coordenadora da UCC e Enfermeira vogal do Concelho Clínico do ACES da Península de Setúbal IV.**

Estas reuniões foram realizadas em vários momentos: 7 de Novembro de 2011, 11 de Novembro de 2011, 14 de Novembro de 2011, 02 de Dezembro de 2011, 16 de Janeiro de 2012, 20 de Janeiro de 2012, 10 de Fevereiro, 02 de Março de 2012 e 11 de Maio de 2012.

Durante estas reuniões foram apresentados o diagnóstico e respetiva análise da situação do CPP. Foi realizada sensibilização para a importância da reestruturação do CPP e foram auscultadas opiniões e sugestões dos vários intervenientes.

#### **Reformulação da Estrutura do CPP**

A Reformulação da Estrutura do CPP foi planeada entre Outubro e Dezembro de 2011. Foi primeiro realizada pesquisa bibliográfica que servisse de apoio científico à correta reformulação. Após o diagnóstico e análise dos CPP anteriormente realizados foi elaborado **novo plano de sessões**, em que houve necessidade de proceder à alteração do nº de sessões, atualização das temáticas relevantes (atualizando os conteúdos ministrados) e o nº de grávidas/casal/curso que passou de 20 inscrições para **14** e atualização dos tempos das sessões. As **sessões práticas** com **7 grávidas** passaram de 60 minutos para **45 minutos** e as **teóricas** de 90 minutos para **60 minutos**.

#### **Divulgação da Reestruturação do CPP**

A Divulgação da Reestruturação do CPP, embora estivesse planeada para ser realizada entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012 e foi realizada em **27 de Março de 2012**, data da inauguração da UCC Península Azul. Na inauguração da UCC Península Azul do qual faz parte o programa do CPP, estiveram presentes além da Enfermeira Coordenadora da UCC e a Enfermeira vogal do Conselho Clínico do ACES Setúbal e a

equipa nuclear do CPP, os coordenadores médicos e responsáveis de enfermagem de todas as UCSP e USF do ACES Setúbal e Palmela, bem como as entidades com que a UCC desenvolve parceria tais como: Câmara Municipal de Setúbal, Segurança Social, Cáritas, Comissão de Proteção de Menores, Amas, Equipa Regional de Acompanhamento, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Ordem dos Enfermeiros, entre outros. Neste evento tivemos a oportunidade de apresentar publicamente a reestruturação do CPP através de uma apresentação em Power – Point durante 15 minutos.

Embora inicialmente tivéssemos a ideia de fazer a divulgação pelas várias unidades do ACES Setúbal e Palmela, esta foi sem dúvida uma excelente oportunidade de num local único atingirmos o nosso objetivo.

Além desta atividade, surgiu a oportunidade de divulgação através das formações em serviço, que atualmente os EESMO realizam a todos os enfermeiros que desempenham funções relacionadas com saúde materna. Assim através deste meio realizamos uma divulgação personalizada aos agentes diretos da divulgação do CPP, que são os nossos colegas enfermeiros.

Como já foi anteriormente referido, outra atividade não programada para divulgação do nosso projeto foi a oportunidade de participarmos nas VIII Jornadas da Unidade Coordenadora Funcional, a 25 de Maio de 2012 com o tema – “ O Papel do EESMO na Vigilância Pré-Natal ”, onde foi abordado o papel do EESMO no CPP e divulgado aos diversos profissionais hospitalares da área da saúde materna e saúde infantil (Enfermeiros, Médicos, entre outros) os seus objetivos, estrutura e forma de encaminhamento.

Após a realização destas atividades planeadas e não planeadas, pensamos ter atingido o objetivo específico superando aquilo que inicialmente nos propusemos.

**De forma a atingir o objetivo, Atualizar Conteúdos Teórico-Práticos em vigor no CPP, foram desenvolvidas as seguintes atividades:**

#### **Reuniões com Enfermeiro Chefe BP do CHSB – Setúbal**

As Reuniões com Enfermeiro Chefe BP do CHSB – Setúbal foram programadas para serem realizadas em Novembro de 2011, e foram realizadas em 27 de Outubro de 2011, 11 de Novembro de 2011 e 24 de Maio de 2012. Além das reuniões discriminadas

foram vários os contatos telefónicos e mensagens escritas por e-mail para podermos a cada grupo de grávidas aferir a informação transmitida.

Pelo fato deste Bloco de Partos dar um especial enfoque ao Parto Natural, temos vindo a trabalhar em parceria com o Sr. Enf.º Varela e respetiva Equipa de Enfermagem, no sentido de atualizarmos normas e procedimentos de atuação (Anexo XIII). Foi realizado um levantamento dos mesmos e atualizados os conteúdos teórico-práticos em vigor no CPP.

Tivemos a oportunidade de reforçar a parceria relativa à visita da grávida/casal ao circuito Urgência do BP – BP – S. Puerpério – Neonatologia, uma vez que ao surgirem várias entidades particulares a requerer as mesmas visitas estávamos a ter dificuldade em oferecer aos casais do CPP em tempo útil.

Atualmente, e uma vez que o BP utiliza de forma ampla os benefícios da utilização da água no trabalho de parto, após a realização do CPP na nossa instituição, encaminhamos estes casais para Entrevista com o Sr. Enf.º Varela para aulas aquáticas específicas, de forma a posteriormente usufruírem da oportunidade de realizarem o dilatação e expulsão em meio aquático no CHSB – Setúbal.

Várias são as experiências que temos de grávidas que ao realizarem o CPP na nossa instituição tiveram oportunidade de vivenciarem um parto aquático em segurança, fruto desta parceria que temos vindo a desenvolver com o Bloco de Partos. Aquando da realização das VIII Jornadas da Unidade Coordenadora Funcional, a 25 de Maio de 2012, tivemos a grata oportunidade de ser apresentado e reconhecido um “testemunho vivo” deste trabalho de equipa, perante um auditório com cerca de 500 participantes.

Por fim, foi instituído no CPP a elaboração de um Plano de Partos personalizado. Inicialmente utilizámos o preconizado pela APEO (adaptação da FAME) (Anexo XIV) mas após discussão com a equipa de enfermagem do BP optámos por realizar algo mais personalizado, construído pelo próprio casal e manifestando em palavras próprias o seu desejo para o parto. (Anexo XV)

### **Reuniões com a Enfermeira Chefe do Serviço de Puerpério do CHSB – Setúbal**

A Reunião com a Enfermeira Chefe do Serviço de Puerpério do CHSB – Setúbal foi programada para ser realizada em Novembro de 2011, e foi realizada a **20 de Dezembro de 2011**. Além da reunião discriminada foram vários os contatos telefónicos e mensagens escritas por e-mail para podermos a cada grupo de grávidas aferir a informação transmitida. Foi também através da Enfermeira Benvinda que tivemos a

oportunidade de divulgar o CPP nas VIII Jornadas da Unidade Coordenadora Funcional, a 25 de Maio de 2012.

