

Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde
3º Curso de Licenciatura em Enfermagem

MONOGRAFIA

*Preparação para a Maternidade:
Satisfação das Mães*

Trabalho Elaborado por: Ricardo Amaro e Rui David

Professor Orientador: Mestre Carmo Baltar

Barcarena
2006

Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde
3º Curso de Licenciatura em Enfermagem



*Preparação para a Maternidade:
Satisfação das Mães*

*Trabalho de Monografia Realizado para a Obtenção do Grau Académico de
Licenciatura em Enfermagem*

Trabalho Elaborado por: Ricardo Amaro e Rui David

Professor Orientador: Mestre Carmo Baltar

*“Bendita és tu entre os humanos!
Sol de Alegria e Harmonia Divinas,
O Universo te acolheu
Como Modelo da Maternidade”.*

Carlos Carvalho

Agradecimentos:

Terminada esta longa jornada, por mais caminhos e palavras que procuremos para expressar a nossa gratidão para com aqueles que nos apoiaram na elaboração deste estudo, ficarão sempre aquém do real valor do seu contributo e da nossa gratidão...

À nossa orientadora, Mestre Carmo Baltar pela disponibilidade demonstrada, empenho, paciência, pelas críticas que nos alargaram o horizonte e que nos serviu de incentivo,

Por último, aos nossos familiares e amigos pelo seu apoio incondicional e pelo tempo retirado da sua companhia...

A nossa gratidão

RESUMO

A maternidade constitui uma das etapas de vida mais importantes de um casal, na qual o investimento presente não se resume à gravidez e ao momento do nascimento do bebé, prolongando-se ao longo das suas vidas. Deste modo, é importante que a mãe cuide de si, uma vez que ao fazê-lo, estará a cuidar do seu futuro bebé e a contribuir para promover a sua saúde.

Nesta sequência, o presente estudo, surgiu com o objectivo de **conhecer a satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram num Centro de Saúde.**

Trata-se de um estudo de paradigma quantitativo, exploratório-descritivo, de nível I, no qual foi definida a variável de estudo e as dimensões e indicadores para a medir. A amostra foi não probabilística e acidental e as mães que a integraram encontravam-se dentro de critérios de selecção pré-definidos.

Os dados foram colhidos por entrevista estruturada, para o que foi utilizado um guião de entrevista, que foi elaborado para o efeito.

Através da análise dos dados constatamos que:

- Na caracterização da amostra:

- 19 (61%) mães detém o grau de escolaridade referente ao Ensino Secundário;
- 30 (97%) inquiridas afirmaram ter tido uma gravidez desejada;
- 31 (100%) afirmaram ter aceite a gravidez.

- Na dimensão, atitude dos profissionais, destacaram-se os indicadores:

- **disponibilidade dos profissionais**, tendo-se constatado que 23 (74%) mães afirmaram ter concordado totalmente, que os profissionais demonstraram disponibilidade ao longo do Curso;

- relativamente às afirmações **“Os profissionais souberam escutá-la”** e **“A linguagem utilizada pelos profissionais foi acessível”**, verificámos que em ambas, houve 22 (71%) mães a afirmarem que concordavam totalmente;

- Na dimensão, contributos da informação transmitida, evidenciaram-se os seguintes indicadores:

- no que diz respeito à **identificação do momento de ir para a maternidade**, 19 (61%) mães concordaram totalmente que a informação contribuiu para a identificação do momento de ir para a maternidade e as restantes 12 (39%) responderam que concordavam;

- 23 (74%) mães concordaram totalmente que a informação tenha contribuído para sentirem **segurança na prestação dos cuidados ao coto umbilical do bebé;**

- 20 (65%) mães referiram que concordavam totalmente que a informação tivesse contribuído para que sentissem **segurança nos cuidados às mamas**.

● Relativamente às considerações das mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade, destacaram-se:

- os **aspectos que menos lhes agradaram**, em que 7 mães referiram que as “instalações eram precárias” e 4 afirmaram que a “sala era de reduzidas dimensões”;

- as **sugestões para melhoria**, tendo referido 9 mães que as instalações deveriam ser melhores, 4 mencionaram que deveria decorrer numa sala de maiores dimensões;

- no que diz respeito à **satisfação em geral**, 23 (74%) mães referiram estar muito satisfeitas, aspecto que é reforçado no score total de satisfação em relação aos indicadores seleccionados para medir a variável dependente, na medida em que 24 (77%) das respostas se encontram dentro do intervalo de classe [48,78 – 60,03], o que significa que as mães estão Muito Satisfeitas.

Após a análise dos resultados, podemos concluir que de uma forma geral o curso encontra-se bem estruturado sendo abordados aspectos significativos e facilitadores tanto do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, porém as mães consideraram que as instalações poderiam ser de maiores dimensões e mais modernizadas, que o alargamento da carga horária do curso facilitaria a apreensão das temáticas abordadas e que o recurso à utilização de tecnologias de informação e outros meios audio-visuais estimularia a atenção da audiência. Na óptica da continuidade dos cuidados, surge que o Curso de Preparação para a Maternidade deveria ser complementado com um módulo de ginástica pós-parto.

Outra sugestão que consideramos que assume grande relevância prende-se com a adopção de estratégias para divulgação do curso às grávidas da comunidade em que o Centro de Saúde está inserido.

ABSTRACT

Maternity constitutes one of the most important stages of a couple's life, in which the actual investment does not restrict itself to the pregnancy and the moment of the birth of the baby, but prolongs itself through its whole life. With this investment, the mother is taking care of her baby's future and contributing to safeguard its health.

In this framework, the present study appeared with the goal of **knowing the satisfaction of the mothers in view of the Maternity Preparation Course they frequented in a Health Centre.**

It is a study of quantitative exploratory-descriptive paradigm, level I, in which it was defined the liable variation of the study and the dimensions and indicators to measure it. The sample was non probabilistic and accidental and the mothers that integrated it were selected within a predefined criteria.

The data were picked up from structured interview, for which an interview script was used, elaborated for the effect.

Through the analysis of the data we verified that:

- In the characterization of the sample:
 - 19 (61%) mothers have the Secondary School degree;
 - 30 (97%) inquired affirmed to have had a wanted pregnancy;
 - 31 (100%) affirmed to have accepted the pregnancy.
- In the dimension, the professionals' attitude, stood out the indicators:
 - **the professionals' time disposal.** It was verified that 23 (74%) mothers totally agreed that the professionals showed good time availability along the Course;
 - about the statements **“The professionals knew how to listen to them”** and **“The language used by the professionals was accessible”**, we saw that in both cases, there were 22 (71%) mothers to agree totally;
- In the dimension, contribution of the transmitted information, the following indicators were evidenced:
 - regarding the **acknowledgment of the right moment to go to the maternity**, 19 (61%) mothers totally agreed that the information contributed to the acknowledgment of the moment to go to the maternity and the remaining ones 12 (39%) agreed;
 - 23 (74%) mothers totally agreed that the information has contributed to the **safety sensation regarding the care taken in the handling of the baby's umbilical stump**;
 - 20 (65%) mothers stated that they totally agreed that the information they received, had contributed to a feeling of **security regarding their breast care.**

- Regarding the mothers' considerations about Maternity Preparation Course we have to point out:

- the **less agreeable aspects**, in which 7 mothers claimed that the “accommodation was precarious” and 4 affirmed that the “room was small”;

- the **suggestions to better the conditions** were referred by 9 mothers, who declared the accommodation should be better and 4 who declared they should be bigger;

- regarding the **general satisfaction**, 23 (74%) of the mothers were very pleased. This aspect is reinforced by the total score of satisfaction in relation to the indicators selected to measure the dependent variation, bearing in mind that 24 (77%) of the answers are within the class gap [48,78 – 60,03], which means that the mothers are Very Pleased.

After the analysis of the results, we can conclude that in a general way the course is well structured, approaches significant and facilitating aspects of the process of labour, delivery and post childbirth, although the mothers considered that the facilities could be of larger dimensions and more modernized, that increasing the time of the course would facilitate the apprehension of the thematic and that resorting to new technologies of information and other audio-visual ways would stimulate the attention of the audience. Giving continuity to the all the care, the Maternity Preparation Course should be complemented with one set of post delivery gymnastic.

Another suggestion we consider of great importance is the adoption of strategies in order to divulge the course to the pregnant women of the community in which the Health Centre is inserted.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
1 – INTRODUÇÃO	1
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2.1 – A Maternidade	6
2.2 – A Gravidez e as alterações anatomo-fisiológicas	9
2.2.1 – Alimentação na Gravidez e Ganho Ponderal	11
2.3 – O Trabalho de Parto e Parto	13
2.4 – Preparação para a Maternidade	16
2.4.1 – Método físico – Relaxamento Progressivo	23
2.4.2 – Método psicológico – Treino Autogénico	25
2.5 – Puerpério	27
2.6 – Relação de Ajuda	33
3 – VARIÁVEIS	36
4 – METODOLOGIA	39
4.1 – Tipo de Estudo	39
4.2 – População e Amostra	40
4.3 – Método e Instrumento de Colheita de Dados	42
4.4 – Recolha de Dados	44
4.5 – Considerações Éticas	45
4.6 – Tratamento Estatístico	46
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
5.1 – Caracterização da Amostra	48
5.1.1 – Idade	48
5.1.2 – Estado Civil	50
5.1.3 – Nacionalidade e Raça	51

5.1.4 – Escolaridade e Profissão/Ocupação.....	52
5.1.5 – Primípara com Gravidez Planeada/Desejada/Aceite	54
5.2 – Satisfação das Puérperas.....	57
5.2.1 – Atitude dos Profissionais: Disponibilidade, Escuta, Linguagem Acessível, Facilidade para Colocação de Dúvidas e Pedido de Orientações.....	57
5.2.2 – Contributos da Informação Transmitida.....	59
5.2.2.1 – Manutenção de peso equilibrado durante a gravidez e Identificação do momento de ir para a maternidade	59
5.2.2.2 – Diminuição da sensação dolorosa durante as contracções do trabalho de parto e manutenção do relaxamento durante o parto.....	61
5.2.2.3 – Redução do medo em relação ao parto.....	63
5.2.2.4 – Sensação de segurança ao dar o banho ao bebé e na prestação de cuidados ao coto umbilical	64
5.2.2.5 – Sensação de tranquilidade relativamente ao horário da amamentação e sensação de conforto durante a amamentação.....	65
5.2.2.6 – Segurança nos cuidados às mamas	67
5.2.3 – Considerações das Mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade.....	68
5.2.3.1 – Aspectos que menos agradaram no Curso e sugestões de melhoria.....	68
5.2.3.2 – Satisfação em geral em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade.....	70
6 – CONCLUSÃO.....	73
7 – IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	78
8 – SUGESTÕES	79
APÊNDICES	80
APÊNDICE A – Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados	81
APÊNDICE B – Instrumento de Colheita de Dados	83
APÊNDICE C – Carta Explicativa para o Consentimento Informado e Termo de Consentimento Informado	87
APÊNDICE D – Cronograma	90
BIBLIOGRAFIA	92

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Apresentação das dimensões e indicadores para medir a variável dependente.	37
Quadro n.º 2 – Outros tipos de Nacionalidade das mães	52
Quadro n.º 3 – Profissão das mães	53
Quadro n.º 4 – Ocupação das mães	54
Quadro n.º 5 – Aspectos que menos agradaram às mães no Curso de Preparação para a Maternidade	69
Quadro n.º 6 – Sugestões de melhoria do Curso de Preparação para a Maternidade fornecidas pelas mães.....	70
Quadro n.º 7 – Score total de satisfação em relação aos indicadores seleccionados para medir a variável dependente	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Distribuição de mães pela Classe Etária.....	49
Tabela n.º 2 – Distribuição da amostra relativamente aos indicadores da dimensão Atitude dos Profissionais	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Distribuição das mães segundo o Estado Civil	50
Gráfico n.º 2 – Distribuição das mães segundo a Nacionalidade	51
Gráfico n.º 3 – Distribuição das mães segundo a Raça	51
Gráfico n.º 4 – Distribuição das mães de acordo com a Escolaridade	53
Gráfico n.º 5 – Distribuição de mães de acordo com o facto de serem Primíparas/Multíparas	56
Gráfico n.º 6 – Distribuição da amostra de acordo com o facto da gravidez ter sido Planeada, Desejada e Aceite	56
Gráfico n.º 7 – Distribuição da amostra relativamente aos indicadores da dimensão Atitude dos Profissionais	58
Gráfico n.º 8 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Manutenção de peso equilibrado durante a gravidez	61
Gráfico n.º 9 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Identificação do momento de ir para a maternidade	61
Gráfico n.º 10 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Diminuição da sensação dolorosa durante as contracções do trabalho de parto.....	63
Gráfico n.º 11 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Manutenção do relaxamento durante o parto.....	63
Gráfico n.º 12 – Distribuição das mães segundo o contributo da informação transmitida para a Redução do medo em relação ao parto.....	64
Gráfico n.º 13 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de segurança ao dar o banho ao bebé.....	65
Gráfico n.º 14 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de segurança na prestação de cuidados ao coto umbilical do bebé.....	65
Gráfico n.º 15 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de tranquilidade relativamente ao horário da amamentação	67

Gráfico n.º 16 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de conforto durante a amamentação.....	67
Gráfico n.º 17 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Segurança nos cuidados às mamas	68
Gráfico n.º 18 – Distribuição das mães de acordo com a Satisfação em geral face ao Curso de Preparação para a Maternidade.....	71

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 3º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, foi-nos proposta a realização de um trabalho de Monografia, cujo tema se enquadrasse numa área do nosso interesse.

A investigação científica, de acordo com Fortin (2003, p.17), «...é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação».

Assim, optámos por estudar uma das vertentes da área de Saúde Materna e Obstétrica por esta nos despertar interesse, o que nos motivou para a escolha da temática da preparação para a maternidade, uma vez que a considerámos pertinente na etapa de vida da grávida/puérpera.

Quando falamos da grávida, estamos a referir-nos à família grávida, pois esta etapa de vida envolve toda a família 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, aspecto 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).

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde e, acima de tudo aos enfermeiros, informarem e educarem as grávidas de forma a minimizarem os seus medos e receios, proporcionando-lhes a possibilidade de vivenciarem este momento de forma informada, consciente e saudável.

No que respeita ao trabalho de parto afirma Bobak (1999), que:

É um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta, e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto. Nas semanas e dias que antecedem o início do trabalho de parto, o sistema reprodutor da mulher sofre várias alterações. O trabalho de parto pode ser abordado em duas perspectivas: quanto aos mecanismos envolvidos no processo, ou quanto aos vários estádios que a mulher atravessa (p. 226).

O decurso do trabalho de parto que é praticamente constante, consiste na progressão regular das contracções uterinas, apagamento e dilatação progressiva do colo e progressão da apresentação. Para que o nascimento ocorra, o feto é obrigado a adaptar-se durante a descida ao canal de parto, pois a bacia feminina apresenta diferentes níveis de contornos e diâmetros variados e o feto tem uma grande dimensão relativamente ao canal de parto.

Assim, segundo Bobak (1999):

Muitas mulheres, por desconhecerem a anatomia e tudo o que envolve o nascimento, sentem medo da dor de parto e de futuras lesões...também expressam alguma preocupação sobre o tipo de comportamento adequado durante o parto e sobre como serão aceites as suas reacções pelas pessoas que lhes estiverem a prestar cuidados (p. 121).

Nesta sequência, a promoção da saúde durante a gravidez contribui para modificar não apenas a saúde individual de cada mulher e dos seus filhos, mas também, a de toda a sociedade. O desenvolvimento de uma sociedade reside na saúde das suas mulheres e crianças, o que contribui para que a preparação para a maternidade assuma especial importância, na medida em que estamos a promover a saúde e o bem-estar da grávida e de forma indirecta a de uma futura sociedade.

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».

Assim, verificámos que o estudo científico realizado por Germano Couto, *Preparação para o Parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*, concluiu que: uma mulher elucidada e colaborante tem um parto mais fácil e com menores complicações, tanto para si como para o recém-nascido, reduzindo o tempo de internamento e a quantidade de fármacos administrados.

Por seu lado, Freitas (1998, citado em Couto, 2003, p. 140), afirma que «o facto de a grávida frequentar os programas de ensino pode influenciar o seu comportamento durante o trabalho de parto», positivamente; observou-se ainda que o ambiente de acompanhamento das grávidas numa área rural é mais calmo, menos agitado, que numa área urbana; segundo as grávidas entrevistadas neste estudo, a preparação para o parto, representa sobretudo uma necessidade de conhecerem o desenvolvimento do feto no útero, desde a concepção até ao parto; tomarem conhecimento das transformações ao nível do seu corpo e como o devem cuidar; conhecerem estratégias a adoptar nas várias fases do parto, de forma a facilitar a expulsão do feto e a reduzir a dor e o sofrimento para o seu filho.

Nesta sequência têm-se-nos colocado as questões seguintes:

Quais os benefícios que o Curso de Preparação para a Maternidade proporciona às mães? Será que os conteúdos programáticos do Curso de Preparação para a Maternidade se adequam às necessidades das mães? Qual a importância da participação do pai no Curso de Preparação para a Maternidade? Será que a realização do curso de preparação a maternidade se revela decisivo para a diminuição da ansiedade no momento do parto?

Assim, uma vez que Fortin (2003, p. 48), afirma que, «qualquer investigação tem como ponto de partida, uma situação considerada como problemática,...», a problemática deste estudo, levou-nos a formular a seguinte pergunta de partida:

Qual é a satisfação das mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram?

A satisfação é algo que todos nós ambicionamos como resultado último, de serviços que nos são prestados ou que prestamos, mas é algo muito complexo e que requer enorme envolvimento por parte do profissional de saúde, aparecendo definida no Dicionário da Língua Portuguesa (1994, p. 1621), como «acto ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria; aprazimento; reparação de uma ofensa; pagamento; explicações; desculpas».

Segundo Imperatori (1999, p. 224), a Satisfação do utente corresponde ao «juízo do utente sobre o cumprimento das suas expectativas em relação aos cuidados recebidos».

Assim, verifica-se que a satisfação de algumas necessidades é temporal e passageira, isto é, a motivação humana é cíclica, regendo-se pelas diferentes necessidades, sendo o comportamento um processo de resolução de problemas, de satisfação das necessidades conforme vão surgindo, pelo que traçámos como objectivo geral para esta monografia:

- **Conhecer a satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram num Centro de Saúde.**

Definimos como objectivos específicos:

- Identificar os contributos da frequência do Curso de Preparação para a Maternidade nas vertentes: gravidez, trabalho de parto e parto, cuidados ao recém-nascido e puerpério;
- Obter a opinião das mães, relativamente aos aspectos que menos lhes tenha agradado no Curso de Preparação para a Maternidade;
- Analisar as sugestões que de acordo com as mães contribuirão para a melhoria da qualidade do Curso de Preparação para a Maternidade.

Uma vez que o presente estudo, visou conhecer a satisfação das puérperas face ao Curso de Preparação para a Maternidade, considerámos que o paradigma da investigação que se adequava era o quantitativo, na medida em que de acordo com Fortin (2003, p. 322) «a abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo».

Deste modo, através da análise estatística, pretendemos que os resultados do estudo venham a ser generalizáveis a outras populações que utilizam um método de preparação para a maternidade idêntico ao utilizado pelo Centro de Saúde onde este se realizou, aspecto que é reforçado por Fortin (2003), ao afirmar que:

O controlo permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas. As estratégias tais como o controlo, os instrumentos metodológicos e a **análise estatística** visam tornar os dados válidos, isto é, **assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizáveis a outras populações** (p. 322).

