



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS OBSTETRAS

MEMBRO DA ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DAS PARTEIRAS
MEMBRO DA CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS PARTEIRAS



*Revista da Associação
Portuguesa dos
Enfermeiros Obstetras*

N.º 11 / 2010

www.apeobstetras.org

EMA Annual Meeting
Estocolmo - Suécia, 24 e 25 Setembro 2010



Representação Portuguesa



Representação da EMA na Europa do Sul

XIII Encontro Nacional APEO
Coimbra, 6 e 7 Maio 2010



DIA INTERNACIONAL DA PARTEIRA
Comemoração na Maternidade Bissaya Barreto
Coimbra, 5 Maio 2010



DIA INTERNACIONAL DA PARTEIRA
Espaço Comunidade – Centro Comercial Dolce Vita
Coimbra, 5 Maio 2010



FICHA TÉCNICA

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS
N.º 11/2010

DIRECTOR:

Dolores Sardo

DIRECTOR ADJUNTO:

Manuela Ferreira

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Carolina Henriques
Dolores Sardo
João Franco
Manuela Ferreira
Marinha Carneiro
Otilia Zangão

COMISSÃO DE REVISÃO:

Dolores Sardo
Manuela Ferreira

COORDENADOR COMERCIAL:

Rosália Marques

PROPRIEDADE DE:

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS
Serviço de Obstetrícia – 5.º Piso
Av. Torrado da Silva - Pragal
2805-267 ALMADA
PORTUGAL

Telemóvel: +351 918 492 122
E-Mail: apeq.revista@gmail.com
URL: www.apeqobstetras.org

EXECUÇÃO:

Digital 3 - Estúdio de Impressão, Lda.

Periodicidade: Anual

ISSN (edição electrónica) - 2182-3006

Os artigos são da exclusiva responsabilidade dos autores. Não é permitida a reprodução, total ou parcial, dos artigos publicados sem o prévio consentimento da Revista.

ÍNDICE

- 5 EDITORIAL
- 6 CONSTRUÇÃO DO INVENTÁRIO DE ENVOLVIMENTO DO PAI NA GRAVIDEZ E DO INVENTÁRIO DO ENVOLVIMENTO DO PAI NO TRABALHO DE PARTO
Clarisse Rodrigues-Giselda Domingues-Helena Duarte-João Franco
- 9 EDUCAR PARA A SEXUALIDADE RESPONSÁVEL NA ADOLESCÊNCIA
Antonio Rodrigues-Sónia Cardoso-Paula Nelas-João Duarte
- 14 SEXUALIDADE E AMAMENTAÇÃO: QUE IMPLICAÇÕES PARA O CASAL?
Catia Fernandes-Sara Soares-Xénia Medeiros
- 19 ESTUDO COMPARATIVO DO AUTO-CONCEITO NA GRÁVIDA COM E SEM PATOLOGIA OBSTÉTRICA
Carla Silveira-Manuela Ferreira
- 26 A QUALIDADE DE VIDA E O SUPORTE SOCIAL DA GRÁVIDA
Ana Cardoso-Ana Santos
- 32 O IMPACTO DA INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ NA VIDA DA MULHER
Ana Cristina Santos
- 36 VIVÊNCIAS DAS AVÓS FACE AO ALEITAMENTO MATERNO
Adriana Borges-Margarida Oliveira-Mónica Henriques-Rosa Moreira
- 40 DEPRESSÃO PÓS-PARTO PATERNA E A SUA INFLUÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA
Ana Castro-Fátima Costa
- 45 CUIDADOS PRÉ-NATAIS PRESTADOS PELO EESMO: HAVERÁ FUTURO?
Irene Cerejeira
- 48 DOR NO RECÉM-NASCIDO: CONHECIMENTOS E ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
Açucena Guerra-Carla Caldeira-Jorge Matias
- 51 PROJECTO VIVER A MATERNIDADE – QUE RESULTADOS?
Maria Pratas-Maria Vieira-Cláudia Brás
- 56 SIGNIFICADO DADO À HUMANIZAÇÃO DO PARTO PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO BLOCO DE PARTOS DO HGO-EPE
Engrácia Santos-Jorge Matias-Maria Silva
- 61 VIVÊNCIAS DA MULHER TOXICODEPENDENTE NO DESEMPENHO DO PAPEL MATERNAL
Carolina Henriques-Elsa Filipe-Paula Amado
- 66 CASAS DE PARTO NORMAL: MODELO EM ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À GESTANTE
Sumaia Silva
- 70 O ROSTO DA INFERTILIDADE ... UM OLHAR DE ENFERMAGEM
Maria Eleutério-Sónia Paciência-Susana Devesa-Wilson Santos
- 73 INTERVENÇÕES DO EESMO NA REALIZAÇÃO DA CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL
Ana freira-Isabel Gomes-Maria Feio-Rosa Maciel
- 77 NASCER TRANQUILO
Adelaide Medinas-Carla Duarte-Telma Duarte
- 80 IS THERE A PLACE FOR GLOBAL STANDARDS FOR MIDWIFERY EDUCATION IN EUROPE?
Ans Luyben-Ruth Fink
- 81 PROJECTO PORTUGUÊS DO CURSO ADVANCED LIFE SUPPORT IN OBSTETRIC (ALSO)
Pedro Mendes-Wilson Santos




bioteca 
a Vida nas suas mãos

O INSTINTO PROTECTOR DE PAIS E MÃES LEVA-OS A ESCOLHER A BIOTECA.

**PRIMEIRO LABORATÓRIO
PORTUGUÊS**
O MAIS EXPERIENTE

**PIONEIRA NA IDENTIFICAÇÃO
DE MICRO ORGANISMOS**
RESULTADOS COM MAIS
INFORMAÇÃO MÉDICA

**DETERMINAÇÃO
DO GRUPO SANGUÍNEO**
PREOCUPAÇÃO EM DAR
AOS PAIS INFORMAÇÃO
ESSENCIAL

APOIO À APPT21 
PARTILHA
E RESPONSABILIDADE
SOCIAL DESDE 2005



CONTACTE A BIOTECA • 210 970 681 • WWW.BIOTECA.PT

EDITORIAL

CAROS COLEGAS

A Revista APEO é um projecto da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras que no seu percurso tem vindo a melhorar a qualidade e a obter reconhecimento nacional.

A APEO acaba de publicar o 11º número. Desde a sua primeira publicação em 1998 tem feito um enorme esforço para a renovar face às necessidades e desenvolvimentos da profissão do enfermeiro de saúde materna e obstétrica.

A sua publicação só tem sido possível graças à participação activa dos enfermeiros que trabalham nesta área de cuidados, cujo dinamismo e envolvimento na produção de conhecimento e na reflexão das suas práticas tem encorajado a continuar com entusiasmo, procurando melhorar a sua qualidade científica e torná-la uma referência na área da saúde materno-infantil e na área da saúde sexual e reprodutiva.

No seu percurso, já publicou cerca de 150 artigos, maioritariamente de investigação, com o objectivo de difundir o conhecimento produzido pelos enfermeiros, constituindo-se um instrumento de formação contínua bem como um estímulo à investigação.

Porque queremos continuar a garantir a distribuição gratuita a todos os sócios e porque entendemos que o conhecimento científico só tem valor quando replicado e difundido, decidimos alargar a sua divulgação a todos os profissionais da área. Para isso, a partir deste número, vamos fazer uma edição em papel e outra on-line na página www.apeobstetras.org.

Com este virar de página acompanhando a evolução das novas tecnologias, alargando a divulgação dos trabalhos publicados a nível nacional e internacional, introduzimos a obrigatoriedade de todos os artigos terem um resumo bilingue português-inglês e que, no futuro, se alargue à língua espanhola.

Creemos que este é o momento de encetar uma nova etapa na vida deste periódico, reflexo das mudanças produzidas na profissão ... por isso contamos com a participação de todos.

A Presidente
Dolores Sardo

Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto

Clarisse Rodrigues*, Giselda Domingues*, Helena Duarte*, João Franco**

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo construir um instrumento que permita avaliar o envolvimento do pai na gravidez e no trabalho de parto. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e correlacional, elaborada em duas fases: Na primeira foi feita um estudo qualitativo para identificar as componentes das variáveis envolvimento do pai na gravidez e o envolvimento do pai no trabalho de parto; na segunda fase foram construídos dois instrumentos constituídos por questões fechadas, as quais foram aplicadas a 72 pais e que constituem o inventário de envolvimento do pai na gravidez e o inventário de envolvimento do pai no trabalho de parto.

Os instrumentos aplicados apresentam um bom resultado para o coeficiente **Alfa de Cronbach** bem como se verifica a existência de dimensões nos diferentes inventários, que permitem discriminar os resultados encontrados e potencialmente orientar intervenções, particularmente para cada uma das dimensões, permitindo elevar o nível de envolvimento do pai quer na gravidez como no trabalho de parto.

Palavras-chave: Pai, envolvimento, gravidez, trabalho de parto, inventário.

ABSTRACT

The present study aims to build an instrument to assess father involvement in pregnancy and the involvement of fathers in delivery. This is a quantitative, descriptive and correlational study, developed in two phases: The first was a qualitative study to identify the components of the variables father involvement in pregnancy and the involvement of fathers in delivery. In the second phase was constructed two instruments consisted of closed questions which were applied to 72 fathers and constituting the inventory of father involvement in pregnancy and the inventory of father involvement in delivery. The tools used have a good result for the Cronbach Alpha coefficient and is found to exist in different dimensions of inventories, which allow to discriminate the results and potentially guide interventions, particularly for each dimension, allowing to raise the level of father involvement in pregnancy and in delivery.

Keywords: Father, engagement, pregnancy, delivery, inventory

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo mães e filhos foram os “actores principais” das relações familiares, sendo a figura paterna valorizada sobretudo pelo suporte financeiro e instrumental que lhe era atribuído. Actualmente o perfil da figura paterna não lembra em nada o do passado e a posição do pai relativamente ao nascimento e criação dos filhos vem sendo alvo de grandes alterações. Embora a maioria dos relatos e estudos sobre a gravidez recaiam sobre a vertente feminina, nas úl-

timas décadas é cada vez maior a importância dada aos homens em todo o processo de gravidez/ parentalidade (Correia e Sereno, 2005).

Apesar de, do ponto de vista fisiológico, a experiência do homem face à gravidez terminar com a concepção, o homem que vai ser pai também “engravidar”, na cabeça e no coração, e a maternidade e a paternidade devem fundir-se, e em conjunto contribuir para o sucesso e evolução familiar (Mós, 2009).

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde recomendou o livre acesso de um acompanhante durante o trabalho de parto e em 2006 reforça a importância da participação do pai durante esta fase (Carvalho, 2003). A própria legislação tem vindo a acompanhar as transformações sociais e culturais reforçando e valorizando a importância da paternidade, embora muitas vezes a reduzida flexibilidade na relação trabalho/casa e o receio de serem prejudicados a nível profissional leve à não reivindicação dos direitos.

Contudo, são cada vez mais os homens que acompanham a evolução da gravidez, as consultas, os exames pré-natais e as aulas de preparação para o parto e parentalidade, que se envolvem nos preparativos para a chegada dos filhos, e que manifestam o desejo de estar presentes no momento do nascimento. Até há alguns anos, o pai esperava a notícia do nascimento do seu filho, de forma passiva e ansiosa (Mós, 2009). Hoje, pelo contrário, os homens estão cada vez mais empenhados em fazer valer os seus direitos de pai, desde o início da gravidez à sala de partos, não querem perder nada do que diz respeito aos filhos. Porém, há que ter em consideração que é do pai a última palavra no que se refere a decidir como viver a sua parentalidade.

O envolvimento do pai justifica-se sobretudo quando constitui um apoio afectivo e efectivo para a mulher durante e após o parto. O ideal é que incentive o trabalho de parto ajudando a mulher em todas as etapas, proporcionando-lhe apoio físico, conforto, carinho, confiança e acima de tudo apoio psicológico. Pode ainda funcionar como intermediário entre a grávida e a equipa, interpretando as suas necessidades/desejos e “traduzindo-os”, e receber o filho e pegar-lhe ao colo logo que possível (Motta e Crepaldi, 2005; Ribeiro e Lopes, 2006). Neste sentido os profissionais de saúde que prestam cuidados nesta área devem procurar cada vez mais fundamentar cientificamente as respostas a dar às ques-

* ESMO na MBB – Coimbra.

** Prof. ESEnFC – Coimbra.

tões dos futuros pais, orientando e incentivando um maior envolvimento, pois quanto maior for a cumplicidade entre os profissionais de saúde e o pai, melhor será a possibilidade de participação do pai (Motta e Crepaldi, 2005; Mazzieri e Hoga, 2006).