Pelo fato do serviço de puerpério dar um especial enfoque ao Aleitamento Materno, temos vindo a trabalhar em parceria com o Sr. Enf.<sup>a</sup> Benvinda e respetiva Equipa de Enfermagem, no sentido de promovermos colaborarmos na formação em serviço de todos os enfermeiros do ACES Setúbal e Palmela e do Serviço de Puerpério. De salientar que esta é a temática que abordamos em duas sessões (uma teórica e outra prática).

Foi realizado um levantamento das normas e protocolos do Serviço de Puerpério e atualizados os conteúdos teórico-práticos em vigor no CPP.

### **Atualização dos Conteúdos Teórico-Práticos das Sessões do CPP**

A Atualização dos Conteúdos Teórico-Práticos das Sessões do CPP foi realizada entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012, tendo em conta a atualização dos protocolos e normas existentes no CHSB – Setúbal. Pela oportunidade que o BP atualmente faculta às grávidas, de utilizar os benefícios da utilização da água no Trabalho de Parto, também foi para nós importante efetuar pesquisa bibliográfica sobre esta temática e investir na correta divulgação desta forma de Parto Normal, através da alteração de alguns conteúdos programáticos.

Após aferição com EESMO da alteração desses conteúdos, foi divulgado à equipa multidisciplinar do CPP, para que também os seus conteúdos fossem atualizados e supervisionados.

Após análise das várias atividades e estratégias aplicadas pensamos ter atingido o objetivo de, Atualizar Conteúdos Teórico-Práticos em vigor no CPP.

## **6.2 – Avaliação da implementação do programa**

No contexto organizacional, há possibilidades de permitir que decisões importantes sejam tomadas de forma sistematizada e analisadas para que se obtenham os melhores resultados em cada situação específica. É esperado que, por meio da liderança, os colaboradores consigam conciliar os seus próprios objetivos com as metas

institucionais, tendo em vista o melhoramento contínuo das práticas e da assistência prestada (Galvão & Sawada, 2005).

Neste sentido, dever-se-á fomentar esta prática entre a equipa, incentivando uma cultura organizacional que valorize o desenvolvimento e a utilização de pesquisas, proporcione o terreno favorável à sua efetivação, ajudando a ultrapassar as dificuldades que surjam a implementar mudanças inovadoras que se prespetivem como benéficas, de forma a manter o grau de prestação de cuidados a um alto nível.

Atualmente salienta-se que é em instituições que valorizam estas práticas que os seus profissionais as procuram implementar, assumindo a responsabilidade pela qualidade e excelência dos cuidados que praticam, uma vez só assim se sentem motivados para procurar e desenvolver evidências.

Foi neste intuito que o presente projeto foi desenvolvido, e apesar das dificuldades sentidas, o reconhecimento da importância da preparação para a parentalidade no atual contexto socioeconómico foi determinante para a sua devida implementação.

A Preparação para a Parentalidade enquanto carteira de serviços da UCC Península Azul implica a utilização de conhecimentos científicos atualizados e uma avaliação contínua da qualidade dos estudos já realizados, recorrendo a revistas científicas, publicações, bases bibliográficas, livros de texto, entre outros.

É nesse sentido que consideramos que, a prática baseada na evidência irá conduzir a melhores resultados em saúde e a uma maior satisfação dos clientes. Em muitos casos, com este tipo de abordagem poderá antever-se uma melhor vigilância da gravidez, identificando precocemente os sinais de alarme, uma melhor adaptação da tríade, e uma melhor competência nos cuidados ao Rn, o que inevitavelmente conduz a ganhos económicos e financeiros que tanto agradam às atuais políticas de saúde.

### **6.3 – Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas**

Na opinião de Bertrand (1991, p. 57) “*Uma pessoa constrói o seu conhecimento através do exame crítico dos seus conhecimentos actuais e experiências*”. Esta aquisição da capacidade de reflexão e análise crítica na prestação de cuidados de enfermagem durante a implementação deste projeto foi de extrema importância pois consideramos

que a capacidade de análise crítica é fundamental para que se desenvolva uma prática responsável e refletida, procurando assim uma contínua aprendizagem.

É fundamental conseguir refletir, avaliar e criticar a nossa atuação para se poder valorizar o que foi feito corretamente e reformular o que estiver menos correto. Estas estratégias permitiram-nos a consciencialização dos cuidados prestados com o consequente desenvolvimento pessoal e profissional enquanto ser humano. Este facto contribuiu para uma prática mais consciente e refletida, procurando uma aprendizagem contínua sobre quem somos como pessoas e como profissionais.

Os momentos de avaliação intermédia constituíram um momento de reflexão do que representou a implementação deste projeto. De acordo Longarito (2002) este período deve ser um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico - reflexivas. Para tal, o constante diálogo e análise da prática com a professora orientadora através várias reuniões intercalares (17 de Outubro de 2011, 22 de Dezembro de 2011, 25 de Maio de 2012 e 22 de Junho de 2012) permitiram que os progressos fossem alcançados e as dificuldades ultrapassadas, o que permitiu a progressão da aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e académico.

## **7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Dado o contexto atual da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Portuguesa, foram definidas estratégias conjuntas para o cumprimento pleno do Regulamento de Competências, recentemente publicado. O enfoque prioritário de intervenção foi a vigilância pré-natal, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde está incluída a preparação para o parto e parentalidade.

É consensual que o EESMO integra plenamente a equipa multiprofissional, no âmbito dos CSP. Este enfermeiro é o profissional de referência para todas as mulheres a vivenciar processos de saúde / doença, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, com especial relevância na gravidez. Consideramos que a operacionalização do perfil de competências deste profissional garante a qualidade dos cuidados oferecidos à mulher / família, permite a gestão otimizada de recursos humanos e financeiros e contribui para ganhos em saúde.

Ao longo destes meses foi possível reafirmar na prática, as competências específicas do EESMO, através do desempenho das atividades que nos foram inerentes, tentando dar sempre o nosso melhor contributo. Consideramos que os EESMO têm um papel preponderante na realização das sessões do curso de preparação para a parentalidade. De acordo com Lizarraga (2004) tradicionalmente os profissionais centram-se em fornecer informação, mais ou menos individualizada, com a ideia de que uma pessoa bem informada adota comportamentos saudáveis, mas para que estes ensinamentos sejam retidos pelas utentes, devem obedecer a um conjunto de regras e estratégias que de certa forma, condicionam a forma como o profissional de saúde faz a abordagem do tema a explicar. De acordo com Galvão e Sawada (2005), este tipo de abordagem envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos, incluindo também aspetos como a experiência e competência clínica do profissional, os valores e preferências do cliente e a relação custo/ benefício de todo o processo.