Ao utilizarmos a abordagem quantitativa no nosso estudo, permitiu-nos constituir um processo pelo qual obtivemos resultados objectivos e claros relativamente à variável de estudo.

Nesta sequência, realizámos um estudo exploratório-descritivo, de nível I, pois de acordo com Fortin (2003, p. 162), «o objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo...», por seu lado afirma também Fortin (2003, p. 137, 138), que «a exploração e a descrição de fenómenos podem ser efectuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação». Consideramos que este é um estudo de nível I, uma vez que, embora exista bibliografia e alguns estudos relacionados com a área, não encontramos nenhum referente à satisfação.

Assim, elaborámos o estudo de acordo com o cronograma inicialmente definido (Apêndice D) e estruturámos o relatório em quatro capítulos, no primeiro apresentamos o enquadramento teórico relativo ao processo de gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério. No segundo e terceiro capítulos, procedemos à descrição da metodologia utilizada para a sua realização. No quarto capítulo, efectuámos a apresentação e a análise dos resultados. No quinto e último capítulo, apresentámos as conclusões mais relevantes, implicações dos resultados para a Enfermagem, limitações com que nos confrontámos na realização do estudo e sugestões.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, pretende-se estabelecer os fundamentos teóricos para toda a pesquisa, dando-lhe significado dentro do seu contexto.

O enquadramento teórico, de acordo com Fortin (2003, p. 40), é a «estrutura que liga todas as componentes de um estudo», este «define a perspectiva segundo o qual o problema de investigação será abordado e coloca o estudo num contexto significativo».

Com o intuito de tomar conhecimento sobre o tema em estudo, pesquisámos diversas fontes bibliográficas entre as quais, livros, trabalhos académicos, revistas científicas e documentos publicados na Internet.

Nesta sequência, de acordo com o problema em estudo e os objectivos, achámos pertinente abordar temas como a maternidade, a gravidez e as alterações anatomo-fisiológicas, o trabalho de parto e parto, métodos de preparação para o parto, técnicas de relaxamento e respiração, o puerpério e, por último, a relação de ajuda. Temas estes que vamos passar a abordar de seguida.

2.1 – A Maternidade

A maternidade e a paternidade constituem uma fase de mudança no ciclo de vida familiar, pois o homem e a mulher passam da condição de filhos para a condição de pais. Actualmente, este processo pode ser facilitado através de cursos de preparação para a maternidade, que se têm tornado uma ferramenta fundamental para uma vivência mais informada e preparada do processo de gravidez, parto e pós-parto.

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

Deste modo, verifica-se que as relações quer sejam conjugais ou de compromisso não são estáticas, evoluem ao longo do tempo e o nascimento de uma criança altera definitivamente, os laços de união existentes entre os dois companheiros (Bobak, 1999).

Assim, para a grande maioria dos casais, a chegada de um bebé constitui a realização de um sonho, sendo este o resultado mais maravilhoso do amor romântico que é possível imaginar. Após o parto, o casal vê as suas características físicas permanentemente ligadas entre si no novo ser e enfrenta a perspectiva de uma vida partilhada em conjunto, geneticamente ligada através desse filho. Nos primeiros meses de vida o bebé, parece produzir com frequência o oposto, afastando os pais e revelando divergências entre eles, que até aqui estavam ocultas.

Nesta sequência, a partir da concepção, à medida que cada parceiro entra num período provisório de adaptação à paternidade/maternidade, o equilíbrio altera-se, os pais criam expectativas diferentes em relação ao bebé e não entre si. Passa a haver menos tempo um para o outro enquanto amantes e mais para a partilha das novas responsabilidades (Figes, 2001).

As diferenças biológicas entre as mulheres e os homens são fortemente salientadas durante a gravidez e o parto e sente-se, por vezes, que o que antes era uma relação estreita e de mútuo apoio está inexoravelmente a afastar-se. Porém, se 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, aspecto 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 a importância de uma boa preparação para o parto e melhor reorganização das actividades diárias, até porque o parto, tal como é encarado nos dias de hoje, não tem de ser um momento de sofrimento e dor, mas sim, devido à sua relevância, um momento de singular felicidade, vivido de forma serena e perfeito bem-estar, para o 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, o planeamento da gravidez é um dos factores decisivos para o bem-estar da grávida/casal e contribui decisivamente para o estabelecimento da relação precoce, hoje entendida como de primordial importância para o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança.

No contexto actual, torna-se importante criar programas de preparação para a maternidade numa vertente multidisciplinar, visto que as alterações são a vários níveis e uma abordagem diferenciada dos vários profissionais de saúde, é um recurso fundamental para os pais, uma vez que cada um na sua área específica, poderá seguramente actuar de forma mais eficaz.

Nesta sequência, verifica-se que ocorrem na mulher grávida alterações anatomo-fisiológicas, aspecto que vamos passar a abordar.

2.2 – A Gravidez e as alterações anatomo-fisiológicas

Durante o primeiro trimestre de gravidez, ocorre o crescimento acentuado do útero em resposta aos estímulos produzidos pelos níveis elevados de estrogénios e progesterona. Este aumento é originado pelo aumento da vascularização, pela hipertrofia que consiste no aumento das fibras musculares e do tecido fibro-elástico existente e pelo desenvolvimento da decidua.

Deste modo, ao longo do processo de gravidez o útero vai sofrendo alterações em tamanho, forma e posição. As paredes musculares fortalecem-se e tornam-se mais elásticas. Durante o segundo trimestre o útero é esférico ou globoso. No decorrer da gravidez, à medida que o feto aumenta em comprimento, o útero torna-se mais largo e ovóide e ultrapassa os limites da pélvis para a cavidade abdominal (Bobak, 1999).

Por seu lado, também ocorrem alterações significativas a nível das mamas, no interior das quais estão os alvéolos que são pequenos sacos feitos de células secretoras de leite, encontrando-se na aréola as pequenas glândulas de Montgomery que segregam um fluido oleoso para manter a pele saudável.

Assim, uma hormona chamada prolactina faz com que se produza leite e por contracção das células mioepiteliais verifica-se a expulsão de leite para fora dos alvéolos, sendo esta contracção provocada por uma hormona chamada ocitocina. Pequenos tubos, ou ductos, levam o leite dos alvéolos para o exterior. Sob a aréola, os ductos tornam-se mais largos e formam os seios galactóforos, onde o leite é retido até à mamada. À medida que passam através do mamilo, os ductos tornam-se mais estreitos. Os alvéolos e os ductos estão rodeados por tecido de sustentação e por gordura.

A gordura e o tecido de sustentação é que dão a forma à mama e fazem a maior parte da diferença entre uma mama grande e uma pequena. Tanto as mamas grandes como as pequenas contêm a mesma quantidade de tecido glandular e podem produzir uma grande quantidade de leite, verificando-se que seja qual for a forma e o tamanho das mamas e dos mamilos estão destinados a cumprir a mesma função.

Nesta sequência, é de referir que nem sequer os peitos planos ou os mamilos invertidos constituem um impedimento para a amamentação, já que o bebé não se prende só ao mamilo, mas sim a toda a auréola.

No entanto, é certo que os mamilos invertidos ou umbilicados requerem maior atenção que os salientes, neste caso é aconselhado fazerem-se massagens manuais ou utilizar dispositivos especiais que ajudem a alongar os canais.

Assim, verifica-se que por volta das seis semanas de gestação, as mamas ficam túrgidas, sensíveis e dolorosas, alterações que sugerem uma possível gravidez. Há um aumento da pigmentação dos mamilos e das aréolas, dando-se o aparecimento de uma cor rosada e os mamilos tornam-se mais erécteis e de acordo com Seidel et al. (1995, citado em Bobak, 1999, p. 103), «a partir da sexta semana, pode ocorrer a excreção de uma secreção de pré-colostro, fino, transparente, e viscoso». Durante o segundo e terceiro trimestres, ocorre um aumento progressivo do volume e tamanho das mamas que é provocado pelo crescimento das glândulas mamárias. No fim da primeira metade da gravidez, dá-se uma inibição da lactação até que se produza uma quebra nos níveis de estrogénio, o que se verifica após o parto com a expulsão do feto e da placenta.

O colostro é um precursor do leite, apresentando-se sob a forma de um fluido branco amarelado e cremoso que pode ser excretado pelos mamilos durante o terceiro trimestre da gravidez.

Nesta sequência, constata-se que a alimentação da grávida e o ganho ponderal durante o período de gestação, são de extrema importância, aspectos que vamos passar a abordar seguidamente.

2.2.1 – Alimentação na Gravidez e Ganho Ponderal

A importância da nutrição para uma gravidez saudável foi pela primeira vez patente, durante a 2ª Guerra Mundial, quando algumas regiões da Europa ficaram isoladas e sem abastecimento alimentar. A subnutrição que se verificou nas grávidas que se encontravam no segundo e terceiro trimestres de gravidez, afectou grandemente o peso dos seus bebés ao nascer. A incidência de malformações congénitas aumentou e o número de concepções diminuiu. Quando os bloqueios terminaram, o peso dos recém-nascidos ao nascer aumentou, assim como o número de gestações (Bobak, 1999).

Quando se trata de mulheres múltiplas, com gravidezes muito próximas e com gravidezes gemelares, a importância da alimentação acentua-se ainda mais. Também as grávidas adolescentes devem ter cuidados redobrados com a sua alimentação, visto terem que satisfazer tanto as necessidades do feto como as suas próprias, uma vez que se encontram ainda em fase de crescimento e de desenvolvimento.

No decorrer da gravidez, a alimentação deve contribuir para manter e até melhorar a saúde da mulher, tornando o parto mais seguro e dando ao filho uma melhor nutrição para nascer nas melhores condições, proporcionando um desenvolvimento harmonioso ao longo da vida (Breda, 2003).

Porém, apesar de um adequado ganho ponderal durante a gravidez constituir um contributo importante para o sucesso global desta, a determinação da ingestão adequada de nutrientes específicos não pode ser efectuada unicamente com base no ganho ponderal; a qualidade desse aumento ponderal pode ser um factor bem mais importante para o desenvolvimento global do feto (Bobak, 1999).

Assim, a grávida não deve servir-se da gravidez como desculpa para cometer excessos alimentares. A mulher que aumenta o peso para valores superiores a 135% do seu padrão normal de peso, tem tendência a manter muito deste excesso, após o parto, o que poderá

contribuir para o aparecimento de doenças crónicas normalmente associadas ao peso em excesso, as quais englobam a hipertensão, a diabetes e as doenças cardiovasculares.

Por seu lado, o ganho ponderal do segundo e terceiro trimestres constitui um factor determinante para o crescimento fetal. A relação entre ganho ponderal gestacional e crescimento fetal varia, em parte, com a relação peso-altura da mulher antes da gravidez, recomendando Bobak (1999), que um bom método para recomendar o ganho ponderal ideal durante a gravidez, consiste na utilização da correlação existente entre peso/altura antes da gravidez ou, Índice de Massa Corporal (IMC).

Assim, verifica-se que a mulher grávida tem maiores carências, nomeadamente, de energia (em calorias) proveniente, na sua maioria, dos hidratos de carbono e das gorduras. Também as proteínas, devido às suas características construtoras e plásticas, são necessárias, assim como, algumas vitaminas, minerais e água.

O acréscimo das necessidades nutricionais verifica-se dada a formação de novos tecidos, como por exemplo, a reserva lipídica que servirá para a formação de leite durante a amamentação e contribuirá para aumentar o volume sanguíneo, o aumento da dimensão do útero, das mamas e de outros órgãos e tecidos. O mesmo acontece com o desenvolvimento do bebé através da formação da placenta, de membranas e do líquido amniótico. Estas necessidades nutricionais são pouco relevantes nos primeiros tempos da gravidez, aumentando consideravelmente no segundo e terceiro trimestres e, ainda mais, durante a amamentação.

No entanto, antes de engravidar, o estado nutricional da mulher é muito importante, devendo esta perder peso, se este for excessivo, sobretudo para prevenir problemas de hipertensão arterial e diabetes, bem como as consequentes dificuldades no parto. Também a magreza pode trazer inconvenientes dado os défices nutricionais que pode apresentar, podendo levar a que o recém-nascido seja de baixo peso, com riscos associados e problemas, por vezes, irreversíveis.

Deste modo, verifica-se que as necessidades energéticas de uma gravidez são de, aproximadamente, 75 mil quilocalorias suplementares (sensivelmente equivalente às

necessidades da mulher nesse período). É de salientar que esta energia deve ser fornecida de acordo com as necessidades específicas de cada período da gravidez e à base de alimentos que contenham os nutrientes essenciais para o efeito.

O próprio organismo da gestante desenvolve mecanismos de compensação com o fim de satisfazer as necessidades nutritivas, conduzindo o aumento de peso inicial para a reserva de gordura (nas ancas, entre outros) que a mulher utilizará quando aumentarem as necessidades energéticas do feto, no decorrer da gravidez, e no final da mesma aquando da produção de leite. É ainda capaz de oxidar os ácidos gordos nos tecidos periféricos, de modo a disponibilizar o máximo de glicose e de aminoácidos não só para o feto, mas também para os tecidos placentários.

Porém, a partir do segundo trimestre, devido ao aumento das necessidades nutricionais, deve-se acentuar a importância qualitativa de certos alimentos que devem passar a fazer parte da alimentação da mulher grávida.

Em suma, a alimentação nesta etapa de vida torna-se preponderante no sucesso global do desenvolvimento do feto, contribuindo para o nascimento de uma criança saudável, o qual passa pelo trabalho de parto e parto, momentos que vamos passar a abordar.

2.3 – O Trabalho de Parto e Parto

A bacia da mulher apresenta diferentes contornos e diâmetros variados a diferentes níveis. Uma vez que o feto é grande, comparativamente ao canal de parto, para que o nascimento ocorra, o feto é obrigado a adaptar-se ao canal de parto durante a descida, o qual se designa por mecanismo de parto, que é composto pelas rotações e outros ajustamentos necessários no processo de parto do ser humano.

Durante o mecanismo de parto de uma apresentação de vértice ocorrem sete movimentos cardinais, que são nomeadamente: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão,

rotação externa e por último a expulsão. Importa referir que, embora a abordagem destas fases seja feita isoladamente, uma combinação de movimentos ocorre simultaneamente (Bobak, 1999).

Nesta sequência, os partos podem ser classificados em eutócicos ou distócicos. O primeiro também é designado de parto natural, o segundo abrange a cesariana, os partos com ventosa e fórceps.

No que respeita ao parto eutócico, o trabalho de parto pode ser considerado normal, o que significa que não existem complicações de qualquer ordem, que a mulher se encontra no termo ou próximo do termo da gestação e a apresentação do feto é cefálica, não sendo ultrapassadas as vinte e quatro horas de trabalho de parto, aspecto que é reforçado por Bobak (1999), ao afirmar que:

O trabalho de parto é considerado normal quando a mulher se encontra no termo ou perto do termo da gravidez, não existem complicações, só existe um feto com apresentação de vértice [*sic*], e o trabalho de parto não ultrapassa as vinte e quatro horas (p. 226).

Durante o parto pode haver necessidade de se efectuar uma episiotomia de forma a facilitar a expulsão do feto. Existem dois tipos de episiotomia, a mediana e a mediolateral, sendo a primeira aquela que é mais utilizada, uma vez que é menos dolorosa, eficaz e de fácil correcção (Bobak, 1999).

A episiotomia mediolateral, comparativamente com a episiotomia mediana, origina uma maior hemorragia para além da cicatrização ser mais difícil e dolorosa. Por norma, esta é utilizada quando o parto é instrumental, quando é provável que seja necessário uma extensão posterior da lesão.

Relativamente ao parto distócico por via baixa – fórceps e ventosa – há a referir que as indicações para o parto instrumental são idênticas, no parto por fórceps e por ventosa, podendo ser estas indicações devido a causa materna ou fetal. Decide-se por este tipo de parto quando

estamos perante um período expulsivo prolongado, quando há suspeita de sofrimento fetal ou quando há necessidade de abreviar o período expulsivo.

Para que se possa efectuar a aplicação do fórceps e da ventosa é necessário que estejam reunidas, nomeadamente, as seguintes condições: que a dilatação do colo esteja completa, que se trate de uma apresentação cefálica, que as membranas se encontrem rotas, que tenha havido esvaziamento vesical, que exista compatibilidade céfalo-pélvica e que a apresentação esteja encravada.

A maioria dos partos por via baixa é efectuada por um único instrumento, seja ele, a ventosa ou fórceps, porém em algumas situações há a necessidade de se utilizar ambos os instrumentos (Bobak, 1999).

Por último temos a cesariana, definida por Bobak (1999, p. 732), como «...o nascimento do feto por meio de uma incisão transabdominal do útero», sendo o seu o principal objectivo preservar a vida ou a saúde da mãe e do feto, optando-se pela cesariana quando existe evidência de sofrimento materno ou fetal.

Segundo Marieskind (1989, citado em Bobak, 1999, p. 733), «quatro categorias de diagnóstico são responsáveis por 75% a 90% das cesarianas: distócia, cesariana repetida, apresentação pélvica e sofrimento fetal».

As restantes indicações para o procedimento devem-se ao prolapso do cordão umbilical, a infecção viral activa por herpes, complicações como hipertensão induzida pela gravidez e anomalias da placenta (Bobak, 1999).

Assim, verifica-se que o trabalho de parto é constituído por quatro estádios, em que o primeiro se inicia com as primeiras contracções uterinas regulares e termina quando o colo se encontra com a dilatação completa. Este estádio prolonga-se durante muito mais tempo que o segundo e terceiro em conjunto. O primeiro estádio do trabalho de parto divide-se em três fases: lactente, activa e de transição. Na fase lactente verificam-se progressos no processo de apagamento do

colo. Durante a fase activa e de transição, a dilatação cervical e a descida da apresentação são mais rápidas (Bobak, 1999).

O segundo estágio decorre desde a dilatação completa do colo até ao nascimento do feto. Posteriormente, ocorre o terceiro estágio que vai desde o nascimento do feto e a expulsão da placenta, designada de dequitação (Bobak, 1999).

No que respeita ao quarto estágio do trabalho de parto, verifica-se que dura cerca de 2 horas após a expulsão da placenta, o que é um período crítico tanto para a mãe como para o recém-nascido, pois para além de se encontrarem em recuperação do processo físico de nascimento, é um momento em que se iniciam novas relações.

Este é o período de recuperação designado de puerpério, no qual é importante enfatizar a observação/vigilância da puérpera, de forma a identificar complicações tais como a hemorragia (Bobak, 1999).

Face às alterações que se verificam durante a gravidez, o parto e o puerpério há que preparar a mulher/companheiro para esta etapa tão importante de uma vida a dois, para o que muito poderá contribuir a frequência de um Curso de Preparação para a Maternidade, aspecto que vamos passar a abordar.

2.4 – Preparação para a Maternidade

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 actual, 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.

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 correcto 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 activa 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**

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

Este método foi definido pelo médico inglês Grantly Dick Read, que defendeu como teoria, que a dor provocada pelo parto era consequência de condicionamentos sociais e síndrome do medo da dor, aspecto 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).

No que respeita ao método/programa de Dick Read, é de referir que contempla informação relativamente ao trabalho de parto, nutrição, higiene e exercício. Este inclui aulas práticas sobre: exercício físico de preparação do corpo para o parto, relaxamento voluntário e padrões de respiração.