De acordo com o exposto o presente estudo procura responder às seguintes questões: “como avaliar o envolvimento do pai na gravidez?” e “como avaliar o envolvimento do pai no trabalho de parto?”.

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2004, p. 634) “envolvimento” é definido pelo como “acto e efeito de envolver ou envolver-se”, e por seu lado “envolver” significa “estar à volta de; rodear; circundar; ...” (*Ibidem*). Assim, definimos “envolvimento do pai na gravidez” como a presença e acompanhamento constante do pai ao longo de toda a gravidez, e “envolvimento do pai no trabalho de parto” como a presença e acompanhamento constante do pai ao longo de todo o trabalho de parto.

Definimos como objectivos gerais: identificar os factores que influenciam o envolvimento do pai na gravidez e identificar os factores que influenciam o envolvimento do pai no trabalho de parto, a partir dos quais definimos os seguintes objectivos específicos: identificar factores que caracterizam o envolvimento do pai na gravidez; identificar factores que caracterizam o envolvimento do pai no trabalho de parto; construir um instrumento que permita avaliar o envolvimento do pai na gravidez; construir um instrumento que permita avaliar o envolvimento do pai no trabalho de parto.

Confrontados com a necessidade de avaliar o envolvimento do pai no trabalho de parto e na gravidez, e dada a ausência de instrumentos adequados para o efeito, com aplicação prática na nossa área, susceptíveis de ser utilizados/criticados pela comunidade científica, e que permitissem replicar estudos e comparar resultados, propusemo-nos construí-los. Procedemos então à recolha de informação referente ao envolvimento do pai no trabalho de parto, utilizando um questionário com questões abertas a profissionais de saúde e a pais, seguido do qual foram construídos os inventários de envolvimento do pai na gravidez e envolvimento do pai no trabalho de parto, que após num pré-teste feito a 12 pais, foram aplicados a 72 pais e cujos resultados apresentamos neste trabalho.

METODOLOGIA

A principal finalidade de muitos estudos de pesquisa em enfermagem é a descrição de fenómenos. Numa investigação descritiva, o investigador observa, descreve e classifica, podendo este tipo de estudo ter grande valor para a enfermagem (Polit et al., 1995).

Este é um estudo descritivo-correlacional, transversal, apoiado numa metodologia quantitativa, o qual foi realizado em duas fases (fase 1 – construção do instrumento, fase 2 – aplicação do inventários).

A primeira fase envolveu a colheita de informação na literatura, bem como entrevistas semi-estruturas a 17 enfermei-

ras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e 20 pais assim como o tratamento da informação recolhida, de modo a identificar os diferentes componentes que permitirem avaliar quer o envolvimento do pai na gravidez como na sala de partos, os quais passaram a constituir os respectivos inventários. Em cada inventário cada item foi avaliado através de uma escala tipo Likert em 5 pontos (1,2,3,4 e 5), correspondendo respectivamente a “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre” e “Sempre”. Ainda nesta fase foi realizado um pré-teste numa amostra de 16 pais, a qual conduziu a ajustes, nomeadamente no que se refere ao esquema de resposta de algumas questões e às orientações a seguir no preenchimento do questionário, tendo-se passado à versão definitiva.

Na segunda fase foi pedida autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, e aplicado um questionário com os inventários, o qual apresentava inicialmente uma nota explicativa do estudo e garantia aos participantes o cumprimento dos princípios do anonimato, da confidencialidade e do consentimento livre e esclarecido.

Constituiu critério de inclusão na amostra os seguintes aspectos: ter acompanhado o trabalho de parto; saber ler e escrever; aceitar participar no estudo. A selecção da amostra foi aleatória, não probabilística e escolhida por conveniência, atendendo aos compromissos profissionais e académicos dos autores, tendo sido constituída a amostra por 72 pais.

RESULTADOS

Após o tratamento dos dados obtidos pela aplicação dos dois inventários aos 72 pais obtivemos os seguintes resultados que a seguir apresentamos separadamente para cada inventário.

Inventário de envolvimento do pai na gravidez

O inventário inicial era constituído por 6 itens. Analisando a correlação de cada item com o total da escala, verificamos que o valor da correlação do item “Acompanhar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade” com o total do inventário era inferior a 0,300, pelo que se decidiu retirá-lo, passando assim inventário a ser constituído por 5 itens. Com este inventário obteve-se um valor para o Alpha Cronbach’s de 0,698. A respectiva correlação de cada item com o total da escala encontra-se no quadro que se segue.

Quadro 1 – Correlação dos itens do inventário do envolvimento do pai na gravidez.

| Item | Correlação item com o total | Alpha Cronbach’s se item eliminado |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1 – Acompanhar as consultas de vigilância da gravidez | ,431 | ,664 |
| 2 – Acompanhar a realização das ecografias | ,492 | ,638 |
| 3 – Sentir os movimentos do bebé | ,331 | ,697 |
| 4 – Participar na preparação do quarto do bebé | ,492 | ,638 |
| 5 – Participar na preparação do enxoval do bebé | ,549 | ,609 |

Alpha Cronbach’s = 0,698

Dos resultados obtidos no quadro 1 verificamos que a correlação com o total dos itens é moderada mas caso se retirasse algum item não melhoraria o resultado final do Alpha de Cronbach's. Por outro lado ao fazer a rotação Varimax verificamos a existência de duas dimensões, tal como se apresenta no quadro 2.

Quadro 2 – Determinação factorial com rotação Varimax para valores superiores a 0,400, do inventário do envolvimento do pai na gravidez.

| Item | Componentes | |
|-------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| | Participação | Acompanhamento |
| 1 – Acompanhar as consultas de vigilância da gravidez | | ,942 |
| 2 – Acompanhar a realização das ecografias | | ,940 |
| 3 – Sentir os movimentos do bebé | ,600 | |
| 4 – Participar na preparação do quarto do bebé | ,871 | |
| 5 – Participar na preparação do enoval do bebé | ,907 | |

Os resultados encontrados com este inventário indicam a existência de duas dimensões no envolvimento do pai na gravidez (participação e acompanhamento), com valores elevados.

Inventário de envolvimento do pai no trabalho de parto

Este inventário foi inicialmente construído com 9 itens os quais manteve após o tratamento dos dados. Pelo quadro 3 podem verificar os valores da correlação de cada item com o total do inventário bem como o valor do Alpha Cronbach's se algum item fosse eliminado. No global obteve um Alpha Cronbach's de 0,791.

Quadro 3 – Correlação dos itens do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto.

| Item | Correlação item com o total | Alpha Cronbach's se item eliminado |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1 – Realizar massagens à grávida | ,515 | ,732 |
| 2 – Ajudar no posicionamento da grávida | ,548 | ,726 |
| 3 – Incentivar a concentração e respiração da grávida | ,541 | ,727 |
| 4 – Acariciar e dar mimo | ,533 | ,737 |
| 5 – Segurar a mão da grávida | ,326 | ,759 |
| 6 – Prestar apoio emocional | ,477 | ,753 |
| 7 – Incentivar a grávida | ,412 | ,750 |
| 8 – Colaborar em medidas de conforto e bem-estar | ,415 | ,758 |
| 9 – Dialogar/distrair a grávida | ,469 | ,740 |

Alpha Cronbach's = 0,791

Procurámos saber quais as dimensões existentes neste inventário, pelo que procedemos à determinação factorial com rotação Varimax, apresentando-se os resultados no quadro 4.

Quadro 4 – Determinação factorial com rotação Varimax para valores superiores a 0,400, do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto.

| Item | Componentes | | |
|-------------------------------------------------------|-------------|------------|----------|
| | Física | Interacção | Afectiva |
| 1 – Realizar massagens à grávida | ,828 | | |
| 2 – Ajudar no posicionamento da grávida | ,810 | | |
| 3 – Incentivar a concentração e respiração da grávida | ,515 | | ,403 |
| 4 – Acariciar e dar mimo | | | ,690 |
| 5 – Segurar a mão da grávida | | | ,796 |
| 6 – Prestar apoio emocional | | ,575 | ,506 |
| 7 – Incentivar a grávida | | ,912 | |
| 8 – Colaborar em medidas de conforto e bem-estar | ,425 | | ,434 |
| 9 – Dialogar/distrair a grávida | | ,769 | |

Pelo quadro 4 verificamos a existência de 3 dimensões (Física – item 1, 2 e 3; Interacção – item 6, 7 e 9; afectiva – item 4,5 e 8).

Embora o item 6 (Prestar apoio emocional) apresente valores próximos nas dimensões interacção e afectiva e o item 8 (Colaborar em medidas de conforto e bem-estar) nas dimensões física e afectiva, consideramos aceitar a constituição destas dimensões atendendo aos valores mais elevados encontrados e pela coerência encontrada entre os itens de cada dimensão.

De facto o apoio emocional implica uma interacção e embora neste contexto (pai-mãe) possa também ser percebida como uma medida de afecto, ela enquadra-se com as incentivo e diálogo, na dimensão interacção. Do mesmo modo as medidas de conforto podem ser consideradas um aspecto meramente físico, contudo neste contexto (pai-mãe) é percebido a par do acariciar e dar mimos na dimensão afectiva e não tanto instrumental (física).

Os resultados encontrados poderão servir como referência para outros estudos que complementem os achados neste estudo, ou mesmo os refutem. Na certeza de que este contributo será antes de mais um ponto de partida já que o conhecimento está permanentemente em (re)construção, embora estejamos conscientes que estes resultados carecem da validação, através da utilização destes instrumentos noutros estudos, eventualmente com uma amostra maior.

CONCLUSÃO

Apesar de não ter sido possível realizar a confrontação de resultados devido ao desconhecimento de estudos com instrumentos semelhantes, o percurso que nos levou à realização do inventário de envolvimento do pai na gravidez e o do envolvimento do pai no trabalho de parto, foi gratificante pelos resultados encontrados.

O envolvimento do pai é sempre um conceito complexo e por isso difícil de operacionalizar. Neste sentido procurou-se identificar os indicadores quer na literatura como através de entrevistas a profissionais da área e a pais, no sentido de encontrar um conjunto de itens capaz de operacionalizar esta variável. Como o envolvimento é diferente consoante os con-

textos considerou-se constituir dois inventários: um relativo à gravidez e outro relativo ao trabalho de parto.

No inventário de envolvimento do pai na gravidez o item inicial "Acompanhar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade", não obteve uma correlação suficientemente significativa com os demais itens, o que nos leva a sugerir que este seja um aspecto que deva ser avaliado em separado e que, pelos resultados encontrados, não deva ser incluído nos aspectos relativos ao envolvimento da gravidez, motivo pelo qual foi retirado do estudo. Este inventário é constituído por 5 itens, com um valor de Alpha Cronbach's de 0,698 e a existência de duas dimensões (participação e acompanhamento), os quais são resultados francamente encorajadores para a utilização deste inventário em estudos posteriores.

Relativamente ao inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto, constituído por 9 itens, e com um Alpha Cronbach's de 0,791, no qual foram identificadas 3 dimensões (física, afectiva e interacção), verificamos que se apresenta como um instrumento capaz de fornecer resultados para a prática, quer pelos valores encontrados como na discriminação que se apresenta as 3 dimensões consideradas.

Embora muitas pessoas considerem que existem manuais nem regras rígidas para ser um bom pai, sendo apenas necessário investimento e espontaneidade, de facto considera-se que é importante desde o início e ao longo do desenvolvimento da criança ambos, mãe e pai, estejam presentes e envolvidos, cada um à sua maneira, pois é o trio que oferece melhores oportunidades. Contudo importa ter indicadores que permitam avaliar não apenas o nível de envolvimento mas sobretudo identificar "áreas" em que exista potencial-

mente um menor envolvimento, no sentido de desenvolver estratégias no sentido de apoiar os casais nesta fase da sua vida a qual tem implicações não só no âmbito da saúde do casal e família, mas também do seu filho e dos futuros filhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, M^a Luiza – **Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais.** *Cadernos de Saúde Pública* [em linha]. 19:2 (Jan. 2003). Rio de Janeiro. [Consult. 24 Mar. 2009]. Disponível em: WWW:<URL:www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>. ISSN 0102-311X.
- CORREIA, M^a Jesus; SERENO, Sara – **O lado masculino da gravidez adolescente.** *Sexualidade e Planeamento Familiar.* nº 40/41 (Jan.-Dez. 2005), p. 17-30.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 2004. ISBN 972-0-01119-X.
- MAZZIERI, Sílvia; HOGA, Luiza – **Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura.** *Revista Mineira de Enfermagem* [em linha]. Vol.10, nº.2. (Abr.-Jun. 2006). [Consult. 24 Mar. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://www.portalbusenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1415-276220060002000011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1415-2762.
- MÓS, Luís – **O papel do pai na sala de partos** [em linha]. (2009). [Consult. 24 Mar. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://bebezinho-doalex.blogspot.com/2008/04/o-papel-do-pai-na-sala-de-partos.html>.
- MOTTA, Cibele; CREPALDI, Maria – **O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente.** *Paidéia* [em linha]. Vol.15, nº.30. (Jan.-Abr. 2005). [Consult. 24 Mar. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/30/11.htm>. ISSN 0103-863X.
- POLIT, Denise F. et al – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3^a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RIBEIRO, Helena; LOPES, Laura – **O papel do pai na sala de partos.** *Nursing.* Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 206. Ano 16. (Jan. 2006), p. 25-27.