Na opinião de Batalha (1998, p. 20), *“para inovar é preciso saber. Para saber é necessário estudar. Sem este movimento não existe resposta possível aos problemas mesmo que eles estejam exaustivamente diagnosticados”*.

As exigências socioculturais, tecnológicas e existenciais, hoje em dia, encaminham-se para a promoção da qualidade na opinião de Pina e Cunha et al. (2003, p. 16), *“...nesta sequência a formação é o principal meio social e empresarial gerador de competências”*. As instituições são também elas responsáveis pela motivação dos seus enfermeiros com capacidades de comunicação, na formação e desenvolvimento que lhes permitam um futuro enquadramento profissional, um quadro de competências e em prol do benefício do utente.

Em contrapartida às instituições são exigidas, como empresas que são, estratégias de acondicionamento às mudanças que definam as suas competências. Na opinião de Pina e Cunha et al. (2003), as mudanças são condicionantes da organização do trabalho e de toda a sua atividade, esta, por sua vez, é adequada com estratégias como a formação profissional. Para Preto Cruz (1998, p. 202-203), *“...das instituições exige-se competências no âmbito da organização de serviços e de cuidados de forma a promover um modelo de formação qualificante no processo de formação quer dos formadores quer dos formandos.”*

As competências que são fomentadas pela instituição, que são adquiridas, aplicadas e desenvolvidas em contexto de trabalho devem permitir ao EESMO uma capacidade permanente de evolução e desenvolvimento pessoal que trazem benefícios pessoais e essencialmente aquele que é objeto do seu cuidar – o utente.

O papel do formador, na opinião de Simões (1999), consiste em adotar todo um conjunto de atitudes e comportamentos adequados ao contexto da formação e relacionados com as funções do formador. O EESMO/formador é o veículo do conhecimento, independentemente da forma como este é preconizado, daí ser-lhe tecnicamente associado uma ótima preparação teórico/prática.

Em termos pedagógicos, como seria de esperar, o EESMO deve dominar profundamente os mecanismos e processos de aprendizagem, de forma a reconhecer a individualidade de cada formando (por mais homogéneo que seja o grupo a quem se dirige).

Os objetivos da formação devem estar bem planeados, tal como todo o conteúdo desta, devendo o formador ter princípios de formação definidos. Em termos pedagógicos o EESMO desenvolve competências onde salienta-se a comunicação e técnicas de



dinâmica de grupos como características dominantes num bom desempenho. O processo de avaliação passa pela avaliação de grupo, avaliação individual, avaliação do planeamento formativo e avaliação pessoal. O EESMO deve estar ciente que qualquer destes parâmetros deve ser respeitado e fomentado ao ponto de atingir o sucesso da formação.

Os profissionais de saúde de uma forma geral, ainda mantém uma prática que vê os utentes como dependentes deles, necessitando, portanto, de serem integrados num papel no qual procurem ajuda e sejam informados sobre o que devem fazer. Muitos modelos de enfermagem centram-se na perceção da identidade individual da pessoa e seus direitos, afastando-se assim de uma prática que dirige as pessoas para uma prática que as apoia e lhes permite que aprendam e utilizem esse conhecimento para tomar as suas próprias decisões.

Nos modelos em que é reconhecida a autonomia do utente como indivíduo, o exercício da profissão, os seus objetivos e os conhecimentos necessários para os realizar, são fundamentalmente diferentes daqueles em que modelos se centram sobre um cliente que necessita de cuidados especializados do profissional de saúde. De acordo com Pearson e Vaughan (1992, p. 41), “*Este opera como um parceiro em exercício com o cliente e não como um dirigente do exercício para, em vez ou junto do doente*”. Para o mesmo autor, a parceria requer ainda que o enfermeiro complete a própria unicidade do cliente e adapte os conhecimentos à capacidade e necessidade do cliente e os transmita de modo que ambos possam elaborar um plano de ação em vez de ser o profissional a exercer uma profissão.

É perante este conflito interno/externo que o EESMO se debate no quotidiano, e especificamente na preparação para a parentalidade.

Na enfermagem o desenvolvimento de uma relação com um utente baseada na parceria entra em conflito com o popular modelo biomédico, pois distribui um papel diferente ao enfermeiro e pressupõe uma base diferente de conhecimentos. Assume que o indivíduo que precisa de cuidados de enfermagem, precisa de facto de um profissional que estabeleça uma relação íntima, assente na igualdade, e que dê relevo ao ensino do cliente de modo a permitir ao indivíduo fazer escolhas esclarecidas.

Para Hesbeen (2000, p. 110), a autonomia é geralmente identificada como a independência em que o utente tem “ (...) *capacidade de gerir os seus limites*”. A maioria dos modelos de enfermagem defende a parceria, logo a capacidade de ensinar, motivar e comunicar, e a compreensão de psicologia e sociologia estão incluídas nas

técnicas e conhecimento que os EESMO têm de ter para praticar a enfermagem segundo esses modelos. Os que aceitam o conceito de autocuidado como base para o exercício, valorizam logicamente o direito do utente de ser tratado como um indivíduo com necessidades de autocuidado.

Se refletirmos, torna-se evidente que a promoção do autocuidado é na verdade, uma atitude muito radical na prestação dos cuidados de saúde. Isto significa que em vez de dizer aos utentes o que fazer e de fazer coisas por eles, o EESMO trabalha concretamente para capacitar os utentes a tomarem decisões e a agirem por eles próprios, exceto quando isso não é possível.

A adoção deste modelo está portanto crivado de dificuldades porque tradicionalmente, prefere-se colocar os clientes num papel de dependência. Como refere Norris, citado por Pearson e Vaughan (1992, p. 74), *“o próprio ambiente do hospital é contrário à finalidade de reduzir a dependência do doente; as enfermeiras administram os remédios à dose, e a recusa dos médicos de facultar os registos médicos aos doentes, são exemplo disto”*.

A opinião política, entende o autocuidado como uma forma de colocar a responsabilidade dos cuidados nos indivíduos numa tentativa de reduzir a necessidade de serviços oficiais. Os defensores do autocuidado, proveniente da construção de saberes e autoconfiança, tal como nós, rebatem esse argumento, avançando que este modelo requer geralmente tantos recursos oficiais como o sistema tradicional da prestação de cuidados de saúde, só que exige que esses serviços sejam usados de forma diferente.