O relaxamento voluntário inclui o relaxamento progressivo de vários grupos de músculos ao nível do corpo. Algumas mulheres com a prática são capazes de relaxar e até mesmo dormir durante o intervalo das contracções.

Em relação aos padrões de respiração, a mulher grávida faz respirações abdominais profundas durante a maior parte do trabalho de parto e respirações superficiais na fase final do primeiro estágio do trabalho de parto.

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**

O método de Lamaze de preparação para o parto, é conhecido como parto sem dor, parto preparado, parto controlado, ginástica e exercícios para o parto. Este método baseia-se na neurofisiologia, isto é, no funcionamento do sistema nervoso, dividindo-se nas partes psicológica e profiláctica, exigindo assim, informação relativa à parte psicológica do método, em que a grávida é instruída de forma a entender o mecanismo do sistema nervoso, como funciona o seu cérebro e o condicionamento e descondicionamento, de forma a compreender a relação cérebro-útero no momento do parto.

Relativamente à parte da informação profiláctica, são fornecidas à grávida noções sobre anatomo-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 psicoprofiláctico 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 contracções 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).

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».

Este método defende a importância do acompanhamento e apoio da grávida durante todo o processo de gravidez, por parte do marido ou outro elemento significativo.

Segundo Falcão (1998, p. 15), este método baseia-se em três exercícios fundamentais, nomeadamente: o respirar superficialmente e rapidamente de forma a controlar a dor; respirar normalmente para facilitar as trocas gasosas, sendo este exercício realizado após o primeiro; e por último, deve-se evitar a respiração rápida e profunda no momento da expulsão do feto.

- **Método de Bradley ou método de parto assistido pelo marido**

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

Segundo Bradley (citado em Bobak, 1999, p. 236), este método «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 factores ambientais como a escuridão, estar só e o sossego, tornam a experiência do parto mais natural. As mulheres que adoptam este método, muitas vezes aparentam estar a dormir durante o trabalho de parto, encontrando-se num estado de relaxamento mental profundo (Bobak, 1999).

Neste método, o marido deve dar apoio à mulher, sendo incentivado a tocar-lhe e a colocar-lhe as mãos sobre o abdómen no decorrer das contracções (Burroughs, 1996).

Nesta sequência, verificamos que em todos os métodos que foram apresentados se defende a utilização de técnicas de respiração e de relaxamento.

Assim, verifica-se que as várias técnicas de respiração contribuem para ajudar a mulher a manter o controlo durante as contracções.

No primeiro estágio do trabalho de parto, as técnicas de respiração podem promover o relaxamento dos músculos abdominais e, assim, aumentar a cavidade abdominal. Este tipo de relaxamento diminui a fricção e desconforto entre o útero e a parede abdominal, permitindo também o relaxamento dos músculos da região genital, não interferindo na descida do feto.

Relativamente ao segundo estágio do trabalho de parto, a respiração é utilizada para aumentar a pressão abdominal e, assim, auxiliar na expulsão do feto. Também se utiliza no relaxamento dos músculos pudendos, a fim de evitar a expulsão súbita da cabeça do feto.

Segundo Bobak (2003):

Quando a mulher já não consegue andar ou falar durante as contracções, a respiração começa a ser abdominal e lenta e a frequência respiratória desce normalmente para metade. À medida que as contracções aumentam em frequência e intensidade, a mulher pode necessitar de efectuar respiração torácica que, é mais superficial, aumentando para quase o dobro da sua frequência respiratória (p. 237).

No que respeita ao período designado por período de transição, que corresponde à altura em que a dilatação do colo do útero atinge 8-10 cm, há uma maior dificuldade no controlo da respiração durante as contracções, sendo difícil manter a concentração nas técnicas de respiração, pelo que de acordo com Bobak (2003), o tipo de respiração a utilizar:

Pode ser o padrão de 4:1: respirar, respirar, respirar, respirar, soprar (como se estivesse a apagar uma vela). Esta média pode aumentar para 6:1 ou 8:1. Estes padrões iniciam-se com as respirações de relaxamento de rotina e terminam como uma expiração profunda (p. 237).

É de referir, que no tipo de respiração supracitado pode surgir como efeito indesejado a hiperventilação, pelo que é importante que a grávida esteja atenta aos sintomas associados à situação de alcalose respiratória: tremores dos dedos, entorpecimento geral, cabeça pesada e tonturas. Para resolver esta situação pode-se fazer a mulher respirar para um saco bem adaptado à boca e nariz ou então, colocando as “mãos em concha” sobre a boca e nariz. Este procedimento vai permitir respirar dióxido de carbono e substituir o ião de bicarbonato (Bobak, 1999).

No momento em que a cabeça do feto atinge o chão pélvico, a grávida sente uma necessidade inadiável de empurrar, fazendo pressão no sentido de expulsar o feto, através da contracção dos músculos abdominais. A descida do feto só pode continuar quando o colo se encontrar

com a dilatação completa. Caso a grávida faça força antes de esta estar completa, o colo ficará comprimido entre a cabeça do feto e o osso púbico, o que poderá provocar uma frequência cardíaca fetal inadequada, edema ou dilaceração do colo. Para controlar esta necessidade de fazer força, a grávida pode expirar de forma ofegante ou expirar o ar devagar através dos lábios semi-cerrados. A aplicação prática desta técnica respiratória é extremamente útil aquando da expulsão lenta da cabeça do feto (Bobak, 1999).

Deste modo, podemos afirmar que as técnicas de respiração assumem um papel preponderante no momento do trabalho de parto e parto.

No que respeita às técnicas de relaxamento, verifica-se que existe uma grande variedade de técnicas, que têm como objectivos 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».

Deste modo, o termo “relaxado” é utilizado quer para mencionar o relaxamento muscular quer para pensamentos de tranquilidade. Pressupõe-se a existência de um laço entre ambos, uma vez que o estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos (Payne, 2003).

Lichstein (1988, citado em Payne, 2003):

Distingue entre métodos que proporcionam relaxamento profundo e aqueles que originam relaxamento superficial. O relaxamento profundo diz respeito a procedimentos que provocam um efeito de grande amplitude, e que são executados em ambiente calmo em posição horizontal, p. ex., relaxamento progressivo, treino autogénico e meditação. O relaxamento superficial por seu lado, diz respeito a técnicas...que produzem um efeito imediato e podem ser utilizadas quando um indivíduo se depara com situações stressantes; o objectivo é a libertação rápida do excesso de tensão (p. 13).

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).

2.4.1 – Método físico – Relaxamento Progressivo

Edmund Jacobson (1964), médico-fisiologista, desenvolveu uma técnica que designou de relaxamento progressivo, a qual segundo Payne (2003, p. 36), «consistia no trabalho sistemático ao longo dos principais grupos musculares-esqueléticos criando e libertando a tensão...cada sessão visava a acção sobre apenas um músculo, sendo repetida uma vez. O resto do tempo era passado a libertar a tensão».

Esta abordagem, ao contrário das restantes, desaconselha a utilização da sugestão, ou seja, os treinadores eram 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, que são relaxados um depois do outro. Cada grupo é primeiro tenso e depois relaxado várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular.

Deste modo, para se proceder ao relaxamento progressivo é necessário reunir as seguintes condições ideais:

- Um quarto com um ambiente tranquilo;
- Um local onde se possa deitar, pois a posição ideal é deitado, porém é possível praticar o relaxamento progressivo na posição de sentado (Payne, 2003).

No que respeita ao procedimento, é de referir que inclui os requisitos seguintes:

- Adoptar 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 adoptar uma respiração abdominal e não torácica.

Nesta sequência, para se obter competências de relaxamento são recomendados os itens seguintes:

Item 1: Fechar a mão direita. Sentir a tensão na mão e antebraço. Relaxar e repetir o exercício;

Item 2: Empurrar o cotovelo do membro superior direito contra a cadeira ou contra o chão, de forma a sentir a tensão que causa no bíceps. Largar a tensão e notar a diferença. Repetir o exercício;

Item 3: Fechar a mão esquerda. Sentir a tensão na mão e antebraço. Relaxar e repetir o exercício;

Item 4: Empurrar o cotovelo do membro superior esquerdo contra a cadeira ou contra o chão, de forma a sentir a tensão que causa no bíceps. Largar a tensão e notar a diferença. Repetir o exercício;

Item 5: Levantar as sobrancelhas e franzir a testa;

Item 6: Fechar os olhos energicamente e levantar o nariz;

Item 7: Cerrar os dentes com uma força média e movimentar a comissura labial como se estivesse a rir exageradamente;

Item 8: Para causar tensão na região cervical, colocar o queixo no peito, num movimento de extensão da região cervical;

Item 9: Inspirar, suspender a respiração e “puxar” os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sentir a tensão nos ombros, tórax e região dorso-lombar;

Item 10: Contrair a musculatura abdominal veementemente;

- Item 11: Contrair os músculos da coxa direita;
- Item 12: Empurrar os dedos do pé direito para cima de forma a que a face posterior da perna fique contraída;
- Item 13: Virar o pé direito para dentro e encolher o pé com os dedos para baixo. Sentir a tensão na face superior do pé;
- Item 14: Contrair os músculos da coxa esquerda;
- Item 15: Empurrar os dedos do pé esquerdo para cima de forma a que a face posterior da perna fique contraída;
- Item 16: Virar o pé esquerdo para dentro e encolher o pé com os dedos para baixo. Sentir a tensão na face superior do pé.

Este método baseia-se essencialmente no relaxamento progressivo dos músculos, actuando ao nível da fusão de ambas as abordagens tensão-distensão e passiva, isto é, a contracção e descontração de grupos musculares específicos, tratando-se de um processo activo no sentido em que a grávida trabalha os músculos.

2.4.2 – Método psicológico – Treino Autogénico

O treino autogénico é uma técnica que foi desenvolvida por Schultz (1970) e consiste num tipo de auto-hipnose, utilizando auto-instruções de peso, calor, corrente e outras sensações cinestésicas que induzem o relaxamento.

Por seu lado, Erickson & 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 receptivo 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 activo no seu próprio tratamento, é geralmente considerado uma técnica de relaxamento e não uma forma de hipnose (Payne, 2003).

O treino autogénico baseia-se em quatro requisitos:

1. Estímulos externos reduzidos: pressupõe ausência de barulho, luz forte ou outros estímulos invasivos;
2. Atitude de concentração passiva, isto é, não forçar qualquer alteração, mas deixar que o exercício se desenvolva por si, funcionando mais como uma “permissão” do que propriamente “realização”;
3. A repetição das frases indutoras do relaxamento, que se baseiam em seis temas centrais sendo estes: o peso nos braços e pernas, calor nos braços e pernas, batimento cardíaco calmo e regular, respiração calma, plexo solar aquecido e testa fresca. Estas frases são repetidas, de forma a realçar o efeito e visando desviar a atenção da participante do ambiente externo que a rodeia.
4. Contacto mental com a parte do corpo a que a frase se refere (Payne, 2003).

Neste treino, a grávida deita-se numa posição confortável e instrui-se com as seguintes instruções, repetidas várias vezes. As instruções não são ordens e é importante ter uma atitude "simpática" e permissiva.

1. Eu estou a ficar completamente calma e relaxada;
2. O meu braço direito encontra-se muito pesado;
3. A minha mão direita encontra-se quente;
4. Pulso calmo e firme;
5. Respiração calma e equilibrada;
6. O meu batimento cardíaco está calmo e regular;
7. Solar Plexos fluentemente quente;
8. Testa agradavelmente fresca.

Estas instruções podem ser apoiadas e intensificadas por imagens:

1. O sol a resplandecer na mão;
2. Ondas do mar na praia;
3. Um vento calmo a mover os topos de uma árvore;
4. Um fluxo de energia que flui para o solar plexos.

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.

Nesta sequência, consideramos que não menos importante para a mulher é a fase do puerpério, período que vamos passar a abordar.

2.5 – Puerpério

O momento que se segue ao parto e que tem a duração de aproximadamente seis a oito semanas, designa-se por puerpério, período em que a mulher é denominada de puérpera (Bobak, 1999).

As mudanças que ocorrem a nível familiar, após a chegada de um filho, são consideráveis, na medida em que a estrutura da nova família se torna mais complexa constituindo o bebé um novo elemento completamente dependente dos pais. Assim, verifica-se que mesmo quando a transição para a parentalidade é esperada e normativa, implica consideráveis mudanças no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior.

Deste modo, constata-se que os níveis de stresse que esta reorganização implica, são, naturalmente variáveis de mulher para mulher e de casal para casal, é um processo que implica sempre descentração e o assumir de novos papéis.

Nesta sequência, podemos afirmar que a gravidez e o pós-parto são processos bem definidos, limitados no tempo e ligados à reprodução. Enquanto experiência humana, compreendem um grande espectro de mudanças biológicas, psicológicas e, interpessoais a nível físico, cognitivo, emocional e comportamental, as quais representam um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação dos pais.

Dada a alteração na estrutura familiar, não é de surpreender, que venha a ter reflexos ao nível do próprio relacionamento conjugal. Se por um lado, o nascimento de um filho pode constituir um marco de consolidação de um projecto de vida a dois e emocionalmente investido, por outro lado, uma fraca e inadequada adaptação/integração deste novo papel pode também, em alguns casais, representar um “estorvo” ou “obstáculo” à relação marital pré-estabelecida, na medida em que a maternidade pode adquirir uma representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade. Porém, este impacto não ocorre apenas ao nível do sistema conjugal, estendendo-se também à família mais alargada, funcionando como um elo de ligação entre duas gerações, com todo o significado emocional que isso implica.

Assim, como já foi referido anteriormente, o período da gravidez e pós-parto caracteriza-se, para a mulher, por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais intensas, pelo que, directa ou indirectamente, consciente ou inconscientemente, não é de surpreender, que o conjunto destas alterações tenha um impacto substancial ao nível da vivência da sexualidade.

Deste modo, verifica-se que a gravidez apresenta um desafio na preparação para um relacionamento triádico e, ao mesmo tempo, na continuação de um relacionamento diádico com o companheiro, incluindo a sexualidade partilhada enquanto fonte de ligação emocional ao outro. Porém, a integração da aprendizagem de todas estas mudanças pode conduzir a um maior stresse e diversas dificuldades ao nível do relacionamento sexual com o cônjuge.

Por seu lado, após o parto, a mãe confronta-se com o aparecimento da secreção mamária designada por colostro, sendo o verdadeiro leite materno produzido por volta do sétimo dia. Neste período, as necessidades nutricionais da puérpera superam as requeridas pela gestação.

A produção de leite consome cerca de 700 quilocalorias e, embora a exigência diária não seja esta, por norma, as necessidades energéticas, hídricas e nutritivas são elevadas, quando se pretende uma secreção adequada em quantidade e qualidade.

Contudo, a alimentação no início do puerpério, depende em grande parte da modalidade do parto, normal (com ou sem anestesia geral) ou cesariana e das apetências da mulher. Mas em qualquer dos casos, para que se evite uma distensão do abdómen onde os órgãos se encontram a recuperar a actividade normal, é recomendável que durante os primeiros dias, a alimentação seja ligeira, a qual se poderá adaptar posteriormente à respectiva evolução de cada mulher.

Uma vez em casa, é necessário ter em conta se o objectivo da mãe é seguir uma lactância natural ou não. Assim sendo, às mães que não pretendem amamentar, destina-se uma alimentação absolutamente normal, com uma dieta equilibrada e variada. Em relação às mães lactentes, a sua alimentação deverá incluir componentes, necessários tanto à sua correcta nutrição como à do recém-nascido, o que põe logo de lado qualquer tipo de alimento que contenha substâncias estimulantes, que são passíveis de serem transmitidas ao bebé através do leite materno.

Nesta sequência, constata-se que no período pós-parto, os primeiros quinze dias são especialmente importantes para que a amamentação seja bem estabelecida. Importa referir que, durante este período de tempo, é desejável que a mãe tenha apoio por parte de um elemento significativo nas tarefas diárias, libertando-a assim para a prática do aleitamento materno e que tenha também o apoio de profissionais de saúde no esclarecimento de possíveis dúvidas, sendo esta uma preciosa ajuda para que haja sucesso na amamentação.

Assim, as mulheres durante a amamentação devem ter alguns cuidados com as mamas, o que inclui a lavagem diária das mamas com água corrente com a utilização de um sabonete neutro. Nenhum creme, loção ou unguento deve ser aplicado no seio, uma vez que, eles impedem a secreção de óleo bacteriostático natural segregado pelas glândulas de Montgomery, para além de que algumas crianças rejeitam quer o cheiro quer o gosto dos cremes, recusando-se a mamar enquanto as mamas não forem lavadas.

Por seu lado, durante o banho as mulheres devem ficar em pé de forma a incidir o chuveiro nas costas e não no peito, evitando assim a estimulação tanto das mamas como dos mamilos. No que respeita ao uso de soutien, este deve ser bem ajustado com copas largas e com alças confortáveis de forma a proporcionar um suporte adequado, permitindo manter o peito confortável. O leite que surge das mamas antes da amamentação pode ser desconfortável e embaraçoso, pelo que o soutien deve ser acolchoado com quadrados largos de algodão macio ou com um penso perineal dividido em dois, ou com protecções comercialmente designadas por discos. Quanto à pressão causada pela subida do leite, é de referir que a aplicação de gelo ou de um analgésico ajudam a aliviar o desconforto.

No início de cada mamada, o leite contém menos gordura e flui mais rápido do que no final da mamada. Porém, próximo do fim da mamada, o leite é esbranquiçado e contém um alto teor de gordura satisfazendo mais a criança. Uma boa lactação depende do esvaziamento da mama em cada mamada. Por vezes as mães tentam amamentar a criança em horário determinado e rígido; deixando-a muito tempo sem mamar; trocam de mama, quando o bebé não esvaziou totalmente a primeira, fazendo com que a criança fique insatisfeita, razão pela qual consideramos que é fundamental que lhes seja transmitida a informação que poderá contribuir para o sucesso da amamentação.

Para que a amamentação seja conseguida de uma forma mais eficaz e de forma a diminuir a ocorrência de complicações é necessário que:

- A mãe amamente sempre que o bebé tenha fome, isto é, em horário livre;
- O bebé esvazie a mama até ao fim, largando-a espontaneamente, só depois, a mãe deve oferecer a outra. Na mamada seguinte deve iniciar pela mama em que terminou na anterior. Caso tenha esvaziado a mama na mamada anterior, deve alternar a mama;
- Acorde o bebé e não o deixe muito agasalhado, dado que isso favorece o adormecimento;
- Quando colocar o bebé à mama, no caso desta, se encontrar muito dura e o leite tiver dificuldade em fluir, deve efectuar-se uma massagem retirando parte do leite até que a mama fique menos tensa e só depois deve amamentar o bebé. Após o bebé acabar de mamar, caso as

mamas estejam muito cheias, devem ser esvaziadas completamente recorrendo a massagem ou à extracção de leite por intermédio de uma bomba manual;

- O bebé deve pegar no tecido areolar, de forma a evitar o aparecimento de gretas nos mamilos. Quanto à duração e número de mamadas, elas variam de bebé para bebé, pelo que se deve deixar que seja o bebé a estabelecê-las.

Por outro lado, é fundamental que as mães sejam alertadas de que os mamilos dolorosos/gretados surgem geralmente devido a uma má posição de amamentação e/ou a uma má adaptação do bebé à mama traduzindo-se numa pega incorrecta. A amamentação é dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência. A criança que suga só o mamilo não consegue retirar leite suficiente, ficando frustrada. O leite não é retirado com eficácia, o que poderá levar à diminuição da produção de leite.