EDUCAR PARA A SEXUALIDADE RESPONSÁVEL NA ADOLESCÊNCIA

Sónia Cardoso*, António Rodrigues**, Paula Nelas***, João Duarte***

RESUMO

As profundas transformações que ocorrem na adolescência tornam estes jovens particularmente vulneráveis. Assim, considera-se imprescindível investir na sua educação para a saúde, promovendo comportamentos protectores face aos riscos, sobretudo a nível da sexualidade. Em Portugal, os ministérios da Educação e da Saúde assumem em parceria a educação para a saúde em meio escolar.

Neste contexto tornou-se pertinente efectuar uma sessão de educação sexual com o objectivo de identificar os factores que influenciam o nível de afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade, nos adolescen-

tes em estudo, antes e após intervenção formativa, e de verificar a influência da mesma nos níveis de afectividade, crenças e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Assim, realizamos um estudo quantitativo, do tipo investigação-acção. Para tal foi aplicado um questionário antes e após uma sessão de educação sexual nas escolas Viriato e do Viso, em Viseu, tratando-se de uma amostra constituída por 240 adolescentes a frequentar o 9.º ano. O instrumento de colheita de dados inclui uma caracterização da amostra; engloba quatro escalas construídas por nós para avaliar a afectividade, crenças e atitudes, os conhecimentos sobre planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e reprodução e também a escala de satisfação com o suporte Social (RIBEIRO, 1999) e a escala de avaliação da insatisfação corporal em adolescentes (adaptada) de BAILE, GUILLÉN e GARRIDO (2003). Os dados recolhidos foram introduzidos, organizados e tratados informaticamente através do programa SPSS[®] para Microsoft Windows XP, versão 17.0.

* EESMO na MDM.

** EESMO na MBB.

*** Professor IPV – ESS Viseu.

Os estudantes em estudo apresentam uma média de idades de 14.52 anos, revelam falar de sexualidade maioritariamente com os amigos, seguidos da mãe e procuram informação sobre este tema essencialmente em livros e revistas. 18.3% da amostra refere já ter tido relações sexuais. A afectividade, crenças e atitudes, apresentaram níveis mais baixos após a intervenção formativa. Concluímos também, que os conhecimentos sobre planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e reprodução e as actividades sociais, a satisfação com a família e a intimidade são preditores da afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade.

Apesar da importância dos resultados obtidos, fica a necessidade de os aprofundar em estudos posteriores.

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade, Afectividade.

ABSTRACT

The profound changes in adolescence make youth particularly vulnerable. So, it is necessary to promote education for health, encouraging protective behaviours in face of risks, mainly in what concerns sexuality. In Portugal, the Ministry of Education and of Health established a partnership in education for health at schools.

In this context, became relevant conducting a sexual education session, with the objective of identifying the factors that influence the level of affection, beliefs and attitudes towards sexuality, in the adolescents in study, before and after the formative intervention, and verify the influence of the formative intervention on the levels of affection, beliefs and attitudes towards sexuality by the adolescents.

In order to reach these goals, we performed a quantitative study, type of research-action. We used a questionnaire before and after the class about sexual education in the public schools Viriato and Viso, in Viseu. Our sample was composed by 240 adolescents attending the 9th grade. The questionnaire had a section to characterize our sample, and included four scales created by us to evaluate affectivity, beliefs and attitudes, the knowledge about familiar planning, sexually transmitted diseases and reproduction. Moreover, we used a scale of Satisfaction with Social Support (RIBEIRO, 1999) and an adaptation of EEICA (Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes) of BAILE, GUILLÉN and GARRIDO (2003). Data collected was computed using SPSS® software for Microsoft Windows XP, version 17.0.

The adolescent subjects have a mean age of 14.52 years, reveal talk about sexuality mainly with their friends, and then their mother and look for information about this issue essentially in books and magazines. Only 18.3% of our sample reported had already have sex. Affectivity, beliefs and attitudes had lower levels after intervention. We also concluded that knowledge about familiar planning, sexually transmitted diseases and reproduction, and social activities, satisfaction with the family and the intimacy are predictors of affectivity, beliefs and attitudes about sexuality.

Despite the importance of the results, the necessity to go further in future studies remains.

Keywords: Adolescence, sexuality, affectivity.

ENQUADRAMENTO

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes constitui um importante contributo para a sua formação pessoal e social e tem vindo a ganhar protagonismo nos sectores da Educação e da Saúde. A sensibilização para a importância da educação sexual como forma de promover a saúde a nível das escolas tem aumentado de forma significativa (PEREIRA, MORAIS e MATOS 2008).

Esta preocupação em educar para a sexualidade é visível na legislação portuguesa desde 1984. A criação de estratégias concretas e o estabelecimento de parcerias, nomeadamente com a criação de um grupo de trabalho para a educação sexual em 2005 e o protocolo de parceria estabelecido

entre ministério da saúde e ministério da educação em 2006, constituíram aspectos cruciais na implementação da educação sexual. Com o referido protocolo o Ministério da Saúde compromete-se a dinamizar nos serviços de saúde a execução do Programa Nacional de Saúde Escolar nomeadamente através da promoção do reforço dos factores de protecção a nível da saúde mental, oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar.

Segundo a definição de sexualidade da OMS, citada anteriormente por VAZ, VILAR e CARDOSO (1996), esta constitui uma energia que nos leva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade. Esta descrição demonstra de forma clara a importância da afectividade e do desenvolvimento desta dimensão do adolescente. De acordo com o despacho normativo n.º 25 995/2005 a Educação Sexual não se restringe à informação sobre fecundidade, reprodução e comportamentos de risco, englobando também valores e atitudes que estão presentes na vida psico-afectiva dos alunos. Os jovens devem assim, ser incentivados a procurar nestes comportamentos a vivência de uma sexualidade responsável, com respeito pelo outro enquanto pessoa com ideologias e valores que poderão ser diferentes dos seus.

É necessário criar condições que facilitem aos jovens a compreensão da dimensão afectiva da sexualidade no que diz respeito a emoções, sentimentos e decisões, contribuindo para diminuir a incidência de alguns problemas como a gravidez não planeada e as doenças sexualmente transmissíveis. Na educação sexual a nível do 3.º ciclo, o desenvolvimento de competências sociais e pessoais e a protecção da saúde e face ao risco surgem como algumas das prioridades.

Educar para a sexualidade diz respeito não só à formação de crenças e atitudes mas também à transmissão de conhecimentos que permitam aos jovens optarem por comportamentos seguros (GRUPO DE TRABALHO PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL, 2005). Em consonância com o referido torna-se necessário verificar os conhecimentos dos jovens relativamente ao planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e reprodução, esclarecendo dúvidas e informando-os de forma a possuírem uma base sólida que lhes permita discernir e optar por comportamentos saudáveis, protegendo-os dos riscos.

As primeiras experiências afectivo-sexuais são vividas no seio da família, sendo esta o primeiro agente de educação sexual (SPRINTHALL E COLLINS, 2008). Um ambiente de respeito e apoio firme por parte pais desde a infância, possibilitará a tranquilidade e segurança necessárias para no futuro ocorrer uma saudável saída de casa (SAMPAIO, 2006). Embora outros agentes sociais como os amigos e os meios de comunicação social também exerçam a sua influência é na família que surgem as oportunidades mais intensas de ensaiar papéis sexuais e aprender as primeiras noções de masculinidade e feminilidade (SPRINTHALL E COLLINS, 2008).

Apesar da importância indubitável da família, faz parte do desenvolvimento do adolescente a aquisição de autonomia

em relação a esta. Para este processo contribui a aproximação ao grupo de pares que irá possibilitar ao adolescente estabelecer relações num ambiente de cumplicidade, partilha e apoio psicológico (ANTUNES, 2007). Apesar de contribuírem para um desenvolvimento saudável e para a aquisição de maturidade, o grupo de pares pode estar implicado na adesão a uma variedade de comportamentos de risco (DIAS, MATOS E GONÇALVES, 2007). Este aspecto ressalta mais uma vez a importância dos adolescentes estarem informados e preparados através da aquisição de competências e conhecimentos desenvolvidos através de programas de intervenção formativa no âmbito da sexualidade.

A participação na vida social/ comunitária e a construção de expectativas positivas face ao futuro constituem questões relevantes a nível da educação sexual no 3.º ciclo (GRUPO DE TRABALHO PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL, 2005). É necessário incentivar estas práticas como factor de protecção, contribuindo para um desenvolvimento e maturação saudáveis.

Os adolescentes confrontam-se diariamente com um corpo em transformação que provoca sensações de satisfação ou insatisfação. O crescimento repentino que ocorre nesta fase provoca uma diminuição da segurança num corpo que se torna menos familiar. Este facto faz com que os jovens procurem esconder-se ou chamar a atenção para eles mesmos. Os adolescentes comparam-se com os colegas e estabelecem padrões de normalidade com base nestas observações. Qualquer desvio em relação à média do grupo é ameaçador para a sua auto-imagem. É diante de um espelho que ocorre grande parte da procura de identidade por parte do adolescente. Eles observam as suas características e semelhanças com outras pessoas, ensaiam posturas, expressões e comportamentos (WHALEY e WONG, 1999). Desta forma torna-se importante clarificar os adolescentes quanto às transformações físicas da adolescência e desmitificar padrões de normalidade erroneamente estabelecidos. Neste sentido é necessário avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal de forma a informar os jovens de acordo com as necessidades identificadas.

Em consonância com o presente quadro legislativo, as nossas competências enquanto enfermeiros, as necessidades identificadas nos adolescentes e os nossos interesses pessoais, torna-se importante efectuar o presente estudo sobre "Sexualidade Responsável em Adolescentes". É necessário conhecer as características sexuais, sócio-demográficas, sócio-familiares e religiosas da nossa amostra para poder avaliar com maior clareza a afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade; os conhecimentos sobre planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e reprodução; a satisfação com o suporte social e a insatisfação corporal.

METODOLOGIA

Com este estudo não recolhemos apenas dados da população mas intervimos junto desta através de uma sessão de educação para a sexualidade sobre afectividade/sexualidade, planeamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis.

Com o propósito de efectuar o projecto de intervenção em função do problema identificado e com vista a facilitar a identificação do que se deseja pesquisar, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Quais os factores que influenciam a afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade, antes e após a intervenção formativa, nos adolescentes do 9º ano de escolaridade das Escolas, E. B. 2/3 do Viso e Viriato do concelho de Viseu?
- Qual a influência da intervenção formativa sobre a afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade dos adolescentes do 9º ano de escolaridade das Escolas, E. B. 2/3 do Viso e Viriato do concelho de Viseu?

Com a finalidade de responder a estas questões delinear-se os seguintes objectivos:

- Identificar factores que influenciam o nível de afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade, nos adolescentes em estudo, antes e após a intervenção formativa;
- Verificar a influência da intervenção formativa nos níveis de afectividade, crenças e atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

No sentido de concretizar os nossos objectivos, desenvolvemos um estudo quantitativo, do tipo investigação-acção inserido numa investigação de maior amplitude no âmbito da sexualidade responsável. A nossa amostra é não probabilística por conveniência. Utilizamos como instrumento de colheita de dados um questionário que inclui uma caracterização sócio-demográfica, sócio-familiar, sexual e religiosa da amostra, quatro escalas por nós construídas para o efeito, abordando a afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade; os conhecimentos sobre planeamento familiar; os conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e os conhecimentos sobre reprodução. Para além destas quatro escalas, o questionário contém mais duas construídas por outros autores: a escala da Satisfação com o Suporte Social (RIBEIRO, 1999) e a EEICA (*Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes*), adaptada de BAILE, GUILLÉN e GARRIDO (2003). O nosso questionário foi aplicado a 240 adolescentes que frequentavam o 9.º ano nas escolas E. B. 2 e 3 do Viso e Viriato em Viseu no mês de Novembro de 2008. Utilizamos o mesmo grupo em dois momentos distintos: antes da intervenção formativa sobre "Afectividade/sexualidade, planeamento familiar e DST" e após a mesma.