Os EESMO colaboram com as mulheres/casal empregando este sistema de enfermagem e por meio de métodos de ajuda. Agindo e fazendo em vez do utente (quando de todo é impossível que ele satisfaça as suas necessidades); ensinando o utente; orientando o utente; apoiando o cliente; proporcionando um ambiente em que o cliente se possa desenvolver e crescer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que ainda não se encontra concluída. Não era nossa intenção obter conclusões e resultados generalizáveis, contudo, através de um processo de análise e interpretação pretendíamos refletir acerca do contributo do EESMO ao longo do processo de adaptação à parentalidade com a intenção de podermos melhorar as práticas existentes no ACES Setúbal e Palmela através da promoção do conhecimento da grávida/casal sobre gravidez, parto, puerpério e cuidados ao Rn, como efeito do CPP.

A preparação do papel parental é bastante abrangente e, em nosso entender, resulta de um conjunto de intervenções do EESMO em contexto multidisciplinar, junto da grávida/casal, com vista à obtenção, por parte destes, de determinados conhecimentos que os tornem autoconfiantes e capazes de desempenhar as tarefas subjacentes à parentalidade. Ao longo do acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade, o EESMO tem oportunidade de identificar as dificuldades da grávida/casal e, se necessário, intervir a nível da instrução, ensino e treino relativamente às competências parentais, que conduzem à criação de uma vinculação segura e, consequentemente, uma parentalidade bem-sucedida.

Nesta medida, é importante que os profissionais de saúde aumentem o conhecimento científico acerca da parentalidade, de modo a proporcionar às grávidas/casal, famílias e sociedade em geral o benefício e influência positiva da mesma. Em particular, os EESMO que trabalham com famílias e na comunidade necessitam de compreender na teoria e na prática o processo de parentalidade pelas consequências que dele resultam a nível da saúde. Na verdade, e parafraseando Hélia Morais (2008), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas prepara-nos para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

Se a adaptação à parentalidade é um processo de transição (com os riscos que qualquer transição pode acarretar), a qualidade da interação e relação pais/filhos pode então, desde logo, ser afetada ou posta em causa, daí a necessidade de compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição. O desempenho das tarefas inerentes a este subsistema e o contributo atribuído ao EESMO durante este processo afigura-se como uma temática que merece atenção por parte dos enfermeiros porque a sua intervenção pode concorrer significativamente para o sucesso da transição.

O interesse deste projeto para a **prática da enfermagem** fundamenta-se principalmente na importância do papel do EESMO, momento atual, na preparação da grávida/casal para o parto/maternidade. A Preparação para a Parentalidade deverá ser sempre entendida, socialmente, como um momento privilegiado para o casal grávido, para a sua família, como estratégia política de educação para a saúde com resultados evidentes e duradouros.

Para a **enfermagem**, enquanto profissão e ciência socialmente estabelecidas e dignificadas, esse campo de intervenção é importantíssimo. Sabemos que uma das propostas de trabalho do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica será a criação de indicadores específicos para os cursos de preparação para a parentalidade, e por isso pensamos estar a contribuir com um suporte teórico e prático para a organização de novas intervenções de enfermagem dentro deste campo, ou reformular e ajustar as que já existem. A **enfermagem**, enquanto disciplina do cuidado humano que se dedica a conhecer os fatores intervenientes no contexto saúde/doença/qualidade de vida, retira assim resultados positivos com projetos desta natureza, uma vez que permitem recolher informações válidas acerca do que pensam as grávidas, sobre assuntos concretos. Pensamos também ter contribuído para a produção de mais conhecimentos sobre as práticas educativas com grávidas e casais grávidos, podendo subsidiar o cuidado direcionado a esta população, com base em suas necessidades reais, e também para a prática do ensino na área da saúde, constituindo-se um importante recurso para o processo ensino aprendizagem.

A contribuição da implementação deste projeto para a Enfermagem poderá acarretar estudos do tipo investigação/ação, em que se tentem desenvolver modelos de Preparação para a Parentalidade, ajustando os participantes aos modelos mais adequados e vice-versa. Nesse sentido, para além da enfermagem obter mais saberes, as suas práticas poderão tornar-se mais ajustadas ao “crescimento e à sensibilidade para o

atendimento às parturientes e ao recém-nascido no modelo holístico”( Davim & Bezerra; 2002).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahlborg, T., Strandmark, M. (2001). The Baby was the Focus of Attention. First – time parent`s experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal Caring Science*, 15, 318 – 325.

Alarcão, I. (1996). *Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão*. Portugal: Porto Editora.

Amaro, R., David, R. (2006). *Preparação para a Maternidade – Satisfação das Mães*. Monografia não publicada, Escola Superior de Saúde. Universidade Atlântica: Barcarena.

Antunes, M., Lopes, J., Fernandes, R (2006). *O Grau de Satisfação das Grávidas face ao Curso de Preparação para o Parto*. Nursing, nº 213, p. 7-16.

Altet, M. (1996). ‘Les Compétences de l’Enseignant Professionnel. Entre savoirs, schèmes d’action et adaptation: le savoir analyser’, in Paquay, L., Altet, M., Charlier, E. and Perrenoud, P., *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies? Quelles compétences?* Brussels: de Boeck, 3rd edn, 2001.

Baglio, G. [et al] (2000). *Evaluation of the Impact of Birth Preparation Courses on the Health of the Mother and the Newborn*. Analli dell Instituto Superiore di Santità. Vol 36, nº 4 p. 465-478.

Barbieri, J., Machline, C. (2006). *Logística hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Saraiva.

Barlow, J., Coren, E. (2004). *Parent Training programmes for improving maternal psychosocial health*. Consultado: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> a 2 de Novembro de 2011.

Bento, M. (1992). *Estudo sobre a Frequência de Cursos de Preparação Planificada para o Parto e o Stress/Ansiedade na Gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

- Bertrand, Y. (1991). *Teorias Contemporâneas da Educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Black, J., Matassarini – Jacobs, E. (1996). In Luckmann & Sorensen: *Enfermagem médico – cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. Vol.I. 4.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusodidacta.
- Bogdan, R., Bilken, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Botelho, J. (1998). *Contributos da Formação Profissional contínua para a Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. Servir: Lisboa.
- Branden, N. (2000). *Auto – Estima: Como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva.
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se Família: O Crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terra Mar.
- Brazelton, T. (1995). *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. (1998). *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bruist, A., Morse, C., Durkin, S. (2003). *Men's Adjustment to Fatherhood Implications for Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 32, 172 – 180.
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna*. 6.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Campero, L [et al] (2004). Suport from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of cesarean section in a Mexican Study. Vol. 20, nº 4 p.312 – 323.