Assim, há que ensinar à mãe as várias posições que podem adoptar para amamentar. A mãe deve encontrar a posição que é mais confortável para ela. O bebé deve estar numa posição cómoda de modo a facilitar a alimentação, não deve necessitar de virar ou inclinar a cabeça ou torcer o pescoço para chegar ao mamilo, revelando-se também fundamental o ensino de estratégias que previnam a dor e as gretas nos mamilos.

Ingurgitamento e a mastite são das dificuldades mais frequentes e podem surgir quando o leite não é retirado em quantidade suficiente provocando dor e dificultando a saída do leite – normalmente na subida do leite nas primeiras 48/72 horas, para prevenir o ingurgitamento a mãe deve:

- Dar de mamar em horário livre, isto é, sempre que o bebé quiser;
- Colocar a criança a mamar em posição correcta, para que esvazie toda a mama;
- Variar a posição da mamada.

Neste período também os cuidados ao recém-nascido, podem constituir um motivo de grande ansiedade, pelo que é uma vertente que deve ser abordada nos cursos de Preparação para a

Maternidade. Assim, o banho diário deve ser mais um ritual de prazer do que uma necessidade.

Relativamente aos cuidados a ter com o cordão umbilical, que, com frequência constitui motivo de preocupação para a mãe, deve recomendar-se que este seja mantido limpo e seco, pelo que hoje se defende que não deve ser coberto com a fralda e que não devem ser aplicados emolientes.

Assim, o coto umbilical deve ficar em contacto com o ar o maior tempo possível, devendo o local encontrar-se sempre limpo e seco. Para limpar o coto, deve-se utilizar compressas esterilizadas embebidas em álcool 70%. A limpeza deve ser realizada sempre que se mude a fralda, na região do coto e periumbilical. Após a queda do coto, a região deve ser limpa e seca diariamente para que o processo de cicatrização seja concluído. Nesta fase, é fundamental que os pais estejam devidamente informados, relativamente aos cuidados a prestar ao recém-nascido e da importância que estes assumem para o desenvolvimento saudável do seu bebé.

Nesta sequência, consideramos que é fundamental que tenham sido abordados durante a preparação para a maternidade os cuidados a ter com as mamas, assim como o horário das mamadas, os posicionamentos mais adequados para a amamentação e o modo de efectuar a prega do mamilo, de forma a possibilitar uma boa pega durante a mamada, bem como os cuidados a prestar ao recém-nascido.

Posto isto, consideramos que «dar à luz» é sem dúvida uma nova etapa na vida de cada mulher, que implica um certo estado de dependência parcial, facto que associado a cada vivência, constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes, razão pela qual se revela fundamental que os cursos de preparação para a maternidade decorram num clima de verdadeira relação de ajuda, aspecto que vamos passar a abordar.

2.6 – Relação de Ajuda

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente nos cursos de preparação para a maternidade, torna-se fundamental, sendo determinante que o enfermeiro veja a mulher como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos, necessita de cuidados prestados de forma holística. De alguém com quem falar, de alguém que a ouça activamente (Gandara e Lopes, 1994), ou então simplesmente que lhe segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha.

Para a pessoa que se sente frágil, com medo, insegura e a sofrer, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza e o interesse, comunicam-lhe energia para continuar a viver. Receber cuidados humanizados ajuda a crescer humanamente, a ser mais profundo, a ser capaz de ajudar os outros (Benner e Wrubel, 1989).

Assim e de acordo com Benner e Wrubel (1989), é necessário criar um clima propício para o estabelecimento de uma relação recíproca – esta relação gera condições de confiança que capacitam a pessoa a apropriar-se da ajuda oferecida, e a sentir-se cuidada. Para isso, quem cuida tem de se envolver e estar em sintonia com quem é cuidado, sendo fundamental a comunicação verbal e não verbal estabelecida entre ambos (Benner e Wrubel, 1989). Logo no primeiro encontro o enfermeiro deve apresentar-se à parturiente, tratá-la pelo seu nome; apresentá-la a outros profissionais, apresentar-lhe o serviço, informá-la sobre os horários (Lazure, 1994).

Este primeiro contacto na unidade é determinante, podendo dar-se início a uma relação de ajuda, cumplicidade, reciprocidade ou, pelo contrário, levar a um desajuste de relacionamento que irá afectar a parturiente de forma negativa, durante todo o internamento (Zieguel e Cranley, 1985). É importante que a parturiente acredite nos profissionais de saúde e em si própria, para que numa verdadeira relação terapêutica, de amizade e companheirismo, vivencie uma experiência de vida, de prazer e amor.

O enfermeiro que cuida do outro, o ajuda a manter a esperança e a acreditar que consegue ultrapassar os momentos difíceis alcançando os seus objectivos. O enfermeiro tem de ser verdadeiro com o cliente, não alimentando falsas expectativas, mas procurando que o momento seja encarado como uma passagem para um futuro com significado (Swanson, 1991).

Por seu lado, torna-se também relevante que o enfermeiro providencie medidas de conforto e preservar a privacidade em presença de sofrimento e enfraquecimento extremo – o enfermeiro deve assegurar o conforto do doente/parturiente e preservar a sua personalidade, face à dor e a um estado de debilidade (Benner, 1982). «Fazer pelo outro aquilo que ele ou ela fariam se fosse de todo possível» (Swanson, 1991, p. 164). O enfermeiro deve confortar a grávida, estabelecendo uma relação de ajuda no sentido de aliviar o seu sofrimento, a sua dor, respeitando-a e proporcionando-lhe a privacidade desejada, a qual poderá ser entendida mesmo com a presença do marido/acompanhante, se for o seu desejo.

Assim, o enfermeiro deve usar da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer, deve assistir o outro, compreendendo e avaliando os seus sentimentos (Swanson, 1991); deve permitir o outro a ter a sua própria experiência; focalizar-se nas preocupações do outro, dar atenção e assisti-lo a centrar-se em decisões importantes; gerar alternativas reflectindo, guiá-lo a pensar completamente nas decisões (Swanson, 1993). «A pessoa que recebe cuidados é que sabe o que sente e o que precisa, mas quem a cuida deve ajudá-la a clarificar os sentimentos e a cooperar com ela na mudança» (Fazenda, 1993, p. 9).

Neste contexto, a relação de ajuda revela-se fundamental para que os pais se consigam adaptar, apoiando-se mutuamente na partilha de tarefas e nas novas actividades do seu quotidiano, que em muito se encontra modificado com a chegada do novo ser.

Segundo Lazure (1994):

O acto de ajudar impõe exigências que a enfermeira, por ter escolhido uma profissão de ajuda, não pode subestimar. Estas exigências inerentes ao acto de ajudar são as seguintes: 1) dar do seu tempo,

2) dar da sua competência, 3) dar do seu saber, 4) dar do seu interesse, 5) dar da sua capacidade de escuta e de compreensão. Em suma dar uma parte de si...a relação de ajuda visa dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar (p. 97).

Abordados os aspectos que considerámos relevante aprofundar no enquadramento teórico, vamos apresentar as variáveis que definimos para a realização do estudo.

3 – VARIÁVEIS

Uma variável é a designação privilegiada de um conceito no contexto de uma investigação. Segundo Fortin (2003, p. 36), «as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação».

Assim, as variáveis podem ser de vários tipos, contudo as mais frequentemente utilizadas são as independentes e as dependentes. A variável independente é aquela que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente e dizem respeito às variáveis de atributo, que são as características dos sujeitos num estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas, como a idade, escolaridade, sexo, estado civil, raça, entre outras. A escolha das variáveis de atributo é determinada em função das necessidades do estudo.

Por seu lado, a variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado das variáveis independentes, ou seja, o comportamento, a resposta ou o resultado observado, sendo considerada a variável em estudo.

Nesta sequência, consideramos a definição das variáveis essencial para o processo de investigação científica, pelo que definimos como variável de estudo a “satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram num Centro de Saúde”.

Assim, a pesquisa efectuada no enquadramento teórico das áreas consideradas pertinentes para o estudo da temática em causa, permitiu identificar as dimensões e os indicadores que possibilitaram medir a variável de estudo.

Quadro n.º 1 – Apresentação das dimensões e indicadores para medir a variável dependente

Dimensões	Indicadores
Atitude dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade; - Escuta; - Facilitadora através de uma linguagem acessível; - Favorável para colocação de dúvidas; - Favorável para pedir orientações.
Contributos da informação transmitida	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção de peso equilibrado durante a gravidez; - Identificação do momento de ir para a maternidade; - Diminuição da sensação dolorosa durante as contracções do trabalho de parto; - Manutenção do relaxamento durante o parto; - Redução do medo em relação ao parto; - Sensação de segurança ao dar o banho ao bebé; - Sensação de segurança na prestação de cuidados ao coto umbilical do bebé; - Sensação de tranquilidade relativamente ao horário da amamentação; - Sensação de conforto durante a amamentação; - Segurança nos cuidados às mamas.
Considerações das mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos que menos lhes agradaram; - Sugestões para melhoria; - Satisfação em geral.

Deste modo, definiu-se como variáveis de atributo:

- Idade;
- Estado civil;
- Nacionalidade;
- Raça;

- Escolaridade;
- Profissão;
- Ocupação;
- Primípara/Múltipara;
- Gravidez planeada, desejada e aceite.

Depois de definir as variáveis, vamos passar a abordar os aspectos metodológicos que foram tidos em consideração na realização do estudo.

4 – METODOLOGIA

A fase metodológica inclui os métodos utilizados para a realização do estudo, o que passa por definir o meio onde se vai desenrolar o estudo, a população, a amostra, o instrumento de colheita de dados a utilizar e o modo como foi aplicado.

Assim, neste capítulo vamos abordar os métodos que utilizámos para dar resposta à questão que nos propusemos estudar. Contudo, o fio condutor para a realização efectiva do processo de investigação é a definição do tipo de estudo, aspecto que passamos a abordar.

4.1 – Tipo de Estudo

O desenho que considerámos apropriado para a realização deste estudo, tendo em conta a problemática e os conhecimentos relativos ao mesmo, foi o estudo de nível I, pois apesar de existir bibliografia e estudos relativos à preparação para o parto, nomeadamente o estudo científico realizado por Germano Couto, *Preparação para o Parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*, não encontramos nenhum que se referisse especificamente à satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade.

Por seu lado, este estudo é também exploratório-descritivo, uma vez que visa discriminar os factores fundamentais e conceitos que possam estar relacionados com o fenómeno em estudo, assim como, denominar, classificar e descrever a população e conceptualizar a satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade (Fortin, 2003).

Pretendemos, estudar o problema de forma objectiva e com a finalidade de obter resultados generalizáveis a outras populações, pelo que optámos por uma abordagem quantitativa, uma vez que, de acordo com Fortin (2003, p. 22), «o investigador adopta um processo ordenado, que o leva a

percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção dos resultados. A objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem».

Nesta sequência, após termos definido o desenho de investigação que utilizámos, iremos de seguida, referir os aspectos relativos à população e à amostra.

4.2 – População e Amostra

Após termos efectuado a escolha do problema e definido o tipo de estudo, tornou-se necessário seleccionar a população e a amostra sobre a qual incidiu o nosso estudo.

Segundo Fortin (2003):

Uma população é uma colecção 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 mães que frequentaram o Curso de Preparação para a Maternidade num Centro de Saúde da SRSL (Sub-Região de Saúde de Lisboa). Os critérios de selecção da amostra pelos quais optámos, foram a imperatividade das mães terem parido num período igual ou inferior a um ano e terem frequentado o Curso de Preparação para a Maternidade no referido Centro de Saúde.

Inicialmente tínhamos incluído nos critérios de selecção da amostra as mães serem primíparas, uma vez que, consideramos que era pertinente questionar as mães que não tivessem tido qualquer experiência anterior, pois não tinham termo de comparação, não podendo ser influenciadas por essas mesmas experiências, aspecto que é reforçado por Bobak (1999, p. 120), ao afirmar que «a múltipara possui a sua própria história de parto, o que influencia a sua forma de encarar a preparação para o nascimento da próxima criança».

Porém, não nos foi possível proceder à recolha dos dados atempadamente no Centro de Saúde onde iniciámos o estudo, uma vez que, as puérperas que tinham frequentado o curso e que se encontravam dentro dos critérios de selecção inicialmente definidos, não eram em número suficiente para fazer face à amostra pretendida, pelo que foi efectuado um novo pedido de autorização para proceder à colheita de dados noutra Centro de Saúde da SRSL (Sub-Região de Saúde de Lisboa) (Apêndice A).

Nesta sequência, dadas as limitações temporais com que nos confrontámos para a realização do presente trabalho, optámos por anular o critério de selecção da amostra “primíparas” e desta forma, aceder ao número de mães necessário para a amostra pretendida, facto que nos facilitou a colheita de dados num mais curto espaço de tempo.

Posto isto, a colheita de dados foi realizada no Centro de Saúde no momento em que as mães ocorreram à consulta de enfermagem do pós-parto. Neste contacto, foram esclarecidas relativamente ao âmbito e objectivos do estudo, tendo sido efectuado o pedido de consentimento informado (Apêndice C).

Assim, consideramos que a nossa amostra foi não probabilística e accidental. Não probabilística porque as mães foram seleccionadas segundo os critérios: terem sido mães num período igual ou inferior a um ano e terem frequentado o Curso de Preparação para a Maternidade no Centro de Saúde onde o estudo foi realizado, não existindo a mesma probabilidade das mães participarem no estudo.

Amostra accidental, uma vez que devido ao número reduzido de grávidas que frequentaram o Curso de Preparação para a Maternidade e de modo a obtermos o tamanho da amostra pretendido, foi necessário incluir, à medida que se apresentassem na consulta de enfermagem do pós-parto, todas as mães que se encontrassem dentro dos critérios de selecção da amostra e que estivessem disponíveis para colaborar no estudo, o que está de acordo com Fortin (2003), ao afirmar que:

A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como, por exemplo, as pessoas hospitalizadas. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado...os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso (p. 208).

Deste modo e de acordo com o que foi anteriormente referido, para o cálculo do tamanho da amostra são considerados vários factores, nomeadamente, o objectivo do estudo, a homogeneidade da população ou do fenómeno estudado e os testes de análises estatísticas.

Nesta sequência, a amostra incluiu 31 mães, tendo sido constituída por participantes que foram facilmente acessíveis e que se encontravam presentes num local determinado, num momento preciso, como foi o caso da consulta de enfermagem do pós-parto.

Após a definição do tipo de estudo e da amostra determinámos o método e o instrumento de colheita de dados a utilizar, aspecto que passamos a referir.

4.3 – Método e Instrumento de Colheita de Dados

Na selecção do método e do instrumento de colheita de dados o investigador deve procurar utilizar aqueles que melhor lhe permitam atingir os objectivos delineados para o estudo.

Deste modo, seleccionou-se como método de colheita de dados a entrevista estruturada, para o que foi utilizado um guião de entrevista, que foi construído e aplicado pelos próprios investigadores (Apêndice B).

De acordo com Fortin (2003, p. 246), «a entrevista estruturada ou uniformizada é a que requer o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida».

Por seu lado, o guião de entrevista é um instrumento que auxilia na organização, normalização e no controlo dos dados, de modo a que as informações desejadas possam ser colhidas de uma

forma rigorosa, contendo as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões. Os guiões de entrevista podem abranger vários níveis de estruturação, podendo compreender questões fechadas em que a participante é sujeita à escolha de respostas possíveis e questões abertas que estimulam o pensamento livre e favorecem a exploração em profundidade da resposta da participante. No entanto, as respostas abertas tomam mais tempo aos respondentes e não são fáceis de codificar e de analisar (Fortin, 2003).

Assim, considerámos que a utilização de um guião de entrevista misto, contendo as duas formas de questões, era o mais apropriado, na medida em que podemos obter maior precisão em aspectos particulares da investigação, do que se utilizássemos apenas questões fechadas, uma vez que, estas só permitem às participantes a escolha de respostas de entre uma série que lhes é fornecida, limitando assim a recolha de informação. Segundo Fortin (2003, p. 246), «a entrevista uniformizada permite comparações entre os respondentes e denota uma maior fidelidade do que as formas de entrevistas menos estruturadas».

Nesta sequência, o guião de entrevista foi composto por três partes. A primeira, foi constituída por duas questões fechadas, três questões abertas e quatro questões mistas, destinadas à caracterização da amostra. Na segunda parte, foi construído um quadro contendo 15 itens, onde as mães assinalam a sua satisfação relativamente à actuação dos profissionais de saúde durante o Curso de Preparação para a Maternidade, com quatro hipóteses de resposta organizadas numa escala tipo Likert. Esta última parte ainda contém três questões, sendo que uma é fechada, referindo-se à satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade e as restantes são questões abertas, com as quais se pretendeu aferir o aspecto que menos tenha agradado às mães, assim como, obter sugestões das participantes que poderão contribuir para melhorar a qualidade do curso frequentado.

Deste modo, após ter sido concedida a autorização para a recolha de dados, foi aplicado o pré-teste ao guião de entrevista, o qual consiste na aplicação do mesmo pelo investigador, a uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, de forma a verificar se as questões são de fácil compreensão, etapa que é indispensável e permite modificar o guião de

entrevista no que respeita à redacção e à ordem das questões de forma a resolver problemas imprevistos.

De acordo com Fortin (2003):

Uma vez redigido o guião da entrevista, um perito deverá examinar o método e o conteúdo. De seguida, deve ser pré-testado junto de um grupo de sujeitos semelhantes aos da amostra do estudo...o pré-teste colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas (p. 246).

Assim, para efectuar o pré-teste do guião de entrevista, seleccionamos quatro mães do local onde se realizou o estudo, tendo posteriormente, sido efectuada a avaliação da eficácia e da pertinência do instrumento de colheita de dados, após o que constatámos que não havia necessidade de reformular o guião.

Após a realização do pré-teste, seguiu-se a recolha de dados, aspecto que passaremos a abordar de seguida.

4.4 – Recolha de Dados

Segundo Fortin (2003, p. 365), a recolha de dados é um «processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação», com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

A recolha de dados realizou-se durante 2 semanas, de 13 a 27 de Outubro e teve lugar num determinado Centro de Saúde da SRSL (Sub-Região de Saúde de Lisboa), tendo sido seleccionado por nós como o momento mais adequado, a altura em que as mães se deslocaram a esse mesmo Centro de Saúde para a realização da consulta de enfermagem no pós-parto.

No sentido de se proceder à colheita de dados, informámos pessoalmente a Enfermeira responsável pelo Curso de Preparação para a Maternidade no Centro de Saúde seleccionado, dos objectivos delineados para a realização do nosso estudo, tendo sido solicitada a sua permissão para a realização das entrevistas.

Assim, no momento da entrevista, foi solicitado o consentimento informado junto das mães, tendo sido explicado às mesmas os objectivos e finalidade do estudo, bem como garantido o anonimato das suas respostas.

A recolha de dados fluiu sem qualquer dificuldade, tendo sido necessários em média cerca de 20 minutos para cada entrevista.

No processo de recolha de dados há que ter em conta considerações éticas inerentes a um estudo desta natureza, aspecto que iremos passar a abordar.

4.5 – Considerações Éticas

Segundo Fortin (2003, p. 113), «qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas».

Na aquisição de informação necessária ao estudo, o investigador deve saber os limites que devem ser preservados, tais como, o respeito pela pessoa humana e a protecção do seu direito de viver digna e livremente. (Fortin, 2003).