O nosso estudo inclui uma pré-validação da escala "afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade", sendo a sua validação final efectuada no âmbito da investigação em "Sexualidade Responsável em Adolescentes" da ESS de Viseu. Para este efeito efectuamos uma revisão bibliográfica e construímos uma escala ordinal, tipo Likert, com 47 afirmações com cinco possibilidades de resposta cuja pontuação varia entre 1 e 5. Esta foi analisada por um grupo de 5 Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. Posteriormente avaliamos a sua consistência Interna e efectuamos também o estudo da validade. Através de uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax ob-

tivemos 5 factores com raízes lactentes superiores a 1, reduzidos para 3 após confronto com o quadro conceptual existente. Obtivemos assim 3 dimensões para a nossa escala: a afectividade, as crenças e as atitudes.

As variáveis dependentes da nossa investigação são a afectividade, as crenças e as atitudes antes e após a intervenção formativa. As variáveis independentes são os conhecimentos sobre planeamento familiar, conhecimentos sobre DST, conhecimentos sobre reprodução, satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família, actividades sociais, satisfação com o suporte social, insatisfação corporal e idade, antes e após a intervenção formativa.

De acordo com os objectivos definidos elaboramos as seguintes hipóteses:

H1 – Os níveis de afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade aumentaram após a intervenção formativa.

H2 – O nível de conhecimentos sobre planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e reprodução; a satisfação com os amigos, com a família, a intimidade, as actividades sociais e o suporte social; a insatisfação corporal e a idade são preditores da afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade, antes e após a intervenção formativa.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

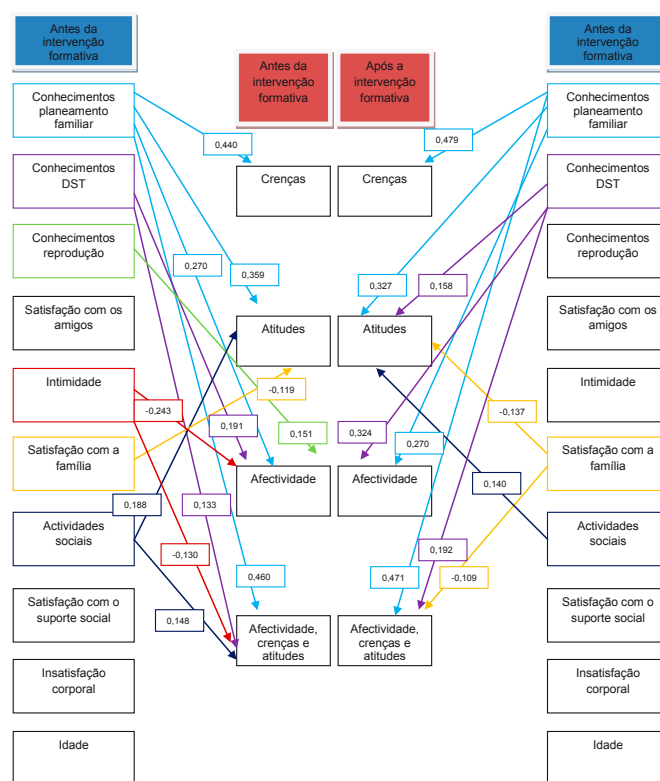
Efectuamos uma breve caracterização da amostra no que respeita aos aspectos sócio-demográficos, sócio-familiares, sexuais e religiosos. Assim, verificamos que a média de idades dos adolescentes em estudo situa-se nos 14.52 anos; 94.2% vive com os pais; a maioria dos pais pertence ao pessoal dos serviços e vendedores (36.4% no caso dos pais e 29.7% para as mães) e possui como habilitações literárias o 4º ano ou antiga 4ª classe (25.1% no caso dos pais e 22.9% para as mães que apresentam em igual percentagem o 6.º ano ou ciclo preparatório); a maioria dos adolescentes pertence à religião católica. Os estudantes em estudo revelam falar de sexualidade maioritariamente com os amigos (91.3%), seguidos da mãe (42.5%), os profissionais de saúde surgem apenas em último lugar (11.3%); no que concerne às fontes de informação sobre sexualidade, predominam os livros/revistas (63.3%), seguidos pela internet (55.0%) e pela televisão (47.9%); 18,3% dos adolescentes em estudo referem já terem tido relações sexuais, desta percentagem, 43.2% iniciaram a sua actividade sexual entre os 15 e os 16 anos.

Através do test-T de Student verificamos que o valor t foi positivo em todas as variáveis dependentes, o que nos indica que os níveis de afectividade ($t=1.230$), crenças ($t=2.766$), atitudes ($t=3.365$) e afectividade, crenças e atitudes (total) ($t=3.504$) pioraram após a intervenção formativa. Ao mesmo tempo, verificamos que os resultados são estatisticamente significativos para todas as dimensões, à excepção da afectividade ($p=0.220$).

Observamos que as correlações apresentadas antes e após a intervenção formativa são elevadas e positivas o que é o mesmo que dizer que estas são directamente proporcionais. Ou seja, este resultado sugere que os adolescentes que tiveram resultados elevados no primeiro momento apresentaram o mesmo desempenho no segundo momento e vice-versa.

Através de análises de regressão múltipla verificamos que os conhecimentos sobre planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e reprodução e as actividades sociais, a satisfação com a família e a intimidade são preditores da afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade. As variáveis independentes satisfação com os amigos, satisfação com o suporte social e insatisfação corporal e idade não demonstraram ter carácter preditivo em nenhum dos momentos de avaliação.

Figura 2 – Síntese das relações entre afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade e variáveis independentes



DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados torna-se premente discutir-los à luz da fundamentação teórica confrontando-os com outros estudos.

No que diz respeito à pessoa de referência na sexualidade os nossos resultados estão de acordo com vários autores que referem que os adolescentes recorrem com frequência aos pares a fim de esclarecer as suas dúvidas relativamente à sexualidade (PEREIRA, 2006 citando Sampaio, 1996; CASTEIRO et al., 2007; SPRINTHALL e COLLINS, 2008; VILAR e FERREIRA, 2008). Apesar de se apresentarem em segundo lugar,

as mães surgem com uma percentagem significativa principalmente no que diz respeito às raparigas. Estas recorrem à figura materna como referência no âmbito da sexualidade. NODIM (2001) refere que as raparigas recebem mais informação através da mãe que os rapazes pois têm mais proximidade entre elas devido à partilha de vivências comuns. Com apenas 11.3% surgem os profissionais de saúde. Esta informação está de acordo com VILAR e FERREIRA (2008) e SANTOS, PAÚL e AMADO (2006). Torna-se deste modo premente reflectir sobre estes resultados, no sentido de modificar as nossas práticas. Pensamos que a dificuldade de acesso aos cuidados de enfermagem devido a burocracias e filas de espera, a falta de tempo dos profissionais pressentida pelos utentes, o ambiente pouco acolhedor e familiar das instituições de saúde, poderão ser alguns dos motivos que estão na base destas baixas percentagens.

Relativamente às fontes de informação os nossos resultados estão em concordância com os apresentados por GUIMARÃES, VIEIRA e PALMEIRA (2003); NOGUEIRA, ALVES e LOBO (2007).

No que diz respeito ao início da actividade sexual, resultados idênticos foram encontrados por MATOS et al. (2006), estes indicam que são os rapazes que afirmam mais frequentemente já ter tido relações sexuais e relativamente à idade, 63.7% referem ter iniciado a actividade sexual aos 14 anos ou mais. VILAR e FERREIRA (2008) especificam que a idade modal de início das relações sexuais é 14 anos nos rapazes e 15 anos nas raparigas.

Relativamente ao efeito da intervenção formativa sobre os níveis de afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade, o presente estudo permitiu concluir que este não foi o esperado. Verificamos que os nossos resultados estão em contradição com estudos de diversos autores como SOUSA (2003); FERNÁNDEZ et al. (2006) e FERNANDEZ et al. (2007).

Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de alguns estudantes considerarem extenso e maçador (aspectos verbalizados pelos alunos) o questionário aplicado. Isto terá desencadeado alguns problemas de motivação e concentração no momento da resposta, principalmente no 2º momento de avaliação. Outra justificação possível poderá ser o facto de a formação ter libertado os adolescentes de alguns estereótipos sociais que os poderiam condicionar a responder de forma considerada convencional no 1º momento de avaliação. Este aspecto poderá ter emergido no 2º momento através da expressão das suas opiniões de forma mais livre e sincera.

No que diz respeito às variáveis preditoras da afectividade, crenças e atitudes (nível total) face à sexualidade podemos concluir que os conhecimentos sobre planeamento familiar são a variável independente preditora de todas as nossas variáveis dependentes antes e após a intervenção formativa. Este facto poderá ser justificado pela importância atribuída ao planeamento familiar durante a sessão de educação para a saúde efectuada. Assim, podemos considerar este resultado como positivo partindo do princípio que os adolescen-

tes melhoraram os seus conhecimentos sobre o tema. Outro factor que poderá explicar este resultado prende-se com o facto do MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2000), p. 79, preconizar para o 2.º e 3.º ciclo do ensino básico o desenvolvimento de competências para “ (...) adoptar comportamentos informados em matérias como a contracepção e a prevenção de DST (...)”, daí que estes temas possam estar bem sedimentados, de forma a influenciar a afectividade, crenças e atitudes dos adolescentes.

As variáveis independentes satisfação com os amigos, satisfação com o suporte social, insatisfação corporal e idade não demonstraram ter carácter preditivo em nenhum dos momentos de avaliação. Estes resultados levam-nos a concluir que apesar de os amigos serem a figura de referência na sexualidade, e segundo NELAS (2004) citando Cauce (1986), constituiriam os elementos com maior poder dentro da rede social do adolescente, de acordo com o nosso estudo, estes influenciam pouco a afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade. Tal facto parece-nos contraditório em relação ao que referem os autores, mas os resultados indicam que outras variáveis têm um poder preditivo superior a esta. Apesar da satisfação com o suporte social não ser uma variável preditora das nossas variáveis dependentes, o mesmo não acontece com as suas dimensões satisfação com a família e intimidade. Ou seja, podemos considerar que apesar desse resultado, o suporte social afecta parcialmente a afectividade, crenças e atitudes. Relativamente à insatisfação corporal concluímos que esta não afecta de modo significativo as variáveis dependentes. SPINTHALL e COLLINS (2008) referem que a preocupação do adolescente com a imagem corporal ocorre de forma mais acentuada nos primeiros anos da adolescência que corresponde a uma fase de grandes transformações físicas. Os jovens da nossa amostra encontram-se nos anos intermédios da adolescência o que poderá justificar o facto de esta não assumir valor preditivo em relação às variáveis dependentes.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Consideramos ter concretizado os objectivos pré-definidos para este estudo. Verificamos que os estudantes em estudo apresentam uma média de idades de 14.52 anos, revelam falar de sexualidade maioritariamente com os amigos, seguidos da mãe e procuram informação sobre este tema essencialmente em livros e revistas. 18.3% da amostra refere já ter tido relações sexuais. Os resultados obtidos permitem-nos concluir que apesar do efeito inesperado da intervenção formativa sobre afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade, é de realçar uma valorização dos conhecimentos sobre planeamento familiar e sobre doenças sexualmente transmissíveis. Este estudo permitiu identificar os conhecimentos sobre planeamento familiar, DST e reprodução e as actividades sociais, a satisfação com a família e a intimidade como preditores da afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade.

No sentido de futuramente obter resultados mais satis-

fatórios, sugerimos a utilização de um questionário menos extenso (será possível pois a validação da escala da afectividade, crenças e atitudes face à sexualidade reduziu-a de 47 para 18 itens de resposta) e a realização de sessões de educação para a sexualidade de forma mais regular, permitindo um melhor conhecimento e interacção entre formador e estudantes. Acreditamos que esta atitude poderá aumentar a motivação dos alunos levando a respostas mais sinceras e conscientes. Por outro lado, e preocupados em aumentar a

percentagem de adolescentes que recorrem aos profissionais de saúde como pessoa de referência na sexualidade, sugerimos uma colaboração mais participativa a nível da saúde escolar, com a criação de gabinetes próprios cuja função passe pela educação sexual;

A realização deste estudo permitiu-nos um melhor conhecimento das necessidades da nossa amostra e a consciencialização de que ainda teremos um longo percurso a desenvolver nesta área.