Canavarro, M., Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes prespectivas teóricas. In I. Leal (Ed), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, Lisboa: Fim de Século.

Canário, R. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, A. (1998). *Educação como Projeto Antropológico*. Lisboa: Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento.

Cheong, C. [et al] (2004). Can formal education and training improve the outcome of instrumental delivery? – *European Journal of Obstetric, Gynecology and Reproductive Biology*, Vol 113, nº 2 p. 134 – 144.

Codol, J. (1972). *Representations et comportements dans les groupes restreints*. Paris: Universidade de Provence.

Cohen, C. (1981). *Person categories and social perception: Testing some boundary conditions of the processing effects of prior knowledge*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 441-452.

Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cordeiro, M., Carvalho, M., Dias, J. (1991). *Detecção precoce em saúde infantil: rastreios e detecção oportunista*. Lisboa: D6CSP.

Côto, R. (2009) – *Enfermeiros debatem estruturas de Qualidade* in *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 36, p 10 -16.



Couto, A. (1994). *Crenças e Representações da Gravidez na Educação para a Saúde*: Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação/Pedagogia da Saúde publicada. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Lisboa.

Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto*. Loures: Lusociência.

Couto, G. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*. Vol 14, nº 2 p. 190 – 198.

Craig, J., Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Camarate: Lusociência.

Buist, A., Morse, C., Durkin, S. (2003). *Men's Adjustment to Fatherhood: Implications for Obstetric Health Care*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 172-180.

Davim, R., Bezerra, L. (2002). *Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência*. *Revista Latino- Americana Enfermagem*. Setembro/Outubro.

D'Espiney, L. (1997). *Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho*. In Canário, R. – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Direcção Geral de Saúde (2008). *Centros de Saúde e Hospitais recursos e produção do SNS 2007*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2008). *Natalidade, Mortalidade infantil, fetal e perinatal, 2003/2007*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Donelli, T. (2003). *O Parto no Processo de Transição para a Maternidade*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Porto Alegre : Universidade Rio

Grande do Sul. Consultado: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle> a 5 de Dezembro de 2011.

Doise, W. (1973). *Relations et représentations intergroupes*. In Moscovici, Serge (ed.) - *Introductions à la psychologie sociale*. vol.2. Paris : Larousse.

Falcão, I. (1998). *Preparação para o parto*. Lisboa: Pais&Filhos.

FAME & APEO (2008). *Iniciativa Parto Normal* - Documento de Consenso. Barcelona: Lusociência.

Ferreira, A (2006). *Relatório de Mini – projeto/dissertação* – Pós Graduação de Gestão em Saúde. Universidade Atlântica: Oeiras.

Fialho, P. (2009). *Introdução aos Métodos de Relaxamento*. In: Encontro Paranense – Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVI, IX, Anais. Curitiba. Consultado: em [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos) a 11 de Fevereiro de 2012.

Fialho, T. (2008). *O Papel do Enfermeiro no Parto Humanizado*. Monografia em Educação Avançada. Mato Grosso. Consultado: <http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20OCUPERTINO%20FIALHO.pdf> a 7 de Dezembro de 2011.

Figes, K. (2001). *A Mulher e a Maternidade* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Figueiredo, B., Pacheco A., Costa, R. & Magarinho, R. (2002). *Experiência de Parto: Alguns factores e consequências associadas*. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 203 - 217.

Figueiredo, B., Pacheco A., Costa, R. & Magarinho, R. (2004). *Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez*. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.

Fluk, C. (2001). *Compétences et performances: une alliance réussie. Vision, démarches et outils*. Lausanne: Demos.

Fortes, P. (1998). *Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais: autonomia e direitos do paciente*. São Paulo: Pedagógica e Universitária Editores.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (2ª. Ed) Lisboa: Lusociência Edições Técnicas e Científica.

Frederico, M., Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Freitas, G., Freitas, N. (1996). *Preparação para o Parto pelo método psicoprofilático*. Sinas Vitais, nº 8, 41 – 45.

Frenn, M., McMahon, A. (1998). *Promoção de Saúde na Comunidade*. In Bolander, V., R.N – Enfermagem Fundamentalista: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.

Freitas, G., Freitas, O. (1996). *Preparação para o parto pelo método Psicoprofilático*. Sinais Vitais, 8, 41-45.

Frias, A., Chora, A., Lopes, A. (2007). Preparação psicoprofiláctica para o parto: Gravidez saudável *versus* bebé saudável. In III encontro de investigação “ perspectivar e investigar em saúde” em I jornadas de saúde materna e infantil “ olhares sobre a prática”. (p.179-183).Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Frias, A., Franco, V. (2008). A Preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *Internacional journal of development and educational psychology*, 1(1), 47-54.

Frias, A., Franco, V. (2010). *A Dor do trabalho de parto...um desafio a ultrapassa*. *Internacional journal of development and educational psychology*, 1(2), 53-61.

Galvão, C., Sawada, N. (2005) - *A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre.

Gauthier, C. [et al] (1998) – *Por uma teoria da pedagogia*. Ijuí: Unijuí.

Ghiglione, R., Matalon, B. (1993). *O Inquérito: teoria e prática*. 2.<sup>a</sup> ed. Oeiras: Celta Editores.

Gomes, A., Oliveira, D., Marques, S. (2004). *A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde*. Psicologia: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Universidade Presbiteriana Mackenzie. Ed. Especial.

Guerreiro, T. (2004). *Relação enfermeiro-família*. Em M. Neves, e S. Pacheco (Org.). Para uma Ética da Enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Herzeliçh, C. (1969). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Hudson, D., Elek, S., Fleck, M. (2001). First – time mother's and father's transition to parenthood; infant care self – efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. Issue in comprehensive pediatric nursing, n° 24, p. 31 -43.

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.

Jodelet, D. (1998) – *A alteridade como produto e processo psicossocial*. In ARRUDA, A. (Org.) – Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes.

Lakatos, E., Marconi, M. (1995) – *Metodologia do Trabalho Científico*. 4.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas Edição.

Leitão, M. (1995). *A dor em Obstetrícia*. Sinais Vitais. Coimbra.

Lesne, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e Formação de adultos: elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lizarraga, S., Ayara, M. (2004). Entrevista motivacional. Consultado: URL:<http://www.motivationalinterview.com>. a 3 de Janeiro de 2012.

Lopes, S., Fernandes, P. (2005). O Papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. *Sinais Vitais*, nº5, p. 36 – 42.

Maldonado, M. (1988). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.

Maldonado, M., Dickstein, J. & Nahoum, J.(1997). *Nós estamos grávidos*. 10ª Ed. São Paulo: Saraiva.