Segundo Fortin (2003, p. 117), «o direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não poder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador». Os participantes têm ainda direito a um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo. O direito a um tratamento justo refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado, assim como relativamente aos métodos utilizados no estudo.

De acordo com o Fortin (2003, p. 118), «o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem».

Os direitos das participantes foram salvaguardados, uma vez que, lhes foi fornecida a informação relativa à finalidade e objectivo do estudo, assim como relativamente aos riscos da sua participação, a relação risco-benefício e o direito de não participarem no estudo ou de se retirarem do mesmo a qualquer instante, caso o desejassem.

Desta forma, para que pudéssemos proceder à recolha de dados, efectuámos um pedido de autorização para a sua realização à Direcção do Centro de Saúde da SRSL onde realizámos o estudo.

Por seu lado, esclarecemos as mães que integraram a amostra para o que utilizámos o consentimento informado.

Abordados os princípios éticos que foram respeitados na realização do estudo, iremos passar a abordar o tratamento estatístico efectuado.

4.6 – Tratamento Estatístico

Um estudo descritivo tem como objectivo o modelo global da amostra em que as variáveis serão descritas com o auxílio da estatística descritiva, nomeadamente, as distribuições de frequências, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão. Nesta sequência, os dados foram submetidos a tratamento informático, utilizando os programas SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, versão 14.0 e o Microsoft Office Excel para a elaboração gráfica.

Para o tratamento estatístico utilizámos técnicas de estatística descritiva, tais como, a frequência absoluta, percentagens, medidas de tendência central: moda, a amplitude do intervalo de variação (AIV) e intervalo de classes. Para o tratamento das perguntas abertas utilizámos a análise de conteúdo de Bardin.

Deste modo, a moda é o valor que aparece com maior frequência e a mediana é a medida de localização do centro da distribuição de dados. A amplitude do intervalo de variação é a diferença entre o maior e o menor valor observado, ou seja, a diferença entre os extremos da amostra, tendo como desvantagem o facto de apenas ter em conta os extremos da variável o que leva a que não seja sensível aos valores intermédios.

Por último, considerámos relevante salientar que as questões da escala de tipo Likert correspondem às dimensões “atitude dos profissionais” e “contributos da informação transmitida”. Assim, a opinião expressa pelas mães varia de muito satisfeita a nada satisfeita, às quais atribuímos os seguintes scores: 4 – Concordo Totalmente; 3 – Concordo; 2 – Discordo e 1 – Discordo Totalmente. Uma vez que o número total de questões é 15, o score máximo é 60 e o mínimo 15, sendo que o intervalo entre classes corresponde a 11,25.

Nesta sequência definimos os seguintes intervalos:

[15 – 26,25], Nada Satisfeita;

[26,26 – 37,51], Pouco Satisfeita;

[37,52 – 48,77], Satisfeita;

[48,78 – 60,03], Muito Satisfeita.

Após a realização do tratamento estatístico, vamos apresentar os resultados obtidos, fazendo a análise e discussão dos aspectos que considerámos mais relevantes.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a recolha de dados e com o intuito de uma maior sistematização e visualização dos resultados, vamos apresentá-los através de tabelas, gráficos e quadros. Assim, tornou-se impreterível proceder à sua análise e comentário, a qual será exposta no decurso do presente capítulo.

5.1 – Caracterização da Amostra

5.1.1 – Idade

Com o propósito de uma melhor sistematização relativamente aos resultados obtidos na variável idade, decidimos agrupar os dados, através da constituição de 6 classes, com a amplitude de 5 anos. A menor faixa etária apresentada corresponde ao limite inferior que foi de 15 anos de idade e, o limite superior situa-se nos 44 anos, o que corresponde a uma amplitude total de 29 anos.

Assim, como se pode verificar, na tabela n.º 1, as mães que responderam ao guião da entrevista têm idades compreendidas entre os 15 e 44 anos, encontrando-se 11 (36%), respectivamente, nos intervalos dos 25 e 29 anos e 30 a 34 anos, as quais correspondem à classe modal.

Assim, consideramos que é importante que as mães tenham maturidade psicológica e fisiológica, que lhes permita adaptarem-se a esta nova etapa de vida. A nível psicológico, o parto representa uma sobrecarga sensorial e psicológica num momento de imenso stresse, bem como uma imensa alegria. Deste modo, não surpreenderá que até as mulheres psicologicamente bem adaptadas, que desejam ser mães, possam passar por perturbações psicológicas durante a gravidez e à adaptação do novo bebé, verificando-se, no entanto, que a

maioria das mulheres recupera rapidamente das perturbações psicológicas do parto nos meses que se lhe seguem (Figes, 2001).

Porém, as jovens adolescentes estão mais susceptíveis de serem afectadas por uma ou mais influências relativas ao baixo nível sócio-económico, à descendência étnica, à desvantagem educativa, ao abuso de substâncias, às condições habitacionais, às doenças sexualmente transmissíveis, ao estado marital e à falta de apoio social. Deste modo, é de salientar o apoio emocional, especialmente fornecido pela família da adolescente, tendo este sistema de apoio um papel preponderante que pode influenciar significativamente os resultados da gravidez (Bobak, 1999).

Nesta sequência, é de realçar que no estudo efectuado surgiu apenas 1 (3%) mulher respectivamente nos grupos dos 20 aos 24 anos e dos 40 aos 44 anos. Assim, embora o número de mães tenha sido reduzido nestas classes etárias consideramos que, uma vez que durante este período ocorrem modificações das concentrações hormonais e um maior desgaste físico e psicológico da mulher que tem de dar resposta à situação actual, é fundamental que lhe seja dispensada a atenção necessária para que não se instalem situações de depressão pós-parto.

Tabela n.º 1 – Distribuição de mães pela Classe Etária

Classe Etária	Frequência	Percentagem
15 – 19	1	3%
20 – 24	4	13%
25 – 29	11	36%
30 – 34	11	36%
35 – 39	3	9%
40 – 44	1	3%
Total	31	100%

Classes Modais = [25 – 29] e [30 – 34]

AIV = 29 anos

5.1.2 – Estado Civil

Segundo Houaiss (2003, p. 3370, 830), solteiro é alguém «que ainda não se casou» e casado/união de facto é quem «se acha no estado de matrimónio».

O conceito de família assim como de casamento modifica-se ao longo do tempo, por outro lado, estes divergem relativamente às diferentes culturas e costumes.

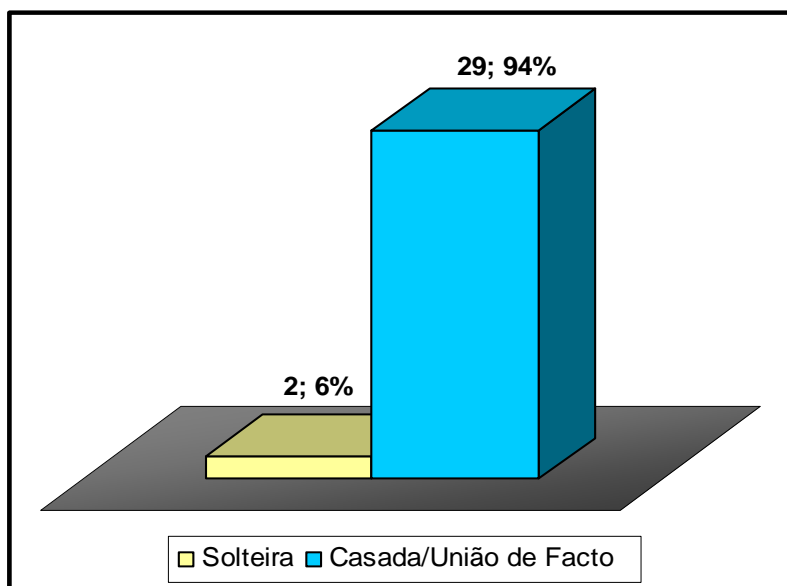
Segundo Giddens (2004, p. 463), família é «um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, no qual os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças».

Ainda de acordo com Giddens (2004, p. 463), o casamento «pode ser definido como uma união sexual entre dois indivíduos adultos, reconhecida e aprovada socialmente».

De acordo com a análise do gráfico n.º 1, pudemos constatar que 29 (94%) mães se encontram casadas/união de facto e as restantes 2 (6%) se encontram solteiras.

Assim, apesar de todas as mães merecerem disponibilidade por parte dos profissionais, é importante que a atenção seja redobrada em relação às mães solteiras, na medida em que a solidão é susceptível de desencadear situações de desconforto psicológico.

Gráfico n.º 1 – Distribuição das mães segundo o Estado Civil



5.1.3 – Nacionalidade e Raça

Considerámos relevante caracterizar a amostra quanto à nacionalidade e raça, uma vez que, em Portugal temos cada vez mais, uma população multicultural, aspecto que poderá influenciar o grau de satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram.

Assim, no que diz respeito à nacionalidade das inquiridas, o gráfico n.º 2 evidencia que 26 (84%) das participantes são de nacionalidade portuguesa e as restantes 5 (16%) são detentoras de outra nacionalidade, podendo verificar-se através da análise do quadro n.º 2, que para além da nacionalidade portuguesa, existe respectivamente 1 mãe Angolana, Brasileira, Cabo-Verdiana, Romena e Ucrainiana.

Por seu lado, através do gráfico n.º 3, pudemos constatar que as mães que integram a nossa amostra, são maioritariamente de raça caucasiana, nomeadamente 29 (94%) participantes, pelo que se verifica existir uma discrepância significativa, relativamente à raça negra, estando esta representada por 2 (6%) mães.

Gráfico n.º 2 – Distribuição das mães segundo a Nacionalidade

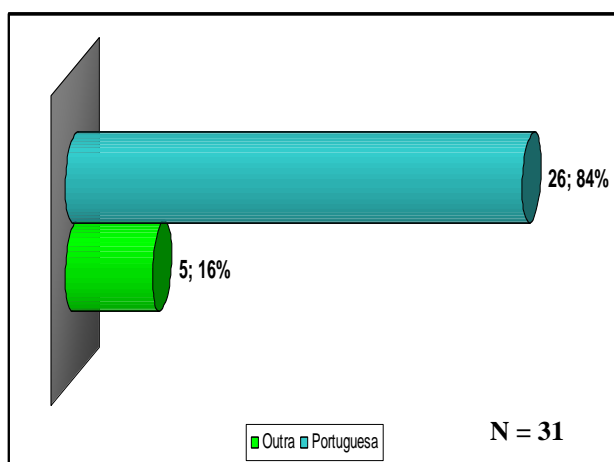
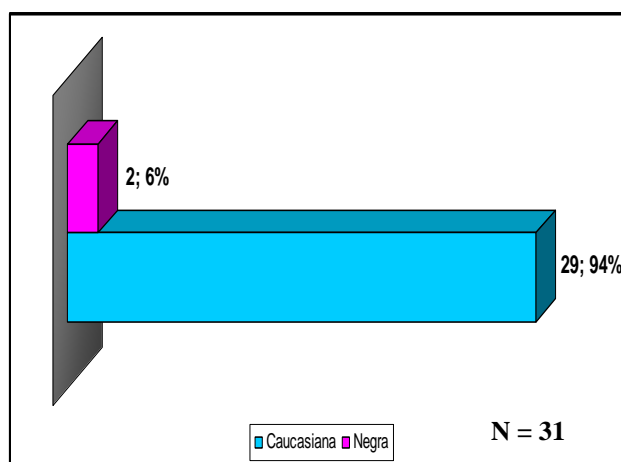


Gráfico n.º 3 – Distribuição das mães segundo a Raça



Quadro n.º 2 – Outros tipos de Nacionalidade das mães

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Angolana	1
Brasileira	1
Cabo-Verdiana	1
Romena	1
Ucraniana	1
Total	5

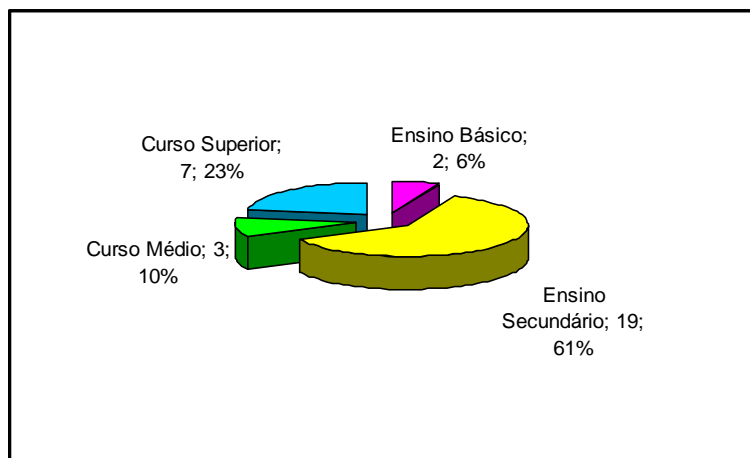
5.1.4 – Escolaridade e Profissão/Ocupação

De acordo com a análise do gráfico n.º 4, pudemos verificar que 19 (61%) das participantes detêm o grau de escolaridade referente ao Ensino Secundário. O segundo grau de escolaridade mais expressivo, refere-se ao Curso Superior, representado por 7 (23%) inquiridas. O grau académico menos representativo é do Ensino Básico com 2 (6%) participantes. Verificamos que a moda é o Ensino Secundário, o que corresponde a 19 mães.

No que respeita à profissão destas mães, de acordo com o quadro n.º 3, verificamos que as profissões mais representativas são: vendedoras – 7, secretárias – 5 e contabilistas e desempregadas respectivamente com 3 unidades de enumeração. Assim, constatamos que apesar da maioria das mães da nossa amostra terem como escolaridade o Ensino Secundário, no que respeita à profissão, a que mais se evidenciou foi a de vendedora.

Relativamente à ocupação, a análise do quadro n.º 4, permite-nos verificar que 24 mães não têm ocupação para além da profissão, 3 são estudantes, 2 explicadoras e há respectivamente 1 mãe que participa em teatro amador e outra em pintura.

Gráfico n.º 4 – Distribuição das mães de acordo com a Escolaridade



Moda = Ensino Secundário

Quadro n.º 3 – Profissão das mães

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Vendedora	7
Secretária	5
Contabilista	3
Desempregada	3
Professora	2
Enfermeira	2
Auxiliar de Acção Educativa	2
Gestora	1
Farmacêutica	1
Assistente Dentária	1
2ª Oficial de Carnes	1
Preparadora de Artes Gráficas	1
Psicóloga	1
Delegada de Telemarketing	1

Quadro n.º 4 – Ocupação das mães

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Sem ocupação	24
Estudante	3
Explicadora	2
Teatro Amador	1
Pintora	1

5.1.5 – Primípara com Gravidez Planeada/Desejada/Aceite

De acordo com o gráfico n.º 5, pudemos constatar que 27 (87%) mães eram primíparas e as restantes 4 (13%) referiram que eram múltiparas.

A possibilidade de controlar os nascimentos significa que, para muitas mulheres, a gravidez é um compromisso conjunto entre parceiros responsáveis. Planear uma gravidez, segundo Entwistle, Doering (1981, citado em Bobak, 1999), não garante, necessariamente a sua aceitação.

O primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe é a aceitação da gravidez e a assimilação do estado de gravidez no estilo de vida da mulher, reflectindo-se o grau de aceitação na preparação da mesma para a gravidez e nas suas respostas emocionais (Bobak, 1999).

De acordo com Bobak (1999, p. 117), «quando a criança é desejada, os desconfortos associados à gravidez tendem a ser considerados como pequenas contrariedades e as medidas tomadas para os diminuir são normalmente bem sucedidas». Algumas mulheres encaram a gravidez como o resultado natural da

vida conjugal que pode ou não ser desejada. Uma vez confirmada a gravidez, a resposta da mulher pode variar entre a alegria esfusiante e choque, descrédito e desespero.

Nesta sequência, pudemos constatar através do gráfico n.º 6, que 22 (71%) das mães inquiridas referiram ter tido uma gravidez planeada e as restantes 9 (29%), mencionaram que a sua gravidez não tinha sido planeada.

Por seu lado, quanto ao desejo da gravidez, pudemos verificar através do gráfico n.º 6 que, 30 (97%) inquiridas referiram ter tido uma gravidez desejada. Apenas 1 (3%) das 31 participantes, referiu não ter tido uma gravidez desejada.

A aceitação da gravidez é de extrema importância, na medida em que muitas mulheres ficam inicialmente transtornadas quando descobrem que estão grávidas, no entanto, a aceitação eventual da gravidez ocorre em paralelo com a aceitação crescente da realidade da criança (Bobak, 1999). De acordo com Bobak (1999, p. 117), «a não aceitação da gravidez não deve ser equacionada como rejeição da criança. A mulher pode não gostar de estar grávida mas sentir amor pela criança que vai nascer». As mulheres preparadas para aceitar a gravidez, mal se dá o aparecimento dos sintomas iniciais, procuram confirmação médica. Por outro lado, algumas mulheres com sentimentos fortes do tipo “a mim não”, “agora não”, podem adiar a sua confirmação e vigilância.

É notório, através dos resultados obtidos nesta variável que, a globalidade da amostra 31 (100%) mencionou ter aceite a gravidez. Deste modo, constatamos que apesar de em alguns casos a gravidez não ter sido planeada/desejada, por norma esta foi aceite unanimemente pelas participantes da amostra.