SEXUALIDADE E AMAMENTAÇÃO: QUE IMPLICAÇÕES PARA O CÁSAL?

Cátia Fernandes*, Sara Soares**, Xénia Medeiros***¹

RESUMO

A possibilidade que o casal tem de controlar a sua natalidade é, frequentemente, influenciada pelo facto do nascimento de uma criança acarretar algumas modificações no relacionamento familiar inerentes a um processo de transição (da conjugalidade para a co-parentalidade). Inclui-se nestas modificações a amamentação, a qual consiste num complemento lógico, capaz de satisfazer convenientemente todas as necessidades do novo ser, protegendo-o das agressões do seu novo ambiente. A amamentação interfere, de várias formas, com a sexualidade feminina, influenciando os sentimentos da mulher relativamente a si própria e na relação com o companheiro, pois aquele momento constitui uma ocasião particularmente íntima para o estabelecimento da tríade familiar. Contudo, só actualmente o homem começa a marcar posição nesta área, não só por se encontrar mais presente na prestação de cuidados ao recém-nascido, como também por ponderar, mais directamente, as dificuldades que como casal podem sentir, em particular no período da amamentação.

ABSTRACT

The possibility that a couple has to control their fertility is often influenced by the fact that the birth of a child causes some changes in family relationships inherent in a process of transition (from marital to co-parenting). Among these modifications we have breastfeeding, which is a logical complement, able to meet the needs of the new being adequately, protecting it from the aggressions of his new environment. Breastfeeding interferes in many ways with female sexuality, influencing the woman's feelings for herself and the relationship with her partner, because that moment is an occasion particularly close to the establishment of the family triad. However, only now man starts scoring a position in this area, not only because he is more present in the care of the newborn, but also by considering, more directly, the difficulties that the couple can feel, especially during the breastfeeding.

INTRODUÇÃO

Souto (2006) realça a prática da amamentação com a vivência da sexualidade no pós-parto, considerando que a ama-

mentação constitui um acto comportamental, o qual deverá ser aprendido e adquirido. Com efeito, o enfermeiro assume um papel preponderante como educador, orientador e incentivador das práticas correctas do aleitamento materno, inserindo nestas a sexualidade no pós-parto.

Este artigo de revisão sobre a sexualidade humana, especificamente sobre as implicações da amamentação na sexualidade do casal, resultou de uma pesquisa exaustiva, com horizonte temporal de 10 anos, e recorreu a diferentes recursos como bases de dados [*b-on; medline; Google académico; DocBweb; PubMed*], livros, revistas e Internet.

Sobressai a importância que existe na intervenção adequada e antecipada dos enfermeiros, dando respostas às necessidades reais e potenciais dos casais, para que estes possam conciliar o amamentar com uma experiência de sexualidade saudável. Tomar a respectiva consciência implicará, por um lado, um compromisso profissional na adequação da referida resposta aos casais e, por outro, fará emergir uma necessária complementaridade no aumento do conhecimento e de uma maior investigação.

SEXUALIDADE E AMAMENTAÇÃO

A sexualidade é uma necessidade intrínseca a qualquer ser humano, sendo fundamental no seu desenvolvimento individual, já que integra a forma como cada um se relaciona consigo e com os outros (Leitão, 2003). Este desenvolvimento dá-se ao longo de todo o ciclo vital, sendo marcado pelas características genéticas, pelas interacções ambientais e pelas condições socioculturais.

Deste modo, depreende-se que a sexualidade é uma realidade complexa, não podendo ser definida a partir de um único ponto de vista, pois o que hoje sabemos sobre sexualidade é o resultado de múltiplas aproximações realizadas a partir de diferentes ciências (López e Fuertes, 1999). Contudo, citamos o conceito da União Nacional de Apoio ao

* Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados de Tábua e no Lar de Idosos e Centro de Dia de Arganil

** Enfermeira no Bloco Operatório da Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra

*** Enfermeira na Clínica do Bom Jesus de Ponta Delgada, São Miguel, Açores

Equilíbrio Emocional (2007), pois foi aquele que nos pareceu mais abrangente:

*“A sexualidade faz parte da personalidade de cada um, é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. **Sexualidade não é sinónimo de coito (relação sexual)** e não se limita à ocorrência ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É a energia que motiva a encontrar amor, contacto e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções, interacções e, portanto, a saúde física e mental. (...)”*

Além destas ideias, outras podem ser referidas relativamente a este conceito.

A sexualidade não é sinónimo de reprodução, pois, apesar de esta ser uma das suas finalidades, não é a única nem a mais importante, já que o prazer não está necessariamente interligado à reprodução (mulheres em fases do ciclo menstrual não favoráveis à concepção, sentem desejo e têm relações sexuais).

Do mesmo modo, a sexualidade difere entre homens e mulheres, uma vez que os homens enfatizam, essencialmente, a componente genital, enquanto as mulheres encaram a sexualidade numa perspectiva mais contextualizada, afectiva, romanceada e elaborada. Neste sentido, surge muitas vezes a visão repartida entre genitalidade e afectividade, pois uma actividade sexual provida de afectividade apresenta-se mais rica e gratificante, tornando-se a comunicação, a ternura, as carícias, e até mesmo a genitalidade, mais frequentes e intensas, obtendo assim um novo significado (Giddens, 1995; Lòpez e Fuertes, 1999; Leitão, 2003).

O amor adulto encontra-se direccionado para o amor-próprio, íntimo e familiar, caracterizando-se pela existência da plena realização sexual, associada à formação da relação intra-par, procurando-se estabelecer um equilíbrio – nem sempre fácil – entre o desempenho sexual e a preocupação de ter uma carreira profissional positiva e proporcionar um bom acompanhamento e educação aos filhos (quando estes existem).

Nos primeiros anos de vida conjugal, as relações sexuais exercem um papel preponderante na vida do casal. Inicialmente, a paixão é o grande afrodisíaco, contudo, num segundo momento, a inexistência de um jogo sensual constitui para a mulher o desaparecimento do prazer. Assim, frequentemente, à medida que o casamento se desenvolve: aumenta a distância emocional e reduz-se a intimidade conjugal (conduzindo à diminuição da actividade coital e não coital) e estabelecem-se a indiferença e a falta de motivação, o que propicia a redução do desejo sexual. No entanto, se as relações sexuais não correm bem, todo o sistema de relações entre os elementos do casal é afectado. Neste sentido, é importante ter em conta que, enquanto para os homens a satisfação sexual motiva a satisfação conjugal (uma vez que entendem estas relações como independentes das relações de intimidade); para as mulheres, estes conceitos relacionam-se de modo inverso (Leitão, 2003).

Também durante a gravidez podem surgir dificuldades, se os elementos do casal forem muito dependentes um do outro, o que os levará a encarar a criança como um intruso. Pelo contrário, casais mais independentes poderão ver a criança como um elemento que irá fortalecer a coesão do casal (Macy e Falkner *apud* Portelinha, 2003).

No que concerne ao período do pós-parto, se o marido encarar a mulher como mãe, provocar-se-á um afastamento sexual, mas, se, pelo contrário, a encarar como aquela que o brindou com um filho, poderá demonstrar maior atracção por ela (Lana, 2001).

Tendo em conta os referidos pressupostos, facilmente se compreende que o período de gravidez e pós-parto, sendo marcado por inúmeras alterações – biológicas, psicológicas, relacionais e sociais – podem interferir, directa ou indirectamente, na sexualidade do casal, quer numa perspectiva positiva, conduzindo a um aprofundamento da vivência sexual no relacionamento do casal, quer de forma negativa, podendo fazer emergir e/ou intensificar dificuldades sexuais do período gravídico (Figueiredo e Silva, 2005).

A amamentação constitui um sistema complexo que supera o aspecto biológico e engloba valores sociais, culturais, económicos e políticos, sendo preponderante entender cada mulher como um ser que confere diferentes sentidos às experiências e às vivências do seu quotidiano (Silva; Rezende *et al. apud* Moreira, 2008).

Deste modo, o início e a duração da amamentação têm por base uma opção pessoal influenciada por diversos factores, os quais agem sobre a mulher de forma inconsciente e a sua manutenção exige um conhecimento prévio das dificuldades que a esta se poderão apresentar (King *apud* Galvão, 2006).

As dificuldades intrínsecas à sexualidade e à amamentação não são uma realidade meramente actual pois, aquelas, sempre existiram, embora se tenham alterado de acordo com as características de cada sociedade.

Para além disso, leite e esperma foram encarados de diferentes formas, nas diversas sociedades, podendo estas ter uma relação homóloga ou de oposição. Assim, em algumas sociedades havia a ideia de que o leite era produzido através do esperma, sendo que duas crianças amamentadas pela mesma mulher, mesmo não possuindo uma relação de consanguinidade, iriam adquirir a substância paternal, tornando-se seres semelhantes.

Na sociedade Mae-Enga (Nova-Guiné) considerava-se que o leite podia ser contaminado pelo esperma, possuindo leite e esperma uma relação oposta.

Na sociedade Mende imperava a ideia de que o leite, em contacto com o esperma, poderia provocar a morte da criança, uma vez que esta, já tendo contactado com o esperma dentro do útero materno, poderia sofrer um “excesso de identidade”. Neste caso, esperma e leite eram consideradas substâncias homólogas. Nesta sociedade, a saúde da criança era encarada como indicador moral da mãe, ou seja, se a criança ficasse doente (por exemplo, com diarreia e vô-

mitos) confirmar-se-ia que a mulher não tinha cumprido o período de abstinência, não sendo esta situação bem vista aos olhos da sociedade (Bledsoe apud Sandre-Pereira, 2003).

No século XIV, grande parte das crianças da classe média urbana era entregue a amas-de-leite, escolhidas com prudência pelos pais, pois estes acreditavam na hipótese de que as crianças herdavam as características mentais e físicas da pessoa que as amamentava, devendo, por isso, procurar-se amas que não transmitissem características indesejáveis (Abuchaim, 2005).

Já nos séculos XVII e XVIII, a medicina da época entendia que o esperma contaminava o leite materno, tornando-o azedo, colocando a vida da criança em risco. Deste modo, os médicos prescreviam a abstinência sexual durante o período de amamentação, tendo por consequência a contratação de amas-de-leite mercenárias. Esta prática era mais procurada pelas mulheres das classes sociais elevadas, devido aos valores sociais predominantes da época, em que a prioridade era os interesses masculinos (Badinter apud Sandre-Pereira, 2003).

Figes (2001) refere ainda que, noutra falsa concepção, a amamentação foi-se revelando um problema para muitos casais, pois estes abstinham-se de relações sexuais durante o respectivo período, acreditando que a actividade sexual coalhava o leite, recorrendo, assim, as mulheres a amas-de-leite, muitas vezes pressionadas pelos maridos, os quais se encontravam ansiosos por retomar a actividade sexual.

Com a Revolução Industrial, o biberão é integrado como símbolo de libertação, sendo as mulheres que amamentavam consideradas retrógradas, tornando-se o seio o atractivo mais sexual da mulher e, por conseguinte, propriedade do marido (Silva e Araújo apud Abrão, Barros e Vieira, 2000).

Fine apud Sandre-Pereira (2003) refere ainda que, na primeira metade do século XX, mulheres e médicos consideravam que o leite materno, em consequência do aquecimento do corpo feminino, poderia tornar-se um leite "ruim", o que provocaria a morte da criança. Com efeito, uma das situações que poderia prejudicar o leite materno era a mulher vivenciar paixões eróticas, uma vez que estas "aquecem o sangue", o que obrigava a mulher a não amamentar o bebé logo após a relação sexual, pois era necessário esperar que o sangue e, consequentemente, o leite arrefecessem.

Pode-se, assim, concluir que a vida conjugal seria, marcadamente, alterada perante cuidados e preocupações como os supracitados.

De acordo com a OMS e a UNICEF (1995), a amamentação oferece à criança o melhor início para a vida, uma vez que o leite materno, para além das suas propriedades nutricionais, anti-infecciosas e imunológicas, é indispensável para fomentar uma boa relação mãe-filho. Contudo, na prática, nem sempre as coisas são encaradas desta forma, conduzindo à interrupção do período de amamentação.