Malglaiive, G. (1995). *Ensinar Adultos: Trabalho e Pedagogia*. Porto: Porto Editora

Marriner-Tomey (1994). *Modelos y teorías en enfermería*. 3.ª ed., Madrid: Mosby/Doyma Libros Ed.

Meldizadeh [et al] (2005). *Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn*. American Journal of Perinatology. Vol 22 nº 1 p. 7 – 9.

Mendes, F. (1994). *A Saúde e a Doença dos Professores: Um estudo de caso sobre a representação social*. Tese de Mestrado. Universidade de Évora: Évora. Consultado: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo> a 15 de Dezembro de 2011.

Mendes, J. (1995) – *Ser Enfermeira: Contributos para o Estudo dos Estudantes da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende: Lisboa. Consultado: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:dspace.uevora.pt> em 12 de Março de 2012.

Ministério da Saúde Portuguesa – Consultado: <http://www.portaldasaude.pt/portal> em 3 de Novembro de 2011.

Miranda, F., Furegato, A. (2004). *Representações sociais da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano*. Psicologia: teoria e Prática. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. Ed. especial.

Moliner, P. (1994). *Les deux dimensions de représentations sociales*. Revue Internationale de Psychologie Sociale. Marselha.

Morgado, C. [et al] (2010). Efeito variável na antecipação do parto pela grávida, estudo comparativo. Série 2, nº12. P. 17 – 27.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Nystrom, K., Ohrling, K. (2004). *Parenthood experiences during the child's first year: literature review*. Journal of Advanced Nursing, 46(3), 319 – 330.

Nóvoa, A. (1988). *A Formação tem de passar por aqui: As histórias de vida no projeto Prosalus*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, S., Santos, F., Daniel, A. (2008). *Empreender – da Teoria à prática - As vantagens do trabalho em parceria in Da Economia*. Consultado: <http://www.ua.pt/incubadora/> a 6 de Fevereiro de 2012

Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Rede de Cuidados de Saúde Primários*. Regulamento dos Centros de Saúde, princípios a salvaguardar. Consultado: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal> a 12 de Novembro de 2012.

Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Consultado: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx> a 12 de Novembro de 2012.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Consultado: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/MDP.aspx>.

Payne, A. (2003) - *Técnicas de Relaxamento*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lusociência.

Pamplona, V. (1990). *Mulher, parto e psicodrama*. São Paulo: Agora.

Pardal, L., Correia, E. (2001). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Porto Arel Editora.

Pardal, M. (1990). *Educação para a Saúde: conceitos e perspectivas*. In Revista Saúde e Escola, Lisboa.

Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de enfermagem*. 2.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Acepts Editora.

Perdomini, F., Bonilha, A. (2011). *A Participação do Pai como Acompanhante da Mulher no Parto*. Programa de Pós – Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre. Consultado: <http://www.scielo.br/scielo.php> em 10 de Março de 2012.

Perrenoud, P. (1998). " *Éducation & Prospective*"- Forum de l'innovation pédagogique et éducative, Ollioules, 30-31 mars 2001.

Perrenaud, P. (2000) - " *La formación de los docentes en el siglo XXI* " - In *Revista de Tecnología Educativa* (Santiago - Chile), 2001, XIV, n° 3, pp. 503-523.

Pestana, M. (1996) – *A Formação dos Enfermeiros e a Educação para a Saúde num contexto multicultural* – Revista Portuguesa de Enfermagem, 3º trimestre, ano 1, n° 1, Julho/Ago/Set: Lisboa.

Pina e Cunha [et al] (2003). *Manual do Comportamento Organizacional e Gestão*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Editora RH, Lda.

Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. 3.<sup>a</sup>ed., Portalegre: Artes Médicas Edições.

Preto Cruz, J. (1998). *Formação Profissional em Portugal: do levantamento de necessidades à avaliação*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Cílabo.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1998) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2.<sup>a</sup> ed. , Lisboa: Gradiva.

Ramos, L. (1992). *A escola na inserção social dos jovens: Portugal anos 90*. Tese de Mestrado. Curso de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa: Lisboa. Consultado: <http://www.run.unl.pt/bitstream> em 12 de Março de 2012.

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9.<sup>a</sup> ed., Michigan.

Reys, L. (1996). *Aspectos Particulares de Experimentação em Seres Humanos*. In Archer, L., Biscaia J., Ossvald, W. – *Bioética*, Lisboa: Verbo Editora.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editora.

Rochon, A. (1996). *Educacion para la salud – guia pratica para realizar um projeto*, Barcelona: Masson.

Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Sá, C. (1993). *Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria*. In: Spink, M. (Org.) – *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense.

SÁ, C. (1998). *A construção do objecto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.



Salvat, J. (1981). *Enciclopédia Salvat da Saúde: a saúde da criança*. Vol.7. Rio de Janeiro. Salvat ed. do Brasil.

Schultz, J. (1991). *Treinamento Autógeno*. São Paulo: Manole.

Schön, F., Zabala, E. (2007). *Formar Professores como Profissionais Reflexivos*. As Concepções De Freire, E Zabala, Nas Salas De Eja. Consultado: <http://www.webartigos.com/artigos/as-concepcoes-de-freire-schon-e-zabala> a 15 de Maio de 2012.

Silva, I. (1999). *Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.

Simões, J. (1999). *O Enfermeiro como Formador*. Enfermagem. Lisboa.

Soares, A., Silva, I. (2003). *Representações de puérperas sobre o sistema de alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento*. São Paulo: Revista Escola Enfermagem USP.

Soares, H. (2008). *O Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto.

Spinelli, [et al] (2003). Do Antenatal classes benefit the mother and her baby? *Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 13, nº2 p. 94 – 101.

Sprinthall, N., Sprintall, R. (1993). *Psicologia Educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

Tajfel, H. (1982). *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.

Teixeira, E. (2001). *As Três Metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 4.<sup>a</sup>ed., Belém-Pará : Unama Editora.

Thune - Larsen, K. & Moller-Pedersen, K. (1988) - *Childbirth experience and postpartum emotional disturbance*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6 (4), 229-240.

Vala, J. (1993). *Representações sociais : para uma psicologia social do pensamento social*. In: Vala, J., Monteiro, M. (Org.) – Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (1986). *Análise de Conteúdo*. In: Silva, A., Pinto, J. (org.) – Metodologia das ciências sociais. 6ª ed. Porto: Ed. Afrontamento.

Vara, L. (1996). *Relação de Ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de Pediatria*. In: Revista Portuguesa de Enfermagem. Lisboa, 3º trimestre, nº1.

Vellay, P. (1998). *A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor*. (8.ªed.). Lisboa: Editorial Estampa.