Gráfico n.º 5 – Distribuição de mães de acordo com o facto de serem Primíparas/Multíparas

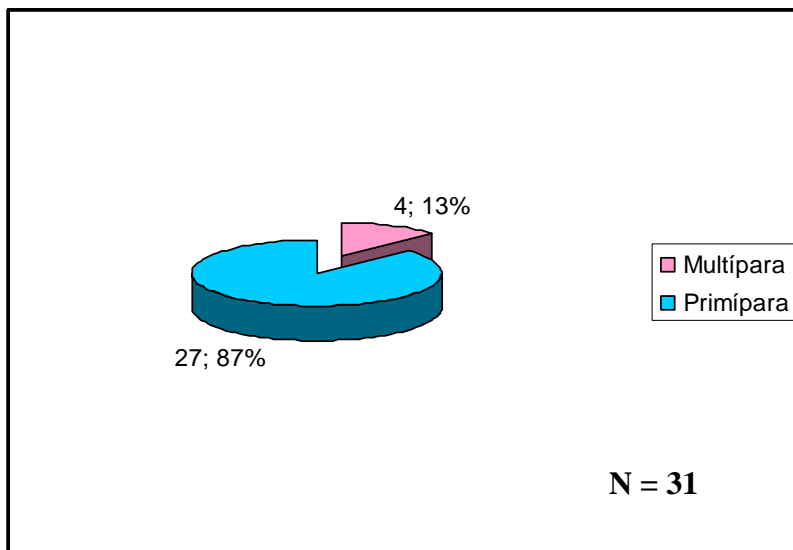
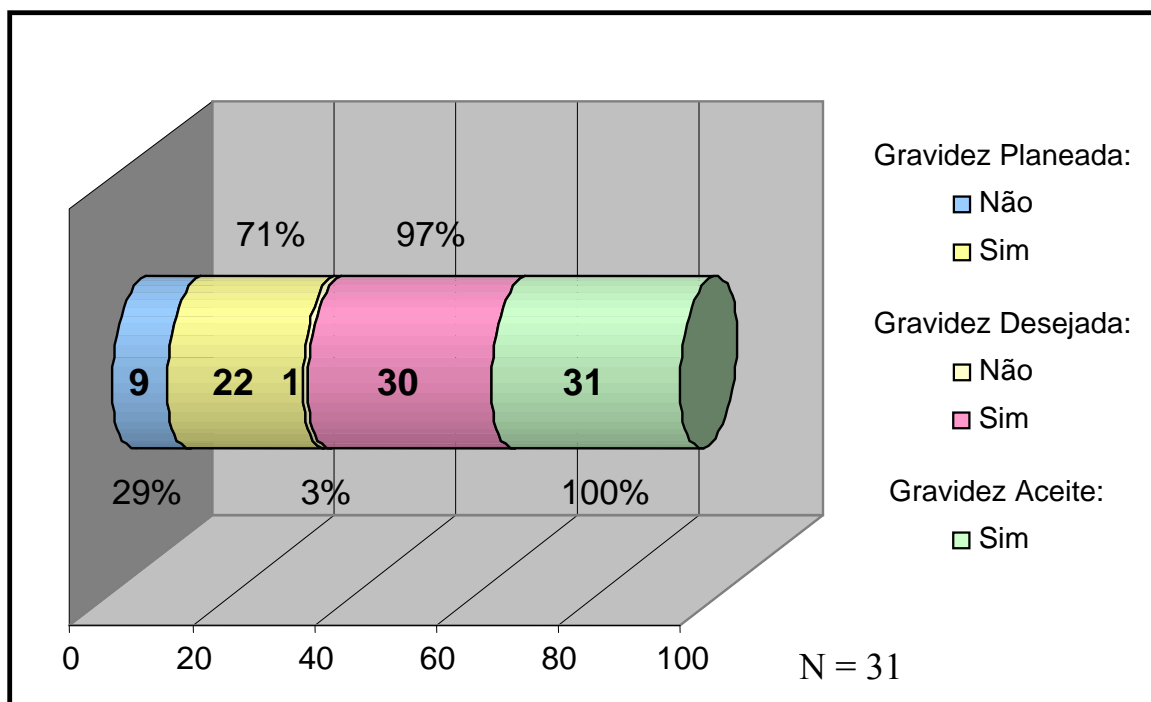


Gráfico n.º 6 – Distribuição da amostra de acordo com o facto da gravidez ter sido Planeada, Desejada e Aceite



5.2 – Satisfação das Mães

De forma a facilitar a análise dos resultados obtidos em cada uma das dimensões, optámos por agrupar os indicadores referentes à **atitude dos profissionais** num único gráfico e numa única tabela, o que nos permite ter uma visualização do conjunto dos indicadores. Relativamente aos **contributos da informação transmitida** a análise dos resultados é feita em função do período a que os indicadores deram resposta, isto é: gravidez, trabalho de parto e parto, cuidados ao recém-nascido e cuidados às mamas, aspectos que vamos passar a abordar.

5.2.1 – Atitude dos Profissionais: Disponibilidade, Escuta, Linguagem Acessível, Facilidade para Colocação de Dúvidas e Pedido de Orientações

Relativamente à **disponibilidade dos profissionais** durante o Curso de Preparação para a Maternidade, pudemos constatar através do gráfico n.º 7 e tabela n.º 2 que, 23 (74%) mães afirmaram que concordavam totalmente com o facto de os profissionais se terem mostrado disponíveis ao longo do Curso e as restantes 8 (26%) mães referiram que concordavam com a afirmação, resultado que nos leva a afirmar que os profissionais demonstraram disponibilidade perante as grávidas que frequentaram o Curso de Preparação para a Maternidade em causa.

De acordo com as afirmações “**Os profissionais souberam escutá-la**” e “**A linguagem utilizada pelos profissionais foi acessível**”, verificámos que em ambas, houve 22 (71%) mães que afirmaram que concordavam totalmente e 9 (29%) que concordavam. Finalmente, em relação à última afirmação “**Quando solicitou orientações os profissionais forneceram-lhas**”, pudemos verificar que responderam “Concordo Totalmente” 23 (74%) mães e “Concordo” as restantes 8 (26%) participantes.

Na afirmação “**Sentiu-se à vontade para expor as suas dúvidas**”, verificámos que 23 (74%) das participantes afirmaram que concordavam totalmente, 7 (23%) mães responderam que concordavam e apenas 1 (3%) das inquiridas respondeu que discordava.

Assim, com base nos resultados obtidos nos indicadores acima referidos, pudemos concluir que, de uma forma geral as participantes consideraram que a dimensão **atitude dos profissionais** foi facilitadora da transmissão e assimilação dos conteúdos do Curso de Preparação para a Maternidade, tendo permitido deste modo, o estabelecimento da relação de ajuda. Consideramos que esta só é possível através da criação de um clima propício para o seu desenvolvimento, bem como, a possibilidade das participantes poderem exprimir as suas dúvidas e sentimentos, o que apenas é possível existindo condições de confiança que capacitem as participantes a apropriarem-se da ajuda fornecida e a sentirem-se cuidadas. Por seu lado, consideramos que contribuiu também para a obtenção do resultado obtido o facto das participantes acreditarem nos profissionais do Curso de Preparação para a Maternidade e de se sentirem envolvidas, como elementos integrantes de uma equipa com objectivos comuns, para o que foi igualmente fundamental a comunicação verbal e não verbal. Na nossa opinião estes resultados revelam que no curso existe cumplicidade entre os profissionais e as participantes, aspecto que é defendido por Swanson (1991, p. 163), ao afirmar que o enfermeiro deve «estar emocionalmente com o outro».

Gráfico n.º 7 – Distribuição da amostra relativamente aos indicadores da dimensão Atitude dos Profissionais

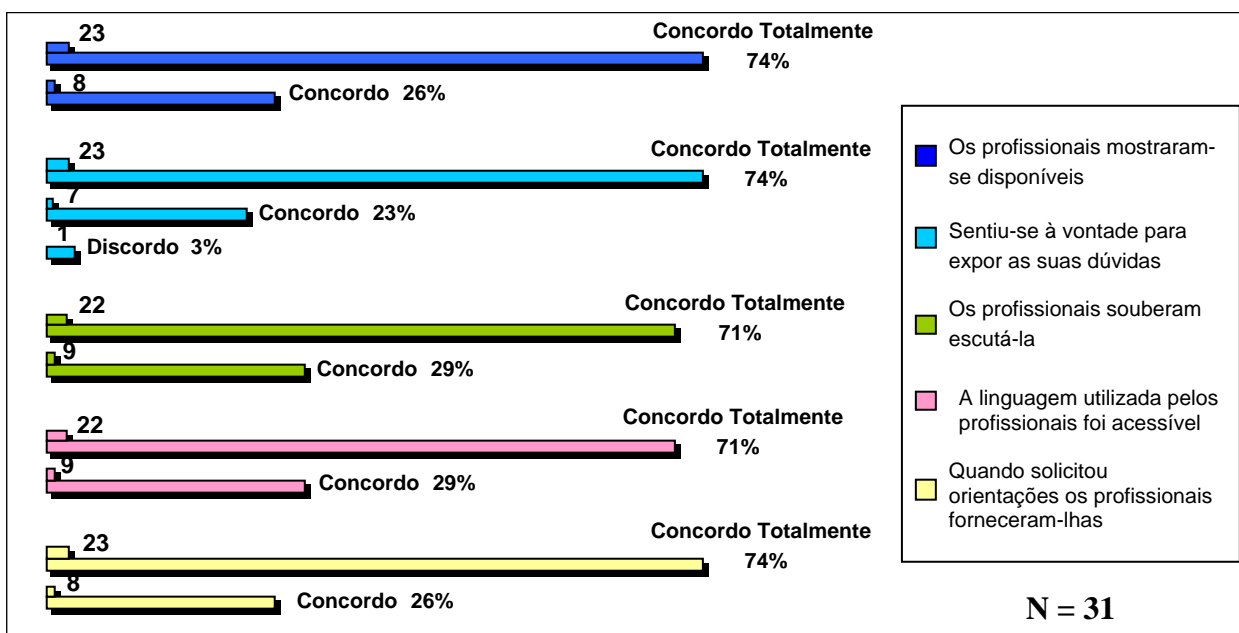


Tabela n.º 2 – Distribuição da amostra relativamente aos indicadores da dimensão Atitude dos Profissionais

	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
Os profissionais mostraram-se disponíveis	23	8	—	—
Sentiu-se à vontade para expor as suas dúvidas	23	7	1	—
Os profissionais souberam escutá-la	22	9	—	—
A linguagem utilizada pelos profissionais foi acessível	22	9	—	—
Quando solicitou orientações os profissionais forneceram-lhas	23	8	—	—

5.2.2 – Contributos da Informação Transmitida

5.2.2.1 – Manutenção de peso equilibrado durante a gravidez e Identificação do momento de ir para a maternidade

De modo a que a gravidez se desenvolva de uma forma saudável, é fundamental ter em conta os aspectos referentes à nutrição da grávida, na medida em que a alimentação deve ser um factor de melhoria da saúde da mulher e de um desenvolvimento harmonioso do feto. Importa desmistificar a ideia errónea de que a mulher grávida deve “comer por dois”, o que pode levar a um excessivo ganho ponderal e a respectivas complicações que lhe estão associadas. Nesta sequência, e de acordo com Breda (2003, p. 74), «o intuito de uma boa alimentação no período da gravidez é o de cobrir as necessidades nutritivas da mulher, satisfazer as exigências nutritivas devidas ao crescimento fetal, preparar o organismo materno para o parto e promover o futuro aleitamento».

Assim, segundo a análise do gráfico n.º 8, pudemos verificar que 18 (58%) mães afirmaram que concordavam totalmente que a informação transmitida pelos profissionais, lhes permitiu manterem um **peso equilibrado durante a gravidez**. Constatámos ainda que, 12 (39%) mães

disseram que concordavam e, apenas 1 (3%) mãe, referiu discordar relativamente ao contributo da informação, para manter o seu peso equilibrado.

Por seu lado, é também importante que a mãe saiba identificar o momento de ir para a maternidade, uma vez que, este é um aspecto gerador de grande ansiedade, podendo influenciar o bem-estar físico e psicológico da grávida. Assim, a informação prestada pelos profissionais de saúde que permite identificar o momento de ir para a maternidade deve abarcar os sinais e sintomas que permitem perceber que o momento do parto está próximo. A grávida tem que estar consciente, que caso ocorram contracções, este facto não implica que esteja no momento de ir para a maternidade a não ser que haja prévia indicação médica. O momento terá chegado se ocorrer a ruptura das membranas ou no caso das nulíparas se as contracções surgirem com intervalo de 5 minutos, estando presentes num mínimo de uma hora. Nas múltíparas caso as contracções sejam regulares e com intervalos de 10 minutos e que estejam presentes num mínimo de uma hora. O casal deverá ter assegurado previamente alguns aspectos, como ter os telefones do médico ou da maternidade, conhecer o melhor percurso para que chegue no menor espaço de tempo, devendo a mala estar previamente preparada (Bobak, 1999).

Nesta sequência, verificamos que relativamente ao contributo da informação para a **identificação do momento de ir para a maternidade**, a análise do gráfico n.º 9, nos permite constatar que 19 (61%) mães concordaram totalmente e as restantes 12 (39%) responderam que concordavam, resultados que revelam que a informação foi eficaz.

Gráfico n.º 8 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Manutenção de peso equilibrado durante a gravidez

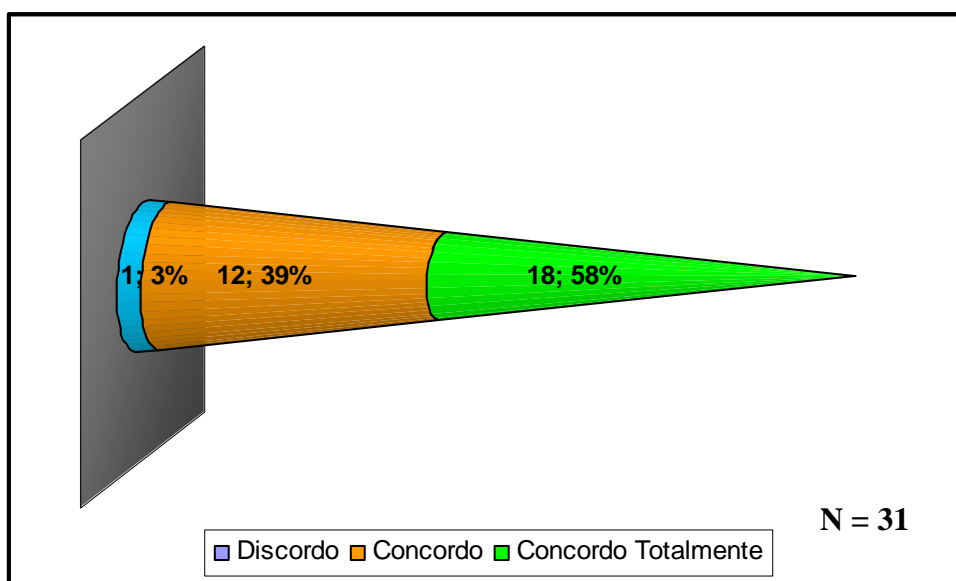
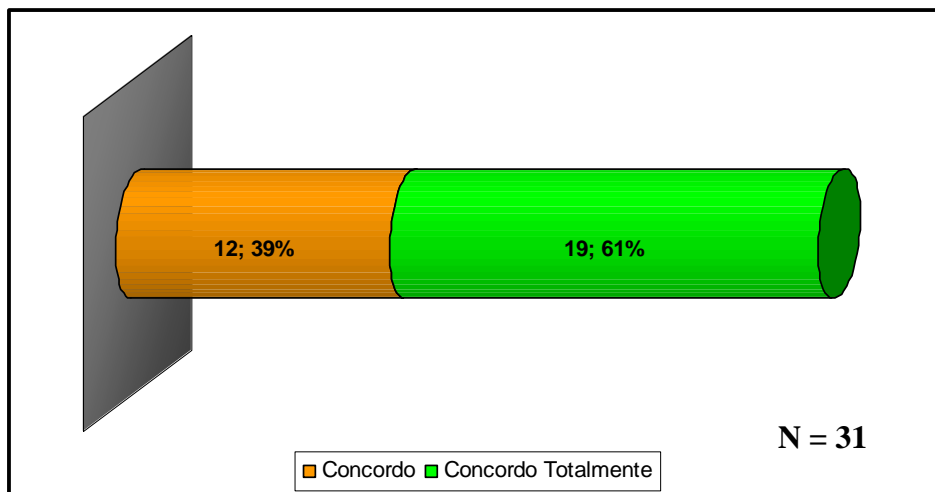


Gráfico n.º 9 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Identificação do momento de ir para a maternidade



5.2.2.2 – Diminuição da sensação dolorosa durante as contrações do trabalho de parto e manutenção do relaxamento durante o parto

Durante o trabalho de parto, a mulher atravessa consideráveis transformações físicas: as contrações uterinas e mais tarde os músculos abdominais, são responsáveis pela dilatação do

colo, pela expulsão do feto, pela saída da placenta e membranas e pelo retorno do organismo às posições iniciais. Quando as contracções atingem determinada intensidade, provocam dor, a qual varia de mulher para mulher, consoante o seu próprio linear dolorígeno (Mendes, 1991), sendo determinante a responsabilização dos vários elementos da equipa de saúde, especialmente do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica pela informação transmitida nos Cursos de Preparação para a Maternidade e por uma verdadeira e eficaz relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto.

Assim, pela análise do gráfico n.º 10, verificámos que 16 (52%) mães concordaram que a informação que lhes foi transmitida pelos profissionais, contribuiu para a **diminuição da sensação dolorosa durante as contracções de trabalho de parto** e 15 (48%) referiram que concordavam totalmente relativamente ao contributo da informação.

Por seu lado, o relaxamento consiste na libertação da tensão do corpo e da mente, através de um esforço e práticas conscientes e voluntárias. A capacidade para relaxar deliberada e conscientemente é benéfica, uma vez que proporciona alívio dos desconfortos relacionados com a gravidez, diminuição do stresse e consequentemente diminuição da percepção dolorosa durante o trabalho de parto. Potencializa também, a auto-conscencialização e auto-confiança nas próprias capacidades das reacções e funções (Bobak, 1999).

O relaxamento pode ser conseguido através de alguns métodos, entre os quais se salientam o método físico e o método psicológico. Através de um treino adequado e com a orientação de um instrutor, a grávida poderá conseguir obter um relaxamento que lhe facilite a expulsão do feto no momento do parto. Assim, a abordagem deste aspecto no Curso de Preparação para a Maternidade revela-se de extrema importância, pois pode contribuir para a redução da ansiedade, assim como do período expulsivo, podendo actuar como factor facilitador do processo de parto.

Nesta sequência, verificamos pela análise do gráfico n.º 11, que 15 (48%) mães referiram respectivamente que concordavam e concordavam totalmente que a informação tenha

contribuído para manter o **relaxamento durante o parto** e, apenas 1 (4%) mãe discordou deste facto, resultados que se revelam francamente positivos.

Gráfico n.º 10 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Diminuição da sensação dolorosa durante as contracções do trabalho de parto

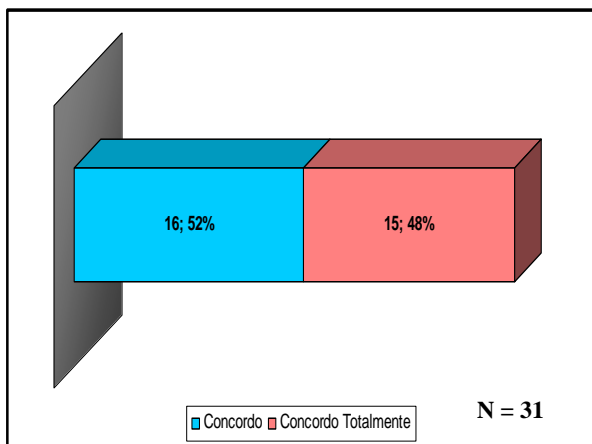
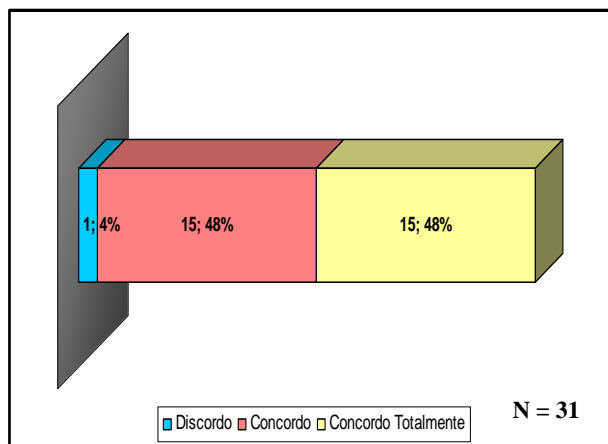


Gráfico n.º 11 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Manutenção do relaxamento durante o parto



5.2.2.3 – Redução do medo em relação ao parto

Refere a literatura que, de uma forma geral, o medo se encontra relacionado com a dor no momento do parto. Comumente a este factor, podemos salientar também que no caso das primíparas, estas podem sentir medo do desconhecido, por não terem tido nenhuma experiência anterior.