IMPLICAÇÕES DA AMAMENTAÇÃO NA SEXUALIDADE DO CASAL

No período pós-parto, o casal deve retomar as relações sexuais, apenas, quando se sentir preparado para tal e estiver consciente das dificuldades que poderão surgir, ponderando, assim, nas formas de as ultrapassar, a saber:

- Dupla finalidade das mamas (erótica e nutritiva): esta pode interferir, directamente, com a lactação. Alguns homens, durante o período de amamentação, apresentam rejeição das mamas, chegando, mesmo, a verbalizar que, durante esta fase, estas são do bebé. Outros pais encararam o referido período como um momento de competição com o próprio filho. Outros podem acreditar, ainda, que a mulher, ao estabelecer uma relação estreita com o bebé, alcança mais poder, dependendo, por isso, menos do cônjuge (Cavelier apud Brito e Oliveira, 2006);
- Divisão simbólica do corpo feminino: *verticalizada* (uma mama para o pai e outra para o bebé) e *horizontal* (parte superior do corpo para o bebé, pelo seu carácter nutritivo e maternal, e parte inferior do corpo, sexual, para o pai) (Sandre-Pereira 2003);
- Diminuição da lubrificação vaginal, devido aos elevados níveis de prolactina que as mulheres apresentam nesta fase, inibindo a produção de estrogénios, o que, consequentemente, resulta numa redução daquela aquando da resposta à estimulação sexual (Hyde; Cunningham apud Figueiredo e Silva, 2005);
- Adaptação a novos papéis (transição da conjugalidade para a (co)parentalidade);
- A mãe desempenha quatro funções (Mulher/Mãe/Esposa/Amante), as quais a obrigam a gerir o seu tempo em função das suas próprias necessidades, das do bebé, das do marido e das da família (Abuchaim, 2005);
- Com a amamentação, a libido feminina apresenta-se diminuída, ainda que a mulher possa experimentar sensações sexuais, durante o acto de amamentar. Estas sensações poderão provocar dois tipos de sentimentos: por um lado, a mulher fica mais estimulada, para a relação sexual após a mamada, e por outro lado, pode entendê-las como um acto incestuoso, sentindo-se culpada, afectando negativamente a sexualidade do casal e a amamentação (Sandre-Pereira 2003; Elis apud Galvão, 2006);
- Devido ao reflexo da ocitocina (presente durante e após o orgasmo) ocorre a saída de leite, espontaneamente, durante a relação sexual. Este facto pode inibir o casal, pois o leite relembra-o de que a mulher é mãe e ambos, ou pelo menos um dos parceiros, poderão sentir-se constrangidos (Brito e Oliveira, 2006 citando Maldonado; Hentschel; Conceição).

Por tudo isto, é fulcral a presença e a participação do pai, durante o acto de amamentação, para o estabelecimento da tríade familiar!

A INVESTIGAÇÃO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Após revisão sistemática de todos os estudos encontrados, seleccionámos alguns, os quais incidem num horizonte temporal da última década. Os resultados dos referidos estudos apresentam-se, seguidamente, por itens e agrupados por temáticas.

- No que diz respeito ao tempo previsto para o reinício da actividade coital, Rowland *et al.* (2005), Connolly, Pabel e Thorp (2005) e Egbuonu *et al.* (2005) referem que o tempo previsto é de 5 a 8 semanas. Abubakar *et al.* (2006) mencionam que, noutros casos, é de 6 a 11 semanas. Porém, Sydow *apud* Figueiredo e Silva (2005) invoca que para 9 a 17% dos casais o reinício das relações coitais ocorreu antes das 6 semanas de puerpério.

Deste modo, podemos concluir que o reinício das relações coitais ocorre entre a 5.^a e a 11.^a semana do período pós-parto. Figs (2001) sublinha que as relações sexuais deverão existir quando o casal se sentir preparado para tal, não devendo existir pressão por nenhuma das partes.

No decorrer da nossa prática clínica, mulheres múltiplas referiram que iniciaram a actividade coital durante o período supracitado, tendo uma delas revelado que no puerpério imediato (enquanto amamentava) já sentia desejo sexual.

- Relativamente às dificuldades sentidas pelos casais no período pós-parto, durante o período de amamentação, Sydow *apud* Figueiredo e Silva (2005) refere que apenas 12 a 14% dos casais não experienciaram qualquer dificuldade; Rowland *et al.* (2005) afirmam que 43% dos casais sentiram dificuldades, mas, apenas, 15% destes, procuraram ajuda junto dos profissionais de saúde. O motivo invocado pelos casais (18,8%), para o adiamento do reinício da relação coital, foi o receio de dispareunia. Neste sentido, Avery, Duckett e Frantzich (2000) mencionam a lubrificação vaginal como um problema para 55,1% das mulheres, assim como Connolly, Pabel e Thorp (2005) realçam que 30% das mulheres relatam sinais de dispareunia às 12 semanas após o parto, sendo para 4% daquelas, uma situação que impossibilita a existência de relações sexuais.

Durante a nossa prática clínica, a maioria das múltiplas confirmou os resultados acima apresentados.

- No que concerne à relação entre a amamentação e o reinício da actividade sexual, Rowland *et al.* (2005) referem existir uma forte ligação. Sydow *apud* Figueiredo e Silva (2005) evidencia que 16% das puérperas que não amamentavam e 36% das que amamentam sofrem dor no acto sexual, o que comprova o facto de haver uma maior probabilidade de sofrer dispareunia no período de amamentação. Connolly, Pabel e Thorp (2005) comprovam os respectivos dados quando referem que o aleitamento materno se encontra associado a dispareunia num período de 3 a 6 meses. Avery, Duckett e Frantzich (2000) enfatizam que 74,6% das mulheres não encaravam a

amamentação como dificuldade na sexualidade, ainda que 45,3% referissem existir interferência, fundamentalmente, relacionada com a dupla finalidade das mamas. 81,6% dos companheiros demonstravam uma atitude positiva face à sexualidade e à amamentação.

Durante a nossa prática clínica, as puérperas referiram que, durante o período de amamentação, a principal dificuldade era menor lubrificação da vagina e consequente dispareunia.

- Quanto ao apoio prestado às puérperas, durante o período de amamentação, Alvarado *et al.* (2006) mencionam que 92% dos participantes invocaram bastante vontade em apoiar as suas companheiras, no processo de amamentação exclusiva até ao 6.º mês de idade. O mesmo autor refere que uma mulher, muito provavelmente, não irá dar continuidade à amamentação, se o seu companheiro não estiver de acordo.

No decorrer da prestação de cuidados, os pais apresentaram duas posturas: ou se afastavam do processo de amamentação, deixando essa função, exclusivamente, para a mãe, ou participavam activamente, no processo, demonstrando-se receptivos aos ensinamentos, motivando, ainda, as companheiras a amamentarem, ajudando-as a ultrapassar as dificuldades que surgiam.

- No que se refere à utilização de contraceção durante a amamentação, Egbuonu *et al.* (2005) (estudo realizado na Nigéria – África) afirmam que, 1/3 das mulheres, já com o período menstrual regular e com uma vida sexual activa, ainda dependia da amamentação como contraceptivo. Rowland *et al.* (2005) (estudo realizado no Canadá – América do Norte) mencionam, por seu turno, que, de 66,5% das mulheres que amamentavam e que já tinham iniciado a sua vida sexual, 64,9% mulheres utilizavam, principalmente, o preservativo. Contudo, Abubakar *et al.* (2006) (estudo realizado na Nigéria – África) referem que, apenas 4% das mulheres afirmaram utilizar contraceção antes do reinício das relações sexuais, sendo a recusa do marido o motivo mais frequente.

Tendo em conta os dados apresentados, e considerando o facto de os estudos terem sido realizados em países distintos, não é possível retirar conclusões relativamente a este aspecto.

Na nossa prática clínica, era sempre prescrito às puérperas um contraceptivo oral e quando este não era possível, por algum motivo, aconselhava-se aos casais, a utilização de outro método contraceptivo, na sua maioria, o preservativo.

- No que diz respeito à relação existente entre a paridade e a amamentação, Rowland *et al.* (2005) concluíram que as mulheres, com maior paridade, se encontravam mais motivadas para amamentar.

Durante a experiência prática, constatámos que podem suceder duas situações: por um lado, as múltiplas podem encontrar-se mais confiantes na amamentação, o que se traduz numa mais-valia para as mesmas, bem como para a relação conjugal; por outro, se estas tivessem vivido uma má

experiência de amamentação anterior, este factor iria actuar negativamente em todo o processo, levando ao abandono desta prática.

– Relativamente à excitação sexual, Rowland *et al.* (2005) sublinham que 2/3 das mulheres que não amamentaram já tinham retomado a sua vida sexual, sendo que as mulheres que deixaram de amamentar, precocemente, demoraram menos tempo a retomar as relações sexuais. Byrd *et al.* apud Abuchaim (2005) corroboram a ideia anterior ao afirmarem que as mães que amamentam apresentam uma libido mais baixa, logo o interesse e o desejo sexual diminui, o que provoca um aumento no período de abstinência. Avery, Duckett e Frantzich (2000) relataram que, 59,4% das mulheres não vivenciaram excitação sexual, enquanto amamentavam, sendo este facto, também, afirmado por Sydow apud Figueiredo e Silva (2005) quando refere que apenas 20% das mulheres alcançaram o orgasmo na sua primeira relação sexual pós-parto. A respectiva situação também é comprovada por Connolly, Pabel e Thorp (2005). A confirmar o mesmo facto encontramos, ainda, Sydow apud Figueiredo e Silva (2005) que refere que o tempo médio para atingir o orgasmo é de cerca de 7 semanas após o parto.

No decurso da nossa prática clínica, muitas foram as puérperas que nos confidenciaram receio em retomar as relações sexuais, por medo de sentirem desconforto/dor aquando as mesmas.

– No que concerne à saída de leite durante o acto sexual, Avery, Duckett e Frantzich (2000) verificaram que para 47,5% das mulheres a saída de leite, durante a relação sexual, era entendida como “desesperante”.

Em suma, não existe uma data imposta para o reinício das relações sexuais no puerpério, devendo o casal retomar as mesmas, apenas, quando se sentir preparado para tal.

A maior parte das puérperas/casais sentem dificuldades em iniciar, novamente, a vida sexual no período pós-parto, principalmente devido à falta de informação sobre o modo como devem encarar esta fase singular e, por vergonha ou por desconhecimento, não procuram ajuda.

Amamentação e sexualidade são dois conceitos, intrinsecamente, relacionados no período pós-parto, quer positiva, quer negativamente.

CONCLUSÃO

Citando a OMS e UNICEF (1995, p. 35) “as práticas adoptadas nos serviços de saúde podem ter um efeito importante sobre a amamentação. Práticas desfavoráveis interferem com a amamentação e contribuem para a disseminação do aleitamento artificial.”

Assim, aos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, cabe auxiliar os casais, observando-os, introspectivamente, e escutando-os, de uma forma empática, para que, deste modo, possam ser ajudados não só ao nível dos seus sentimentos e dos seus desejos, como também ao nível das

suas reacções e manifestações perante a sexualidade, durante o período de lactação.

Dar resposta às suas necessidades reais, no momento adequado de adaptação à sua nova condição parental, criar uma oportunidade àqueles, para se reorganizarem relativamente à sua intimidade e conjugalidade.