Vieira, C. (1996). *Registos e cuidados de enfermagem à grávida*. Porto: Universidade do Porto.

Widzinski, L. (2000). *Having your baby! A complete Lamaze prepared childbirth class*. In libraryjournal. Consultado: [www.libraryjournal.com](http://www.libraryjournal.com) em 28 de Fevereiro de 2012.

Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica : Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5.ª ed. : Rio de Janeiro : Gunabara Koogan.

Zampieri, M., Gregório, V., Custódio, Z., Régis, M., Brasil, C. (2010). *Processo Educativo com Gestantes e Casais Grávidos: Possibilidade para Transformação e Reflexão da Realidade*. Consultado: ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), em 20 de Janeiro de 2012

Ziegel, E., Cranley, M. (1985). *Enfermagem Obstétrica*. 8.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

# ANEXOS

# ANEXO I

Competências de relaxamento do Método Físico – Relaxamento  
Progressivo

## Espectativas do Resultado do Trabalho de Parto (ER – 16)

- 1 – Relaxar o meu corpo
- 2 – Identificar a contração e estar preparada para ela
- 3 – Usar os exercícios respiratórios durante as contrações
- 4 – Manter-me controlada
- 5 – Pensar no relaxamento
- 6 – Concentrar-me num objeto no quarto/ideia para distrair-me
- 7 – Manter-me calma
- 8 – Concentrar-me em pensamentos sobre o meu bebé
- 9 – Estar atenta a cada contração
- 10 – Pensar positivamente
- 11 – Não pensar na dor
- 12 – Dizer para mim mesma “Eu Consigo!”
- 13 – Pensar na minha família
- 14 – Concentrar-me numa contração de cada vez
- 15 - Focalizar-me na pessoa que me está acompanhar no parto
- 16 - Escutar o incentivo da pessoa que me acompanha no parto

# ANEXO II

Pedido de autorização de implementação do projecto Conselho Clínico do  
ACES Setúbal e Palmela

Directora Executiva do ACES Setúbal e Palmela

Sr.ª Dr.ª Cristina Cabeçadas

Patrícia Meneses Oliveira Duarte, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a desempenhar funções no ACES – Setúbal e Palmela – UCSP – Praça da República; vem por este meio requerer a V. Ex.ª autorização para a implementação do projecto de mestrado com o objectivo geral de reestruturação e actualização do Curso de Preparação para a Parentalidade (CPP), do qual faz parte da equipa que o coordena.

A implementação deste projecto de mestrado constitui um momento de estudo, pesquisa e reflexão, baseado nos receios, dúvidas e medos, transmitidos pelas grávidas/casal e puérperas durante o CPP e nas consultas de revisão de puerpério. Tendo em conta que o CPP tem vindo a ter cada vez maior adesão de inscrições percebemos que a educação para a saúde não é efectuada, de forma planeada e devidamente registada, não contribuindo assim de forma eficaz para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

Pensamos que a Preparação para a Parentalidade constitui um meio privilegiado de transferência de informações sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto, correspondendo a um “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto” (Couto, 2006).

Pretendemos através da implementação deste projecto, aumentar o nível de conhecimento da grávida/casal relativamente à sua situação de saúde e cuidados ao Recém-nascido (Rn), permitindo que os cursos sejam direccionados para a autonomização e reintegração plena das mesmas no seu meio, com os conhecimentos suficientes para lidar com a sua situação de saúde e do seu recém-nascido (Rn).

Pede deferimento

Patrícia Duarte

Setúbal, 14 de Novembro de 2011

## Autorização

Cristina Pereira secretariado\_2@csssebastiao.min-saude.pt

Exma Sra. Enf.ª Patricia Duarte

Encarregou-me a Sra. Directora Executiva, Dra. Cristina Cabeçada,  
de informar que o seu pedido se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado do ACES de Setúbal e Palmela

*Cristina M Pereira*

*Assistente Técnica*

ACES de Setúbal e Palmela

Directora Executiva: M Cristina Cabeçadas (Dra)

Av. das Descobertas – Urbanização Vale do Cobro

2910-711 Setúbal

Telef: 265 708 000

Fax: 265 708 098

e- mail: secretariado\_2@csssebastiao.min-saude.pt



# ANEXO III

Reestruturação da ficha de identificação da grávida





# ANEXO IV

Reestruturação da ficha de avaliação do CPP pela grávida





# ANEXO V

Questionário de avaliação da expectativa do resultado e expectativa da eficácia do trabalho de parto

**Questionário sobre Expectativa do  
Resultado e Expectativa da Eficácia do  
Trabalho de Parto**









# ANEXO VI

Questionário de Avaliação da Percepção Pós – Parto

## **Questionário de Avaliação da Percepção Pós-Parto**





# ANEXO VII

Reformulação da Estrutura do CPP







# ANEXO VIII

Reformulação dos Conteúdos Teóricos do CPP









































# ANEXO IX

Pedido de Autorização da Aplicação do Questionário da ER-16 e EE-16







# ANEXO X

Pedido de Autorização da Aplicação do Questionário da Avaliação da  
Percepção Pós-parto