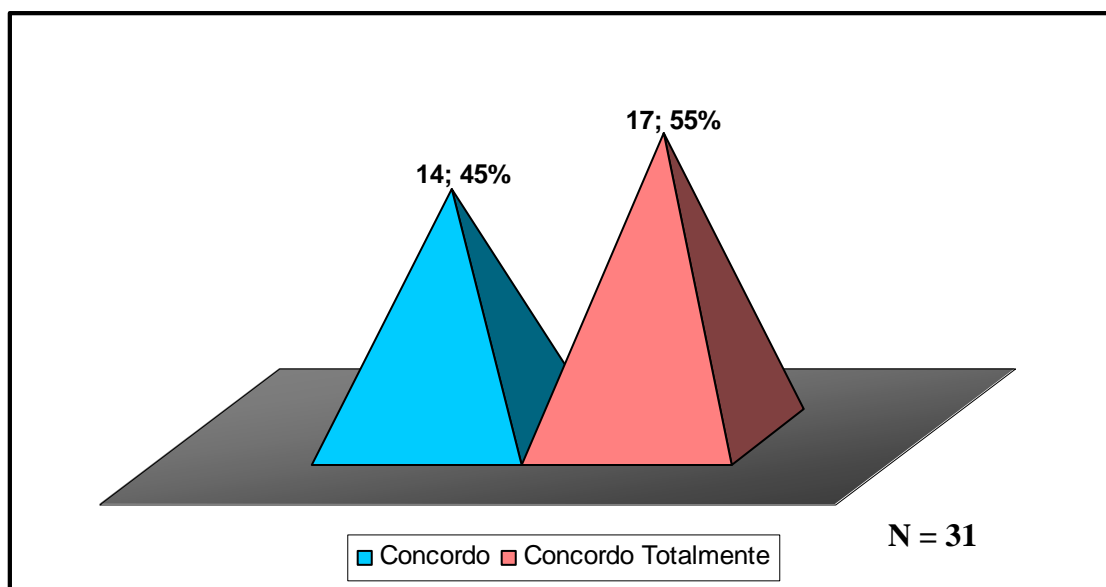
Assim, a dor do trabalho de parto e parto origina tensão emocional provocada por estados de ansiedade e medo. Nesta sequência, Bobak (1999, p. 121) refere que «muitas mulheres, por desconhecerem a anatomia e tudo o que envolve o nascimento, sentem medo da dor de parto e de futuras lesões».

Porém, o enfermeiro deve ter presente que cada mulher percebe e experiencia a dor de uma forma própria, que se relaciona intimamente com o grau de medo sentido pela mulher. O medo é um aspecto relevante que deverá ser tido em conta, por parte de todos os profissionais, pelo

que se deverá enfatizar o fornecimento de estratégias que visem a sua diminuição, uma vez que, durante o trabalho de parto a mulher pode sentir preocupação e ansiedade de tal forma, que não consiga aplicar os conhecimentos adquiridos durante o Curso de Preparação para a Maternidade. Deste modo, segundo Bobak (1999, p. 121), a «informação e educação realizadas pelo enfermeiro poderão aliviar estes receios».

Assim, ao questionarmos as mães relativamente ao “**contributo da informação para a redução do medo em relação ao parto**”, verificamos pela análise do gráfico n.º 12, que 17 (55%) referiram concordar totalmente e 14 (45%) referiram que concordavam.

Gráfico n.º 12 – Distribuição das mães segundo o contributo da informação transmitida para a Redução do medo em relação ao parto



5.2.2.4 – Sensação de segurança ao dar o banho ao bebé e na prestação de cuidados ao coto umbilical

Devido ao aspecto frágil do bebé, alguns progenitores, principalmente aqueles que são pais pela primeira vez, têm medo de não saberem dar banho ao recém-nascido, prestar cuidados ao coto umbilical, vestir ou tão simplesmente pegar ao colo (Bobak, 1999). Nesta sequência,

Rocha (1997, p. 7) afirma que, «uma boa informação dissipará todas as dúvidas e permitirá desfrutar plenamente o feliz acontecimento».

Face ao anteriormente exposto verificámos pela análise feita ao gráfico n.º 13, que 17 (55%) mães afirmaram que concordavam que a informação tinha contribuído para se sentirem seguras ao **dar o banho ao bebé** e 13 (42%) referiram que concordavam totalmente e, apenas 1 (3%) mãe referiu que discordava.

Relativamente ao contributo da informação para a **sensação de segurança na prestação de cuidados ao coto umbilical do bebé**, verificámos pela análise do gráfico n.º 14, que 23 (74%) mães concordaram totalmente e que as restantes 8 (26%) concordaram com este contributo.

Gráfico n.º 13 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de segurança ao dar o banho ao bebé

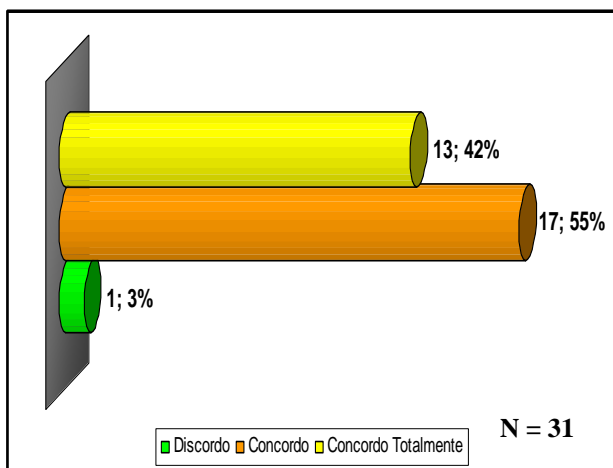
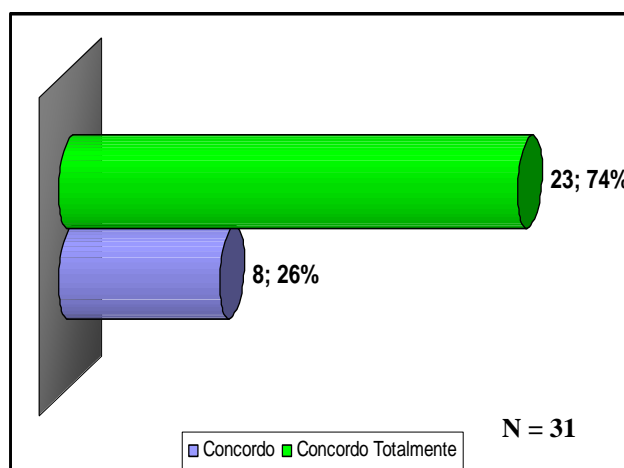


Gráfico n.º 14 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de segurança na prestação de cuidados ao coto umbilical do bebé



5.2.2.5 – Sensação de tranquilidade relativamente ao horário da amamentação e sensação de conforto durante a amamentação

Os recém-nascidos precisam de ser alimentados todas as duas ou três horas num total de oito a doze vezes em cada 24 horas, sobretudo no primeiro mês de vida, sendo que a amamentação é

conseguida de uma forma mais eficaz quando o bebé se encontra acordado e desejoso por comer (Bobak, 1999).

Assim, de uma forma geral a amamentação constitui factor de stresse para as mães, o qual pode ser minimizado com a transmissão de informação adequada durante os Cursos de Preparação para a Maternidade.

Deste modo, após a análise do gráfico n.º 15, constatámos que 17 (55%) mães afirmaram que concordavam totalmente que a informação transmitida tivesse contribuído para se sentirem tranquilas relativamente ao **horário da amamentação**, tendo 14 (45%) mães referido que concordavam com este contributo, dados que revelam eficácia da informação transmitida no Curso de Preparação para a Maternidade frequentado.

No que respeita ao “**contributo da informação na sensação de conforto durante a amamentação**”, verifica-se que a dor é normalmente um sinal de que o bebé não está posicionado correctamente. A extracção de algumas gotas de leite para o mamilo facilita a adaptação à mama. A mãe deve procurar uma posição para a amamentação em que ambos se sintam confortáveis e de forma a ajustar a sucção da criança, diminuindo o seu desconforto. Na maioria das vezes, a dor desaparece logo que a pega do bebé é corrigida, revelando-se de extrema importância contribuir para que a mulher adquira competências nesta área. Assim, verificámos pela análise do gráfico n.º 16 que 20 (65%) mães responderam que concordavam totalmente com o contributo da informação que lhes foi transmitida neste âmbito e 11 (35%) afirmaram que concordavam.

Gráfico n.º 15 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de tranquilidade relativamente ao horário da amamentação

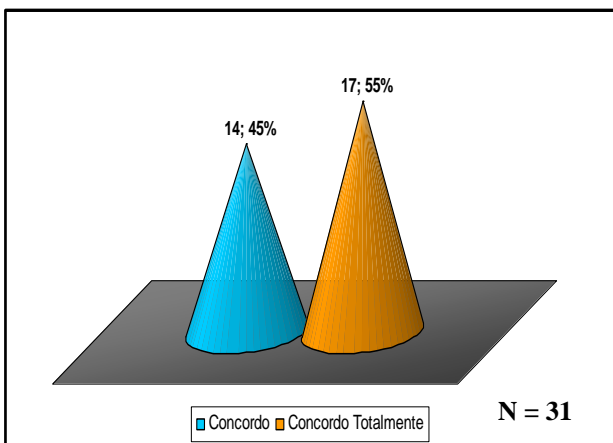
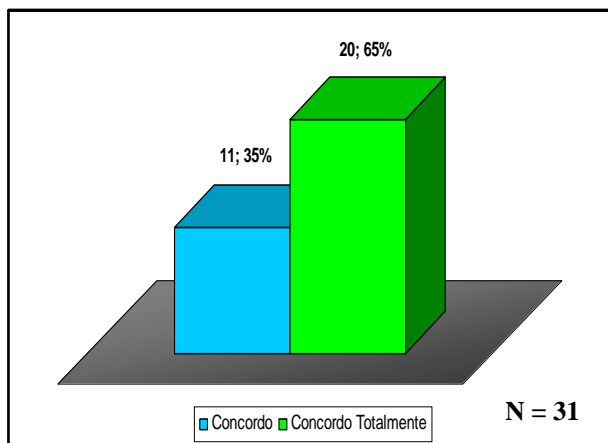


Gráfico n.º 16 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Sensação de conforto durante a amamentação



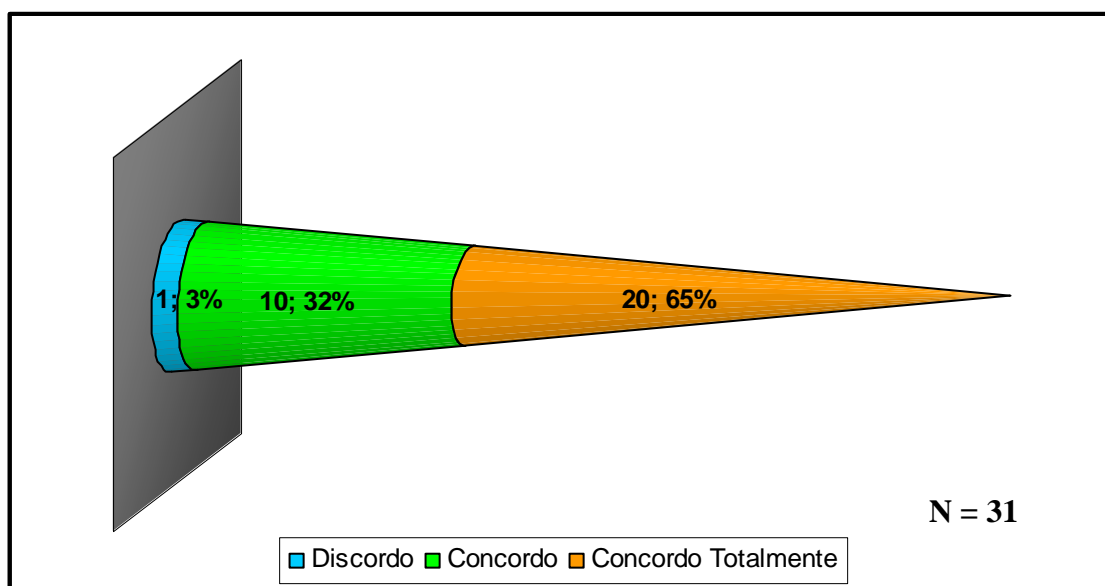
5.2.2.6 – Segurança nos cuidados às mamas

No Curso de Preparação para a Maternidade é fulcral que seja abordada a temática relativa aos cuidados a ter com as mamas, pois as complicações inerentes a cuidados deficitários podem comprometer significativamente a possibilidade de amamentação, assim como originar situações dolorosas, desconfortos, podendo até implicar a decisão de não amamentar. Deste modo, é importante fornecer orientações que permitam às mães cuidar das mamas com segurança e alertá-las relativamente a alguns cuidados a ter, que incluam entre outros a lavagem diária das mamas com sabonete neutro, efectuar a sua aspensão de forma a evitar o ingurgitamento mamário e mastite, devendo ter o cuidado de permitir ao bebé que esvazie totalmente a mama e, só então, deverá oferecer a outra (Bobak, 1999).

Nesta sequência, ao analisarmos o gráfico n.º 17, constatámos que 20 (65%) mães referiram que concordavam totalmente que a informação tivesse contribuído para se sentirem seguras nos **cuidados às mamas**. É ainda de referir que 10 (32%) mães afirmaram concordar com o

contributo que a informação lhes proporcionou para que se sentissem seguras, sendo de referir que apenas 1 (3%) mãe discordou do contributo que a informação lhe trouxe nesta vertente.

Gráfico n.º 17 – Distribuição das mães de acordo com o contributo da informação transmitida para a Segurança nos cuidados às mamas



5.2.3 – Considerações das Mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade

5.2.3.1 – Aspectos que menos agradaram no Curso e sugestões de melhoria

No que concerne aos **aspectos que menos agradaram às mães no Curso de Preparação para a Maternidade**, observamos pela análise do quadro n.º 5, que 7 referiram que as “instalações eram precárias”, 4 afirmaram respectivamente que a “sala era de reduzidas dimensões” e que o Curso fosse também realizado em Mira-Sintra. Por fim, com 1 unidade de enumeração aparecem as unidades de registo “tema de amamentação”, “curso pouco organizado”, “curso com pouco suporte teórico” e “pouco atractivo em meios audio-visuais”.

Nesta sequência, pudemos concluir que o aspecto relativo às “instalações” foi aquele ao qual as mães deram maior ênfase, seguido da “dimensão da sala” e do “local de realização”. Deste

modo, estes aspectos são aqueles em que nos parece que deverão incidir os esforços com vista a melhorar o Curso, não minimizando no entanto os restantes, que embora tendo apenas 1 unidade de enumeração, poderão ser aspectos também relevantes para a melhoria do mesmo, porém é importante obter informação mais concreta, relativa aos mesmos, para que a melhoria possa corresponder às expectativas das mães.

Quadro n.º 5 – Aspectos que menos agradaram às mães no Curso de Preparação para a Maternidade

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Instalações precárias	7
Reduzida dimensão da sala	4
Local de realização em Mira-Sintra	4
Tema da amamentação	1
Curso pouco organizado	1
Curso com pouco suporte teórico	1
Pouco atractivo em meios audio-visuais	1

De acordo com o quadro n.º 6, foi-nos possível verificar que 9 mães referiram que o Curso de Preparação para a Maternidade deveria ser efectuado em melhores instalações, 4 sugeriram respectivamente uma sala de maiores dimensões e que o Curso tivesse maior carga horária e, 3 referiram que o Curso de Preparação para a Maternidade deveria ser complementado com ginástica pós-parto. Por fim, apenas com 1 unidade de enumeração emergiram as sugestões seguintes: a necessidade de “ar condicionado”, “maior suporte teórico”, “temas mais diversificados”, “mais atractivo em meios audio-visuais”, “curso mais divulgado” e, por último, “linguagem mais acessível”.

Nesta sequência, de acordo com a análise das unidades de registo identificadas como **aspectos que menos agradaram** e com as **sugestões para melhorar o Curso de Preparação para a Maternidade** que constam nos quadros n.º 5 e 6, consideramos que, embora tenha sido referido apenas por uma participante como aspecto menos positivo o facto do Curso ser “pouco atractivo em meios audio-visuais”, por outro lado, em corroboração desta, temos

também uma participante que referiu que devia ser “mais atractivo em meios audio-visuais”, o que sugere que deveria haver um investimento para a melhoria deste aspecto. Por último, importa salientar que embora apenas tenha sido sugerido por 1 mãe que o Curso tivesse mais “divulgação” junto da comunidade, este é um aspecto que consideramos de extrema relevância, uma vez que, o desconhecimento da sua existência poderá ser um dos factores limitativos no acesso das grávidas ao Curso, impossibilitando-as *a priori*, de terem acesso à informação transmitida no mesmo, que poderá contribuir para um melhor desenvolvimento da gravidez, desfecho do parto e dos cuidados inerentes à própria mãe e bebé.

Quadro n.º 6 – Sugestões de melhoria do Curso de Preparação para a Maternidade fornecidas pelas mães

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Melhores instalações	9
Sala de maior dimensão	4
Maior carga horária	4
Ginástica pós-parto	3
Ar condicionado	1
Maior suporte teórico	1
Mais atractivo em meios audio-visuais	1
Curso mais divulgado	1
Temas mais diversificados	1
Linguagem mais acessível	1

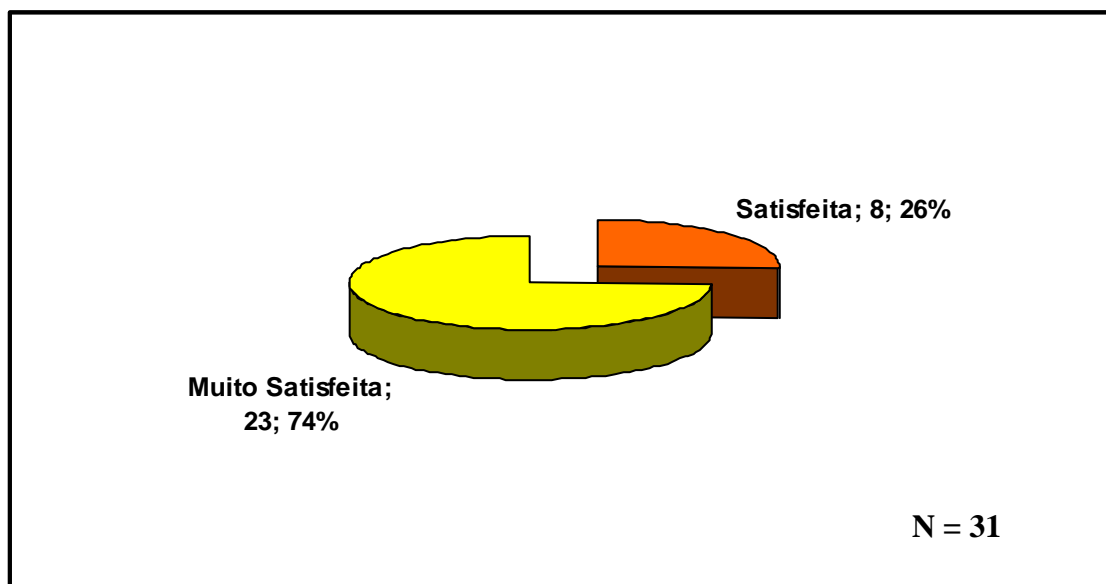
5.2.3.2 – Satisfação em geral em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade

No que respeita à **satisfação geral que foi atribuída pelas mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade**, pudemos constatar através da análise do gráfico n.º 18, que 23 (74%) mães consideraram que estavam muito satisfeitas em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram e as restantes 8 (26%) afirmaram que o Curso tinha sido satisfatório.