BIBLIOGRAFIA

- ABRÃO, Ana C.; BARROS, Sonia M.; VIEIRA, Erika de S. – **Sexualidade e Amamentação: Influências Históricas e Culturais**. *Acta Paul Enf*. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol. 13 (2), número especial (2000), p. 198-200.
- ABUBAKAR, I. S. [et al.] – **Postpartum beliefs and practices in Danbare village, Northern Nigeria**. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Lahore. ISSN 1364-6893. Vol. 26, n.º 3 (Abril 2006), p. 211-215.
- ABUCHAIM, Erika de S. V. – **Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: dividindo-se entre ser mãe e ser mulher**. São Paulo. [s.n.], 2005. 191 p.
- ALVARADO [et al.] – **Exploratory study: breastfeeding knowledge, attitudes towards sexuality and breastfeeding, and disposition towards supporting breastfeeding in future Puerto Rican male parents**. *PRHSJ*: Puerto Rico, (2006) Vol. 25, n.º 4, p. 337-341.
- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE – **“Protocol for determining fertility while breastfeeding and not in cycles”**. *Fertility and Sterility*. Missouri. ISSN 0015-0282. Vol.84, N.º 3 (September 2005), p. 805-807.
- AVERY, M.; DUCKETT, L.; FRANTZICH, C. – **The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women**. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Silver Spring. ISSN: 1526-9523. Vol. 45, N.º 3 (May/June 2000), p. 227 – 237.
- BRITO, Rosineide S.; OLIVEIRA, Eteniger M. – **Aleitamento Materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Vol. 27, n.º 2 (Junho 2006), p. 193-202.
- CONNOLLY, AnnaMarie; PABEL, Laurie; THORP, John – **Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study**. *International Urogynecology Journal*. London. ISSN 0937-3462. N.º 16 (Abril 2005), p. 263 – 267.
- EGBUONU, I. [et al.] – **Breast-feeding, return of menses, sexual activity and contraceptive practices among mothers in the first six months of lactation in Onitsha, South Eastern Nigeria**. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Nigéria. ISSN: 1364-6893. N.º 25 (2) (July 2005), p. 500 – 503.
- FIGES, Kate – **A Mulher e a Maternidade**. Presença: Lisboa, 2001. 282 p. ISBN: 972-23-2730-9.
- FIGUEIREDO, Bárbara; SILVA, Ana I. – **Sexualidade na Gravidez e após o Parto**. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol. 25, n.º 3 (2005), p. 1 – 34.
- GALVÃO, Dulce M. – **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes**. Lusociência: Loures, 2006. 199 p. ISBN: 972-8930-11-9.
- GIDDENS, Anthony – **Transformações da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. Celta Editora: Oeiras, 1995. 148 p. ISBN 972-80-27-40-0.
- LANA, Adolfo P. – **O Livro de Estímulo à Amamentação – uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. 425 p. ISBN 85-7379-351-1.
- LEITÃO, Maria Neto Cruz – **Sexualidade no Feminino – Satisfação e Bem-Estar**. Coimbra. [s.n.], 2003. 115 p.
- LÓPEZ, Félix; FUERTES, Antonio – **Para compreender a sexualidade**. APF: Lisboa, 1999. 208 p. ISBN 972-8291-04-3.
- MOREIRA, Michelle A. – **Os novos significados da amamentação em primíparas que vivenciaram fissuras mamárias, na perspectiva de género**. [em linha] Florianópolis, 25 a 28 de Agosto de 2008. [Consult. 1 Jun, 2009]. Disponível em: <URL:http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST58/Michelle_Araujo_Moreira_58.pdf>.
- OMS e UNICEF – **Aconselhamento em Amamentação: um curso de**

treinamento. Manual do Participante. São Paulo: Instituto de Saúde: ed Nelson Francisco Brandão, 1995.

PORTELINHA, Cândida – **Sexualidade durante a Gravidez.** Coimbra: Quarteto, 2003. 158 p. ISBN 972-8717-76-8.

ROWLAND, M. [et al.] – **Breastfeeding and sexuality immediately post partum.** *Canadian Family Physician.* Canada. ISSN 0008-350X Vol. 5 (October 2005), p. 1367-1373.

SANDRE-PEREIRA, Gilza – **Amamentação e sexualidade.** *Estudos Feministas.* Florianópolis. ISSN 0104-026X. Vol. 11 (2), n.º 360 (Julho/Dezembro 2003), p. 467-491.

SANTOS, Líliliana M.; SAPAGE, Catarina F. – **A Amamentação Materna.** *Revista Sinais Vitais.* Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 60 (2005), p. 28-31.

SOUTO, Sandra, P. A. – **Aleitamento materno: a importância da correção da pega no sucesso da amamentação.** *Revista Portuguesa de Enfermagem.* ISSN 0873-1586. Nº 8 (Out. – Nov. – Dez. 2006), p. 15-18.

UNIÃO NACIONAL DE APOIO AO EQUILIBRIO EMOCIONAL (UNAEE) – **Sexualidade Humana.** [Em linha] (2007) [Consult. 10 Abril. 2009]. Disponível em WWW: <URL:http://www.unaee.org.br/site/0703?idioma=portugues>.

Estudo comparativo do auto-conceito na grávida com e sem patologia obstétrica

Carla Sofia Pascoal Silveira * – Manuela Maria da Conceição Ferreira **

RESUMO

O auto-conceito ou a forma como a pessoa se vê a si própria e avalia as suas capacidades, sofre mudanças resultantes das experiências de vida e das diferentes fases do ciclo vital. A gravidez, sendo um momento privilegiado de mudança a todos os níveis, constitui um enorme desafio, que questiona a própria identidade e conceito pessoal da mulher no seu processo de adaptação a uma nova condição e papel. A forma como a grávida vivencia todas as transformações e os acontecimentos significativos decorrentes exigem um enorme esforço de equilíbrio, que nem sempre decorre sem dificuldades. A crise adicional de um diagnóstico de patologia obstétrica resulta num acréscimo de vulnerabilidade, que pode afectar a própria identidade da mulher e a sua saúde emocional.

Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional e analítico, com o objectivo de comparar o auto-conceito da grávida com e sem patologia obstétrica, bem como, a influência de variáveis psicossociais. Utilizou-se para o efeito um questionário destinado à caracterização socio-demográfica da amostra, o Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (1986a), a Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social de Paixão e Oliveira (1996) e a Escala de Avaliação de Emoções de Moura-Ramos, Pedrosa e Canavarró (2005). Foram inquiridas 219 grávidas, das quais 104 têm diagnóstico de patologia obstétrica.

Do estudo conclui-se que não existem diferenças significativas entre o auto-conceito das grávidas com e sem patologia; o suporte social total e a felicidade estão associados positivamente ao auto-conceito, verificando-se uma relação inversa com o suporte prático, o suporte emocional, a culpa e o medo.

Palavras-chave: Auto-conceito, Gravidez, Patologia Obstétrica, Suporte Social, Emoções.

ABSTRACT

The self-concept or the way a person sees herself and assesses self-capabilities, undergoes changes resulting from life experiences and different life cycle phases. Pregnancy, being a privileged time for changing, constitutes a huge challenge, questioning the identity and self-concept of women in the

* EESMO – UHC – Coimbra, Enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

** Professora Coordenadora do IPV – ESSV.

process of adaptation to a new status and role. The way the pregnant experience all the changing and significant arising even-its, requires an immense effort of balance that does not always run smoothly. Additional diagnosis of obstetric pathology brings more crisis and result in increased vulnerability that may affect the woman's identity and her emotional health.

We conducted a quantitative, cross-sectional, descriptive/correlational and analytical study, in order to compare the self-concept pregnant with and without obstetric pathology, as well as the influence of psychosocial variables. Was used for this purpose a questionnaire to characterize socio-demographically the sample, the Vaz Serra's "Self-Concept Clinical Inventory" (1986a), the Paixão and Oliveira's "Instrumental and Expressive Social Support Scale" (1996) and the "Emotional Assessment Scale – Portuguese version" by Moura-Ramos, Pedrosa and Canavarró (2005). 219 pregnant women were surveyed, of whom 104 had obstetric pathology.

The study concluded that there is no significant difference between the self-concept of pregnant women who have obstetric pathology comparing to those who have not; the social support and happiness are positively related to the self-concept, but the inverse occurs when related to the practical support, the emotional support, the guilt and the fear.

Keywords: Self-concept, Pregnancy, Obstetric Pathology, Social Support, Emotions.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período especial "de espera carregado de expectativas (...) que se recorda vida fora" (Leal, 2005, p.10) e por isso, várias têm sido as disciplinas científicas que o têm considerado como um momento privilegiado de intervenção e de promoção da saúde. Não são apenas os cuidados físicos que devem ser assegurados pelos profissionais de saúde, mas também os cuidados psicológicos, vigiando a adaptação da mulher à sua nova condição e ao seu novo papel de grávida e futura mãe, de forma a prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais.

Por se ter esta consciência que os aspectos psicológicos da grávida têm grande importância nesta etapa da sua vida e influenciam todas as outras esferas, numa imbricação de facto-

res, e dada a vulnerabilidade inerente à patologia obstétrica associada, rapidamente se pode compreender o porquê de estudar se o auto-conceito difere nas grávidas com e sem patologia obstétrica associada.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Muitos são os autores que se têm debruçado sobre o auto-conceito, enquanto objecto de estudo das mais diversas áreas do conhecimento. O auto-conceito referindo-se à forma como a pessoa se percebe a si própria e interage com os outros, é uma estrutura psicológica influente na saúde, no bem-estar do indivíduo e no desenrolar da vida quotidiana (Bolander, 1998; Lopes, 2006; Oliveira, 2002; Pete-McGadney, 1995; Gécas, 1982 citado por Silva, 2007 e por Vaz Serra, 1986b).

De uma forma simples pode-se afirmar que o auto-conceito é uma estrutura preditiva de um bom ajustamento ou, pelo contrário, de perturbações emocionais, qualquer que seja a fase do ciclo vital (Vaz Serra et al., 1987).

Numa perspectiva desenvolvimental, o conceito pessoal de cada indivíduo sofre, também, mudanças motivadas por determinadas experiências, pelo ambiente em que vive e ainda, por períodos de transição e de mudanças biológicas e sociais, ao longo do seu ciclo vital (Canavarró, 2001; Meireles & Costa, 2003; Oliveira, 2002; Pedroso, 2001; Pete-McGadney, 1995; Vaz Serra, 1986b).

A transição para a paternidade/maternidade constitui “uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta” e por isso mesmo, um momento de redefinição, por excelência, das estruturas internas e auto-percepções, em torno da identidade materna e das relações com os outros, nomeadamente no que respeita à relação mãe-bebé (Canavarró, 2001; Belsky, 1985, Cohen & Slade, 2000, Dion, 1985, Ruble, 1990 e Smith, 1999 citados por Meireles & Costa, 2003, p. 233; Oliveira, 2002).

Segundo Daly (2003), o auto-conceito tem um papel moderador no bem-estar e no ajustamento psicológico que a transição para a maternidade acarreta e considera este período, a oportunidade ideal para examinar a relação entre as características estruturais do auto-conceito e a saúde psicológica da mulher.

A gravidez, apesar de natural, constitui um dos desafios mais significativos na vida de uma mulher, exigindo esforços assinaláveis de redefinição das suas estruturas internas e auto-percepções, face ao seu novo papel de grávida e futura mãe (Meireles & Costa, 2003; Oliveira, 2002; Raphael-Leff, 1997).

Hocking (2007) afirma, com base nos seus estudos, que a gravidez altera dramaticamente a forma como uma mulher se vê e sente a si mesma e acrescenta que a identidade de mãe é formada nos primeiros estágios da gestação e que cresce no conceito que a mulher tem de si própria, durante todo o percurso.

Só o facto de estar a gerar um filho produz na mulher mudanças biológicas, emocionais e sociais complexas, consti-

tuindo um autêntico desafio de crescimento, adaptação e estruturação da sua maturidade e personalidade (Brazelton, 1994; Hernandez & Hutz, 2008; Raphael-Leff, 1997). Neste âmbito, o nascimento de um filho, sobretudo no caso de ser o primeiro, implica grandes mudanças e tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos, modificando de forma irreversível a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Relvas, 2000).

Colman e Colman (1994) e Raphael-Leff (1997) referem-se à gravidez como um período crítico de transição, caracterizado por profundas mudanças e por um estado temporário de desequilíbrio instável, de vulnerabilidade e de exigência externa, em nada semelhantes a qualquer outra experiência da vida adulta e que a própria grávida tem dificuldade em explicar.

Ao longo dos nove meses, as grávidas experienciam um período emocional com altos e baixos, numa dimensão e intensidade muito maior do que o habitual no seu dia-a-dia (Camarneiro, 1998). A mulher tem não só que encaixar na sua vida, o novo ser, que está a crescer dentro de si, mas também um conjunto de novas emoções, medos e angústias, que até então não se colocavam (Leitão, 1998).

A vivência da gravidez apresenta-se cada vez mais exigente e, embora a maioria das mulheres consiga fazer essa transição sem grandes dificuldades e até com sentimento de realização, um número significativo nem sempre o consegue de forma construtiva, sendo por isso, merecedoras de atenção especial (Bennett et al., 2007; Correia, 1998; Daly, 2003; Leitão, 1998; Oliveira, 2006).

Quando a mulher vive uma gravidez de risco, com patologia associada, em que existe um factor materno ou fetal que afecte adversamente o resultado da gravidez e possa fazer perigar a saúde ou a vida do feto, da mãe ou de ambos (Dias et al., 2008; Mattson, 2008; Pedroso, 2001), a crise da gravidez, dita normal, transforma-se numa dupla crise com sobrecarga em termos mentais e emocionais (Leitão, 1998; Murphy & Robbins, 1996; Pereira, 1999).

De facto, se a gestação é, por si mesma, um desafio adaptativo, a gestação de alto risco representa problemas sociais e psicológicos ainda maiores, tanto para as grávidas, como para os profissionais de saúde e ainda, uma vulnerabilidade acrescida na relação precoce pais-criança (Murphy & Robbins, 1996).