# ANEXO XI

Apresentação do Projecto de Preparação para a Parentalidade reformulado







# ANEXO XII

Resultados da Avaliação dos Questionários em Excel

## ER 16

Nº da Q.																	
Quest. Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	7	10	10	10	8	7	9	9	10	9	7	9	8	9	8	10	<b>140</b>
2	8	9	10	9	9	8	10	9	10	9	8	9	7	9	9	10	<b>143</b>
3	7	10	10	9	9	9	9	10	10	10	9	9	7	9	8	7	<b>142</b>
4	9	10	9	10	10	7	10	10	9	10	9	8	8	8	9	8	<b>144</b>
5	8	9	10	10	8	8	9	10	9	10	9	9	7	9	9	7	<b>141</b>
6	8	10	10	10	8	9	9	10	8	10	7	9	7	10	9	8	<b>142</b>
7	7	9	10	10	9	10	9	9	9	10	8	10	7	9	8	9	<b>143</b>
8	7	10	10	10	10	8	9	9	9	9	8	8	8	10	8	9	<b>142</b>
9	7	9	10	9	8	7	9	10	9	10	9	9	9	9	9	8	<b>141</b>
10	9	10	10	10	9	7	10	9	8	8	9	8	7	9	10	8	<b>141</b>
11	7	8	9	9	8	9	10	9	10	10	9	9	8	9	8	7	<b>139</b>
12	8	10	10	10	9	7	10	9	10	10	8	9	9	8	9	7	<b>143</b>
13	8	9	10	10	10	8	10	9	9	9	9	9	9	8	10	8	<b>145</b>
14	7	9	10	10	10	9	10	10	9	10	9	9	8	9	8	8	<b>145</b>
15	7	9	10	10	8	8	10	5	8	9	8	10	7	9	10	9	<b>137</b>
16	8	10	10	10	10	7	10	9	9	10	8	10	8	9	10	9	<b>147</b>
17	8	10	9	9	8	8	9	10	9	9	9	9	9	10	9	10	<b>145</b>
18	9	10	10	10	8	8	8	9	10	10	9	10	9	9	9	10	<b>148</b>
19	9	9	9	9	8	9	10	9	10	9	10	9	9	9	9	9	<b>146</b>
20	9	9	9	9	7	7	9	8	9	9	9	9	10	8	8	9	<b>138</b>
21	10	8	10	10	9	8	10	9	9	9	10	9	8	9	8	9	<b>145</b>
22	10	10	10	10	9	7	10	9	9	9	8	8	9	9	7	7	<b>141</b>
23	10	10	10	10	10	8	9	8	10	9	8	9	10	9	8	8	<b>146</b>
24	9	10	10	10	9	9	9	9	10	8	8	9	9	9	7	7	<b>142</b>
25	7	10	10	10	9	7	8	10	10	10	8	10	8	10	8	8	<b>143</b>
26	8	9	9	9	8	7	10	9	9	10	7	10	8	8	9	10	<b>140</b>
27	9	9	9	10	8	8	10	9	9	9	8	10	10	9	10	9	<b>146</b>
28	9	10	10	10	9	8	10	8	9	10	9	9	8	9	9	9	<b>146</b>
29	9	9	9	9	8	8	9	9	9	9	10	10	8	9	9	8	<b>142</b>
30	9	10	10	10	9	9	9	10	9	10	9	9	8	9	7	8	<b>145</b>
	<b>247</b>	<b>284</b>	<b>292</b>	<b>291</b>	<b>262</b>	<b>239</b>	<b>283</b>	<b>272</b>	<b>277</b>	<b>283</b>	<b>256</b>	<b>274</b>	<b>247</b>	<b>269</b>	<b>259</b>	<b>253</b>	



## EE 16

Nº da Q.																	
Quest. Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	7	7	8	7	6	7	8	7	7	9	8	8	6	8	9	10	<b>122</b>
2	6	7	8	8	7	7	9	8	7	9	8	9	7	8	9	10	<b>127</b>
3	8	8	9	7	7	8	9	7	8	10	8	9	6	7	10	9	<b>130</b>
4	7	7	8	8	7	7	9	7	7	9	7	9	5	9	10	9	<b>125</b>
5	8	8	8	8	7	6	8	8	8	10	6	9	7	7	9	8	<b>125</b>
6	6	7	8	7	8	7	8	9	9	10	7	10	8	8	8	7	<b>127</b>
7	6	8	8	7	8	7	7	8	8	10	7	10	7	7	7	7	<b>122</b>
8	7	8	7	6	7	6	8	9	8	10	8	9	8	8	7	8	<b>124</b>
9	7	8	8	6	7	6	6	8	8	9	7	9	5	8	6	7	<b>115</b>
10	7	8	9	7	8	7	8	9	8	9	8	9	7	7	8	8	<b>127</b>
11	8	9	9	6	7	7	9	9	8	8	7	8	8	7	9	9	<b>128</b>
12	7	8	9	8	8	7	8	8	9	9	8	8	7	7	8	8	<b>127</b>
13	8	8	7	8	8	8	9	9	9	9	7	8	7	7	8	9	<b>129</b>
14	7	7	8	8	7	8	9	8	9	10	8	10	6	8	9	8	<b>130</b>
15	7	7	7	7	7	7	7	8	9	9	9	9	6	9	10	9	<b>127</b>
16	8	7	7	7	7	8	8	7	9	9	8	9	8	7	10	10	<b>129</b>
17	8	7	7	7	7	7	8	7	9	9	7	8	7	8	9	9	<b>124</b>
18	7	8	7	7	7	7	8	7	8	8	6	8	7	7	9	9	<b>120</b>
19	8	8	7	8	8	6	6	8	8	8	6	8	6	9	9	9	<b>122</b>
20	8	8	8	8	7	7	6	7	8	9	9	9	7	9	8	8	<b>126</b>
21	7	8	8	7	7	6	7	8	8	10	8	9	8	8	8	7	<b>124</b>
22	6	7	8	8	8	7	7	8	7	9	8	9	7	8	6	8	<b>121</b>
23	6	7	8	7	6	7	7	7	8	9	8	9	6	8	8	8	<b>119</b>
24	6	8	7	6	7	6	8	8	7	9	7	8	7	7	7	7	<b>115</b>
25	7	7	8	6	7	6	7	8	9	9	7	9	9	7	7	8	<b>121</b>
26	8	8	7	8	7	8	8	9	9	8	7	9	9	8	9	9	<b>131</b>
27	7	7	8	7	8	8	9	9	9	9	7	8	8	7	8	8	<b>127</b>
28	7	7	8	7	7	8	7	8	7	7	7	8	7	7	7	7	<b>116</b>
29	8	7	8	7	8	7	8	9	8	9	8	8	7	8	8	8	<b>126</b>
30	7	7	7	7	7	6	8	9	9	9	7	8	6	7	9	9	<b>122</b>
	<b>214</b>	<b>226</b>	<b>234</b>	<b>215</b>	<b>217</b>	<b>209</b>	<b>234</b>	<b>241</b>	<b>245</b>	<b>271</b>	<b>223</b>	<b>261</b>	<b>209</b>	<b>230</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	

PPQ							
Nº da Q.							
Quest. Nº	1	2	3	4	5	6	
1	6	6	6	7	6	7	<b>38</b>
2	7	6	7	7	6	7	<b>40</b>
3	5	5	5	4	5	6	<b>30</b>
4	6	6	5	6	4	6	<b>33</b>
5	7	6	6	7	6	7	<b>39</b>
6	6	6	6	5	5	6	<b>34</b>
7	6	5	5	5	6	6	<b>33</b>
8	6	6	6	7	5	7	<b>37</b>
9	7	7	7	7	6	7	<b>41</b>
10	7	6	6	6	6	6	<b>37</b>
11	7	6	7	7	6	7	<b>40</b>
12	6	5	5	5	5	6	<b>32</b>
	<b>76</b>	<b>70</b>	<b>71</b>	<b>73</b>	<b>66</b>	<b>78</b>	

# ANEXO XIII

Procedimentos de Actuação do Bloco de Partos do CHS sobre Parto na  
Água









































# ANEXO XIV

Plano de Partos - APEO







# ANEXO XV

Plano de Partos Personalizado