Posto isto, fomos conhecer o **score total de satisfação das mães em relação aos indicadores seleccionados para medir a variável dependente** e verificamos através da análise do quadro n.º 7, que 24 (77%) se encontravam dentro do intervalo de classe [48,78 – 60,03], que em termos de atribuição da satisfação significa que estão Muito Satisfeitas e 7 (23%) mães que se enquadraram dentro do intervalo de classe [37,52-48,77], que significa que estão Satisfeitas.

Deste modo, verificamos existir uma aproximação entre os resultados obtidos no gráfico n.º 18, referente à **Satisfação em geral face ao Curso de Preparação para a Maternidade** e o quadro n.º 7, relativo ao **score total dos indicadores que permitiram medir a variável dependente**, concluindo-se que a satisfação das mães que frequentaram este curso é elevada.

Gráfico n.º 18 – Distribuição das mães de acordo com a Satisfação em geral face ao Curso de Preparação para a Maternidade



Quadro n.º 7 – Score total de satisfação em relação aos indicadores seleccionados para medir a variável dependente

Intervalo de Classes	Frequência	Percentagem
[15 – 26,25], Nada Satisfeita	0	0%
[26,26 – 37,51], Pouco Satisfeita	0	0%
[37,52 – 48,77], Satisfeita	7	23%
[48,78 – 60,03], Muito Satisfeita	24	77%
Total	31	100%

6 – CONCLUSÃO

Para o presente estudo de investigação, tivemos como objectivo **“conhecer a satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram num Centro de Saúde”**.

Considerámos este estudo de nível I exploratório-descritivo, no qual utilizámos a entrevista estruturada para a recolha dos dados, tendo para o efeito sido construído um guião que serviu de suporte à entrevista.

A pertinência do tema prende-se com a importância que a preparação para a maternidade assume na facilitação do trabalho de parto e parto, assim como, com o facto da área de Saúde Materna e Obstétrica nos despertar interesse, o que nos motivou para a escolha desta temática, uma vez que a considerámos pertinente na etapa de vida da grávida/puérpera.

Nesta perspectiva, definimos como questão inicial deste estudo:

“Qual é a satisfação das mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram?”.

Através da análise dos resultados das respostas das mães, referidas nas entrevistas aplicadas, destacam-se os principais resultados, relativos à sua satisfação face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram, em que:

- Na caracterização da amostra:

- 11 (36%) mães se encontram respectivamente, nos intervalos dos 25 e 29 anos e 30 a 34 anos, correspondendo à classe modal;

- 29 (94%) mães são casadas ou vivem em união de facto;
 - 26 (84%) participantes são de nacionalidade portuguesa;
 - 29 (94%) mães são de raça caucasiana;
 - 19 (61%) mães detêm o grau de escolaridade referente ao Ensino Secundário;
 - a profissão mais representativa na amostra é a de vendedora com 7 unidades de enumeração;
 - 24 mães referiram não ter ocupação;
 - 27 (87%) mães referiram ser primíparas;
 - 22 (71%) mães mencionaram ter tido uma gravidez planeada;
 - 30 (97%) inquiridas afirmaram ter tido uma gravidez desejada;
 - 31 (100%) afirmaram ter aceite a gravidez.
- Na dimensão, atitude dos profissionais, destacaram-se os indicadores:
 - **disponibilidade dos profissionais**, tendo-se constatado que 23 (74%) mães afirmaram ter concordado totalmente, que os profissionais demonstraram disponibilidade ao longo do Curso;
 - relativamente às afirmações “**Os profissionais souberam escutá-la**” e “**A linguagem utilizada pelos profissionais foi acessível**”, verificámos que em ambas, houve 22 (71%) mães a afirmarem que concordavam totalmente;

- no que respeita à afirmação **“Quando solicitou orientações os profissionais forneceram-lhas”**, 23 (74%) mães referiram concordar totalmente. Por último, quanto à afirmação **“Sentiu-se à vontade para expor as suas dúvidas”**, verificámos que 23 (74%) mães mencionaram concordar totalmente.

• Na dimensão, contributos da informação transmitida, evidenciaram-se os seguintes indicadores:

- **manutenção de peso equilibrado durante a gravidez**, em que 18 (58%) mães afirmaram que concordaram totalmente que a informação transmitida pelos profissionais, lhes permitiu manter um peso equilibrado durante a gravidez e 12 (39%) mães disseram que concordavam;

- no que diz respeito à **identificação do momento de ir para a maternidade**, 19 (61%) mães concordaram totalmente que a informação contribuiu para a identificação do momento de ir para a maternidade e as restantes 12 (39%) responderam que concordavam;

- relativamente à **diminuição da sensação dolorosa durante as contracções do trabalho de parto**, 16 (52%) mães concordaram que a informação que lhes foi transmitida pelos profissionais contribuiu para a diminuição da sensação dolorosa, sendo que as restantes 15 (48%) concordaram totalmente;

- no que respeita à **manutenção do relaxamento durante o parto**, 15 (48%) mães referiram respectivamente que concordavam e concordavam totalmente, que a informação tenha contribuído para manter o relaxamento durante o parto;

- 17 (55%) mães referiram concordar totalmente que a informação transmitida contribuiu para a **redução do medo em relação ao parto**, sendo que as restantes 14 (45%) concordaram;

- quanto à **sensação de segurança a dar o banho ao bebé**, 17 (55%) mães afirmaram que concordavam que a informação tinha contribuído para se sentirem seguras ao dar o banho ao bebé;

- 23 (74%) mães concordaram totalmente que a informação tenha contribuído para a **sensação de segurança na prestação dos cuidados ao coto umbilical do bebé**;

- no que diz respeito à **sensação de tranquilidade relativamente ao horário da amamentação**, 17 (55%) mães afirmaram que concordavam totalmente que a informação transmitida tivesse contribuído para se sentirem tranquilas;

- 20 (65%) mães responderam que concordavam totalmente, que a informação tenha contribuído para a **sensação de conforto durante a amamentação**;

- 20 (65%) mães referiram que concordavam totalmente que a informação tivesse contribuído para a **sensação de segurança nos cuidados às mamas**.

● Relativamente às considerações das mães em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade, destacaram-se:

- os **aspectos que menos lhes agradaram**, em que 7 mães referiram que as “instalações eram precárias” e 4 afirmaram que a “sala era de reduzidas dimensões”;

- as **sugestões para melhoria**, tendo referido 9 mães que as instalações deveriam ser melhores, 4 mencionaram que deveria decorrer numa sala de maiores dimensões e possuir maior carga horária e, 3 referiram que poderia ser complementado com ginástica pós-parto;

- no que diz respeito à **satisfação em geral**, 23 (74%) mães referiram estar muito satisfeitas, aspecto que é reforçado no score total de satisfação em relação aos indicadores seleccionados para medir a variável dependente, na medida em que 24 (77%) das respostas se

encontram dentro do intervalo de classe [48,78 – 60,03], o que significa que as mães estão Muito Satisfeitas.

Após a análise dos resultados, podemos concluir que de uma forma geral o curso encontra-se bem estruturado sendo abordados aspectos significativos e facilitadores tanto do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, porém as mães consideraram que as instalações poderiam ser de maiores dimensões e mais modernizadas, que o alargamento da carga horária do curso facilitaria a apreensão das temáticas abordadas e que o recurso à utilização de tecnologias de informação e outros meios áudio-visuais estimularia a atenção da audiência. Na óptica da continuidade dos cuidados, surge que o Curso de Preparação para a Maternidade deveria ser complementado com um módulo de ginástica pós-parto.

Outra sugestão que consideramos que assume grande relevância prende-se com a adopção de estratégias para divulgação do curso às grávidas da comunidade em que o Centro de Saúde está inserido.

7 – IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a realização deste estudo, deparámo-nos com várias limitações, nomeadamente as que se prendiam com a inexperiência dos autores na utilização da metodologia de investigação, assim como na utilização do programa de estatística SPSS, o que nos obrigou a adquirir competências para o tratamento dos dados.

As exigências do Curso de Licenciatura em Enfermagem representaram uma limitação para a concretização atempada das actividades planeadas no cronograma para o desenvolvimento do trabalho de monografia (Apêndice D).

O facto de, por condicionantes alheias à nossa vontade, não termos conseguido proceder à recolha dos dados atempadamente no Centro de Saúde onde iniciámos o estudo, o que nos obrigou a procurar outro Centro de Saúde e a redefinir os critérios de selecção da amostra.

No que concerne às implicações do presente estudo para a enfermagem, consideramos que a divulgação dos resultados obtidos poderão contribuir para melhorar aspectos menos positivos do Curso de Preparação para a Maternidade, numa perspectiva de incessante procura da excelência dos cuidados de enfermagem. Para além de que demonstram que é importante criar este tipo de cursos noutros Centros de Saúde, pois os contributos apontados pelas mães são extremamente relevantes e podem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde.

Por outro lado, poderá também servir para aferir os pontos fortes e pontos fracos do curso e assim, contribuir para a identificação por parte dos responsáveis pelo mesmo, dos aspectos a melhorar de modo a contribuir para a evolução e crescente qualidade dos mesmos.

8 – SUGESTÕES

Terminado o nosso estudo e cientes da importância que o Curso de Preparação para a Maternidade assume não só como processo de preparação para a maternidade, podendo a informação transmitida prevenir possíveis complicações, consideramos importante deixar como sugestões, algumas temáticas que na nossa opinião têm todo o interesse em ser desenvolvidas em futuros estudos, tais como:

- Explorar a temática do presente estudo com outros que possibilitem aprofundar questões como, o que esperam as grávidas do Curso de Preparação para a Maternidade e o que as motiva à sua frequência;
- Replicação só com primíparas e só com múltíparas;
- Qual a importância que assume para a mãe, a participação do acompanhante no Curso e em que medida contribui ou não para o seu aproveitamento durante o mesmo e para a facilitação do processo de trabalho de parto e parto;
- Quais as diferentes perspectivas e vivências do trabalho de parto e parto, entre mães que frequentaram o Curso de Preparação para a Maternidade e as que não o frequentaram;
- Que seja realizado um estudo de paradigma qualitativo para conhecer as vivências das mães que frequentaram um Curso de Preparação para a Maternidade.

Assim, com estas sugestões pretendemos que se identifiquem os aspectos que possam ser generalizáveis, os que as grávidas valorizam num curso e os que possam ser melhorados de modo a criar um padrão do mesmo que contribua para a melhoria da sua satisfação.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados

Exmo.(a) Sr.(a) Director(a)
do Centro de Saúde ...

Ricardo Daniel Esteves Amaro e Rui Manuel de Oliveira David, alunos do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, o qual tem como exigência a realização de um Trabalho de Monografia.

No âmbito do trabalho anteriormente referido, pretendemos estudar o **grau de satisfação das puérperas face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram**, pelo que solicitamos a V. Ex.^a, autorização para aplicar o questionário elaborado para o efeito às utentes que tenham frequentado o Curso de Preparação para a Maternidade nesse Centro de Saúde.

Informamos que se trata de um estudo de paradigma quantitativo e que nos comprometemos a respeitar os princípios éticos inerentes à realização de um trabalho desta natureza.

Uma vez que acreditamos que os resultados obtidos poderão trazer contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, comprometemo-nos a disponibilizá-los., se V. Ex.^a assim o entender.

Atenciosamente

Barcarena, 02 de Outubro de 2006

Os alunos:

Ricardo Amaro

Rui David

Professor Orientador:

Contactos:

Ricardo Amaro – Telefone: 966 960 347

Rui David – Telefone: 962 337 260

(Mestre Carmo Baltar)

APÊNDICE B

Instrumento de Colheita de Dados

GUIÃO DA ENTREVISTA

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1 - Idade: _____ anos

2 - Estado Civil:

- Solteira
- Casada/União de Facto
- Divorciada/separada
- Outra _____.

3 - Nacionalidade:

- Portuguesa
- Outra _____.

4 - Raça:

- Caucasiana
- Negra
- Outra _____.

5 - Escolaridade:

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Curso Médio
- Curso Superior
- Outro _____.

6 – Profissão: _____.

7 – Ocupação: _____.

8 – Primípara:

- Sim
- Não

9 – Gravidez:

Planeada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Desejada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aceite	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

PARTE II – SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS

	C.T.	C.	D.	D.T.
1 – Os profissionais mostraram-se disponíveis ao longo do curso				
2 – Os profissionais souberam escutá-la				
3 – Quando solicitou orientações os profissionais forneceram-lhas				
4 – A linguagem que os profissionais utilizaram foi acessível				
5 – Sentiu-se à vontade para expor as suas dúvidas				
6 – A informação sobre a alimentação contribuiu para ter um aumento de peso equilibrado durante a gravidez				
7 – A informação relativa aos sinais de parto permitiu-lhe identificar o momento de ir para a maternidade				
8 – Os exercícios de relaxamento que aprendeu durante o curso, ajudaram-na a diminuir a sensação dolorosa durante as contracções do trabalho de parto				
9 – Os exercícios de relaxamento que aprendeu durante o curso, ajudaram-na a manter-se relaxada durante o parto				
10 – A frequência do Curso de Preparação para a Maternidade contribuiu para reduzir o medo do parto				
11 – A informação sobre o banho ao recém-nascido contribuiu para que se sinta segura a dar o banho ao bebé				
12 – A informação sobre os cuidados a ter com o coto umbilical contribuiu para que se sinta segura a fazer os cuidados ao coto umbilical do bebé				
13 – A informação sobre os cuidados a ter com as mamas na subida de leite contribui para se auto-cuidar de modo a sentir-se confortável				
14 – A informação sobre o posicionamento a adoptar durante a amamentação permite que se sinta confortável				
15 – A informação sobre o horário da amamentação permite que se sinta tranquila				

Legenda:

C.T. – Concordo Totalmente; C. – Concordo; D. – Discordo; D.T. – Discordo Totalmente;

16 – De um modo geral, como classifica a sua satisfação em relação ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentou:

- Muito satisfeita
- Satisfeita
- Pouco satisfeita
- Nada satisfeita

17 - Refira um aspecto que menos lhe agradou no Curso de Preparação para a Maternidade.

18 – Refira uma sugestão que na sua opinião, poderá melhorar a qualidade do Curso de Preparação para a Maternidade.

APÊNDICE C

Carta Explicativa para o Consentimento Informado e Termo de Consentimento Informado

CARTA EXPLICATIVA PARA O CONSENTIMENTO INFORMADO

Somos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde da Faculdade Atlântica, o qual preconiza como trabalho final de curso, uma monografia, em escolhemos como tema a “Satisfação das Mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade”.

O presente estudo tem como objectivo geral, “Conhecer o grau de satisfação das mães face ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentaram num Centro de Saúde”.

Definimos ainda como objectivos específicos:

- Identificar os benefícios, no trabalho de parto e parto, que a grávida/casal reconhece relativamente ao Curso de Preparação para a Maternidade que frequentou;
- Identificar quais as necessidades do casal que foram satisfeitas com a frequência do Curso de Preparação para a Maternidade.

Durante a participação neste estudo serão salvaguardados os direitos à confidencialidade dos dados, ao anonimato, a um tratamento justo e imparcial, assim como o direito à escolha de participar ou não no mesmo e de se retirar a qualquer instante caso o deseje, continuando a ser tratada da mesma forma e com o mesmo respeito. A sua identidade não será revelada ou reconhecida, senão pelos próprios investigadores. Serão ainda, esclarecidas as possíveis dúvidas ou questões que lhe surjam no decorrer do estudo.

A sua participação consiste em responder às questões que lhe serão colocadas durante o período de uma breve entrevista, com base num guião de entrevista.

Os dados e informação que de livre vontade ceder para o estudo, serão tratados de forma confidencial e guardados em local seguro. Serão ainda destruídos no final da investigação. Se assim o desejar, poderá ter acesso aos resultados do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Estudo

“Preparação para a Maternidade: Satisfação das Mães”

Após as explicações que me foram cedidas, as minhas dúvidas relativas ao processo de investigação deste estudo, foram esclarecidas de forma satisfatória.

Entendi as vantagens da minha participação no estudo, assim como os possíveis riscos e desconfortos a que estarei sujeita. Sei que poderei desistir do mesmo a qualquer instante e que continuarei a ser tratada da mesma forma e com o mesmo respeito, sem ter qualquer prejuízo. Tenho conhecimento que posso colocar quaisquer questões sempre que necessite de ser elucidada.

Fui informada que será assegurada a confidencialidade dos dados e da informação por mim fornecida. E que nenhuma informação será comunicada ou publicada incluindo a minha identidade. Tomei também conhecimento que os dados por mim fornecidos serão guardados pelos investigadores e destruídos após a conclusão do estudo.

Tenho conhecimento, que se o desejar, terei acesso aos resultados do estudo.

Pelo _____ presente _____ documento, _____ eu
_____ aceito participar de
livre vontade neste estudo.

Assinatura: _____.

Os Investigadores

Alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem: Ricardo Amaro e Rui David

Contactos: 96 696 03 47; 96 233 72 60

Morada: Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde - Barcarena

APÊNDICE D

Cronograma

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	DATA DE CONCLUSÃO	OBSERVAÇÕES
Entrega do Ante-Projecto de Monografia	20 de Fevereiro	
Entrega do Projecto de Monografia	20 de Março de 2006	
Pesquisa para a realização do enquadramento teórico	30 de Abril de 2006	
Revisão do enquadramento teórico	10 de Maio de 2006	
Elaboração do instrumento de colheita de dados	11 de Maio a 15 de Junho de 2006	
Implementação do Pré-Teste	16 a 30 de Junho de 2006	
Colheita de Dados	1 a 30 de Julho de 2006	
Entrega da Monografia	20 de Dezembro de 2006	

BIBLIOGRAFIA

- ☞ Azevedo, M. (2004). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares*. (4.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 972-54-0097-6.
- ☞ Benner, P. Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and illness*. New York.
- ☞ Bobak, I., & Lowdermilk, D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4.^a ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-09-6.
- ☞ Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica* (1.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.
- ☞ Breda, J. (2003, Maio). *Fundamentos de Alimentação, Nutrição e Dietética*. (1.^a ed.). Coimbra: Editora Mar da Palavra. ISBN 972-989666-0-7.
- ☞ Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna* (6.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-059-5.
- ☞ Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-63-0.
- ☞ Dicionário da Língua Portuguesa. (1994). (7.^a ed.). Porto Editora. ISBN: 972-0-05001-2.
- ☞ Falcão, I. (1998, Abril). *Preparação para o parto*. Lisboa: Pais&Filhos.
- ☞ Fazenda, M. *Estudo do Modelo de Jean Watson. Nursing*. Ano 6 (67).
- ☞ Figes, K. (2001). *A Mulher e a Maternidade* (1.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- ☞ Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização* (2.^a ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

- ☞ Gandara, M. N. Lopes, M.A.P. (1994). *Cuidar a enfermagem. Enfermagem em foco*. Ano IV, nº16, Agosto/Outubro

- ☞ Giddens, A. (2004). *Sociologia*. (4.^a ed.). Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-1075-x.

- ☞ Houaiss, A. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Círculo de Leitores. ISBN 972-42-2809-6.

- ☞ Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova. ISBN: 972-595-097-6.

- ☞ Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2.

- ☞ Mendes, M. L. (1991). *Curso de Obstetrícia*. Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC.

- ☞ Payne, A. R. (2003). *Técnicas de Relaxamento*. (2.^a ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-41-X.

- ☞ Rocha, E. (1997). *Nascer e Crescer – O Mundo do seu filho passo a passo*. Lisboa: Salvat Editores. ISBN 84-345-9442-8.