Vários autores (Camarneiro, 1998; Dias et al., 2008; Leitão, 1998; Murphy & Robbins, 1996; Pereira, 1999; Sá, 2001) são unânimes em considerar a ocorrência de problemas de saúde e complicações na gravidez, como uma causa de enorme carga emocional e de vulnerabilidade acrescida na vivência da gravidez. Estas grávidas referem menos bem-estar, menos saúde física, maior preocupação com a saúde, pelo receio de aparecimento de outras complicações, bem como, uma menor experiência positiva da gravidez (Sjogren et al., 1994 citados por Pereira, 1999). Também diversos estudos efectuados na área comprovam a existência de níveis mais elevados de ansiedade, preocupação e stress em grávidas com complica-

ções obstétricas (Camarneiro, 1998; Dias et al., 2008; McDonald, 1968 citado por Maia, 1995; Pereira, 1999; Sá, 2001) e ainda, um menor auto-conceito (Gupton et al., 2001 e Kemp & Page, 1987 citados por Dias et al., 2008; Gallar, 1998 e Gla-geaud-Freudenthal, 1994 citados por Pereira, 1999).

Dias et al. (2008) referem que as poucas investigações sobre as dificuldades psicológicas na gravidez de risco e o seu reflexo na auto-estima das mulheres, têm evidente que o rótulo de *gravidez de alto risco* por si só, pode afectar o estado psicossocial da mulher.

Quando a patologia médica da gravidez surge associada a períodos de internamento hospitalar, a existência de um sólido suporte familiar e social é fundamental como fonte de segurança e para o equilíbrio emocional da grávida (Pereira, 1999).

De facto, a saúde tem em sua base o suporte social e a qualidade da relação do indivíduo com o seu meio. No contexto da sociedade ocidental, Nelas (2004) reforça que a não existência de um suporte familiar e social adequado durante a gravidez, capaz de criar e construir laços afectivos e sociais que favoreçam a própria adaptação da mulher a esta mudança na sua vida, pode resultar em consequências nem sempre favoráveis, em termos de saúde mental.

O apoio por parte dos sistemas onde o indivíduo se insere e se move, é descrito por diversos autores como um factor protector muito eficaz face a acontecimentos stressantes, adversidades, situações de risco ou de grande mudança na vida, contribuindo em caso de gravidez, para uma maior qualidade materno-fetal (Canavarro, 2001; Conde & Figueiredo, 2003).

METODOLOGIA

Face ao problema identificado e à contextualização teórica apresentada, realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional e analítico, orientado para a consecução dos seguintes objectivos:

- Comparar o auto-conceito da grávida com e sem patologia obstétrica;
- Analisar a influência de variáveis psicossociais no auto-conceito da grávida.

Para o efeito utilizou-se um questionário destinado à identificação de dados socio-demográficos da grávida, nomeadamente idade, habilitações literárias, profissão, exercício da actividade profissional, local de residência e situação conjugal; de dados socio-demográficos do pai do bebé (idade, profissão e habilitações literárias) e de dados obstétricos, como paridade, número de gestações anteriores, idade gestacional, patologia associada, tempo e tipo de patologia, planeamento da gravidez pela mulher e pelo pai do bebé, apoio sentido na gravidez e fonte desse apoio. Recorreu-se ao Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (1986a) para determinar o auto-conceito da grávida; à Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social de Paixão e Oliveira (1996) para avaliar o nível de suporte social percebido pela grávida;

sendo a reactividade emocional objecto de avaliação através da Escala de Avaliação de Emoções de Moura-Ramos, Pedrosa e Canavarro (2005).

O estudo foi realizado com dois grupos de grávidas: um constituído por 104 grávidas com patologia obstétrica e o outro, por 115 grávidas sem patologia associada, que constituiu o grupo de controlo.

A escolha dos elementos da amostra foi feita no período compreendido entre Outubro de 2008 e Fevereiro de 2009, nas Consultas Externas e na Unidade de Medicina Materno-Fetal de uma Maternidade da região centro. A amostragem utilizada foi do tipo não probabilística, acidental, por acessibilidade dos elementos, após parecer favorável dos elementos ao estudo.

Para uma maior homogeneidade da amostra, definiram-se alguns critérios de inclusão:

- Grávidas, conscientes e orientadas, sem problemas que afectem a capacidade cognitiva ou a expressão oral e que falem a língua portuguesa;
- Voluntariedade no estudo;
- Compreenderem e assinarem o documento de Consentimento Informado facultado.

Foram critérios de exclusão, situações de gravidez na adolescência, de gravidez gemelar, casos de toxicod dependência e todos os diagnósticos de patologia que não fossem de natureza orgânica.

RESULTADOS

Relativamente aos factores socio-demográficos, as grávidas com patologia obstétrica apresentam idades entre os 20 e os 46 anos, enquanto para o grupo das grávidas sem patologia, a idade mínima e máxima são, respectivamente, 20 e 43 anos. A média de idades da amostra total é 31,12 anos, sendo que a maioria das grávidas (34,2%) apresenta idades entre os 20 e os 28 anos.

No que se refere às habilitações literárias, trata-se de um grupo com elevada escolaridade (60,3% possui 12 ou mais anos de estudo) e com profissões qualificadas. A maior percentagem das inquiridas pertence à classe profissional de pessoal dos serviços e vendedores, seguida pelas profissões intelectuais e científicas e pelas técnicas e profissionais de nível intermédio. 77,6% estão empregadas, enquanto, 17,4% da amostra total são desempregadas/domésticas.

A maioria das grávidas com patologia (56,7%) reside no meio rural, enquanto 53,0% das grávidas sem patologia têm como local de residência, a cidade. A maioria das grávidas referiu ser casada/junta (90,4%) e coabitar com o marido/companheiro (94,1%) da amostra total.

Relativamente ao pai do bebé, cujo apoio no decorrer da gravidez, é mais importante que nunca, têm na amostra em estudo, idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos, sendo a média de 32,80 anos. No que se refere à escolaridade, o grupo com instrução secundária ou equivalente incompleta é o mais prevalente (34,7%), sendo que uma percentagem significativa da amostra (25,1%) apresenta pelo menos

12 anos de escolaridade, enquanto 22,8% revelam alguma iliteracia, já que possuem apenas instrução primária completa/ ensino. A maioria dos pais insere-se na categoria profissional operários, artífices e trabalhadores similares (33,8%) e 19,6% são classificados como técnicos e profissionais de nível intermédio.

Relativamente aos factores obstétricos, 54,8% da amostra total e 61,5% das grávidas com patologia obstétrica são multigestas, enquanto nas grávidas sem patologia associada, 51,3% são primigestas. De entre as multigestas inquiridas, o maior valor percentual recai nas que se encontram na segunda gravidez (60,0%).

Na altura da recolha de informação, o grupo das grávidas com patologia apresentava uma idade gestacional mínima de 6 semanas e uma máxima de 40, sendo a média de 26,71 semanas. O grupo das grávidas sem diagnóstico de patologia, tal como a amostra total, abrange idades gestacionais entre as 2 e as 42 semanas.

Agrupando por trimestres as semanas gestacionais, verificamos que 59,8% da amostra se encontra no terceiro trimestre, 56,7% das grávidas com patologia e 62,6% das grávidas sem patologia.

Ainda no âmbito das variáveis obstétricas, procurámos saber se a gravidez em curso tinha sido planeada ou não. A maioria da amostra (70,3%) deu uma resposta afirmativa à questão, verificando-se o mesmo no grupo das grávidas com patologia (66,3%) e sem patologia (73,9%). Contudo, 29,7% da amostra total referiu que a gravidez ocorreu sem qualquer planeamento.

Apesar das percentagens anteriores, apenas 4 grávidas, duas com patologia e duas sem patologia, indicaram aceitar negativamente a gravidez.

Acerca da aceitação da gravidez pelo pai do bebé, verificámos que todos os pais tinham conhecimento da gravidez, tendo 99,5% aceitado positivamente a mesma. Só um dos pais (1,0%), pertencente ao grupo das grávidas com patologia apresenta reacção diferente, não tendo recebido a gravidez da sua companheira de forma positiva.

A quase totalidade das grávidas (99,1%) referiu sentir-se apoiada no decorrer da gravidez, particularmente pelo companheiro/marido, escolhido por 91,2% da amostra total. Os familiares com 47,5% e a mãe, escolhida por 44,2% das grávidas, são também os familiares de referência no apoio na gravidez.

Atendendo às 104 grávidas com patologia obstétrica, a patologia mais frequente é a diabetes (31,7%) e a hipertensão arterial (22,1%). Em 54,8% das grávidas a patologia foi detectada antes de engravidar, enquanto em 45,2%

a patologia foi diagnosticada no decorrer da gravidez.

Numa investigação em que a variável em questão se refere ao auto-conceito, pareceu pertinente estudar as variáveis psicossociais, isto é, a percepção do suporte social e a reactividade emocional dos grupos em análise.

O suporte social variou, para a totalidade da amostra, entre 45 e 136, sendo o valor médio obtido de 100,89, o que se situa um pouco acima do valor encontrado pelos autores da escala da versão portuguesa (93,90). Em cada um dos factores, encontramos o valor mínimo (3) no suporte financeiro e no suporte prático e o valor máximo (40), na dimensão suporte emocional. A maior percentagem de grávidas apresenta baixa percepção do suporte prático e financeiro e elevada percepção do suporte emocional. Comparando os valores médios da percepção subjectiva que as grávidas com e sem patologia têm do suporte social, verificamos que estes são praticamente idênticos: 100,89 e 100,88, respectivamente.

No âmbito das emoções, a emoção predominante na amostra total é a felicidade, com uma média de 74,78 e a ansiedade, com uma média de 39,96. As emoções menos predominantes são a cólera e a tristeza.

Confrontando os valores médios das emoções, as grávidas sem patologia parecem mais felizes que as que têm diagnóstico de doença, mas menos ansiosas, menos surpreendidas, com menos medo, cólera e tristeza e com menos sentimento de culpa, o que corresponde às expectativas de emoções menos positivas inerentes ao diagnóstico de patologia obstétrica.

As estatísticas do auto-conceito variam entre 50 e 96, para a totalidade da amostra, sendo o valor médio obtido de 76,03. Comparando os valores médios, o conceito pessoal das grávidas sem patologia (76,59) é ligeiramente superior ao das grávidas com diagnóstico clínico associado (75,41), o que corresponde às expectativas de um melhor conceito pessoal nas grávidas cuja gestação não tem associado diagnóstico de patologia.

Para verificar se o auto-conceito da grávida é influenciado pela existência ou não de patologia obstétrica recorremos ao teste paramétrico *t* de Student para amostras independentes. Embora as grávidas sem patologia apresentem melhores valores médios, como se observa na Tabela 1, não se comprova que exista significância estatística ($p > 0,05$), pelo que não se comprova a hipótese de que as grávidas sem diagnós-

Tabela 1 – Teste *t* de Student para diferença de médias entre auto-conceito e patologia

| PATOLOGIA | COM PATOLOGIA | | SEM PATOLOGIA | | LEVENE'S SIG. | <i>t</i> | ρ | eta ² % |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|--------|--------------------|
| | MÉDIA | DESVIO PADRÃO | MÉDIA | DESVIO PADRÃO | | | | |
| AUTO-CONCEITO | | | | | | | | |
| ACEITAÇÃO SOCIAL | 18,05 | 2,79 | 18,57 | 2,53 | 0,401 | -1,439 | 0,152 | 0,94 |
| AUTO-EFICÁCIA | 22,46 | 3,40 | 22,93 | 3,03 | 0,487 | -1,080 | 0,281 | 0,53 |
| MATURIDADE PSICOLÓGICA | 15,24 | 2,48 | 15,16 | 2,09 | 0,285 | 0,271 | 0,786 | 0,03 |
| IMPULSIVIDADE/ACTIVIDADE | 11,56 | 1,94 | 11,59 | 1,82 | 0,218 | -0,132 | 0,895 | 0,00 |
| AUTO-CONCEITO TOTAL | 75,41 | 8,93 | 76,59 | 8,04 | 0,429 | -1,027 | 0,306 | 0,49 |

tico de patologia obstétrica possuem melhor auto-conceito que as grávidas com patologia obstétrica.

As análises de regressões múltiplas efectuadas para estudar a relação do auto-conceito, com o suporte social e com as emoções, de um modo geral comprovam que o suporte total, o suporte prático, o suporte emocional, a felicidade, a culpa e o medo se constituem como predictoras das várias dimensões do auto-conceito.

Note-se que as variáveis associadas positivamente com o auto-conceito são o suporte social total e a felicidade, verificando-se uma relação inversa significativa com o suporte prático, o suporte emocional, a culpa e o medo. Como síntese dos resultados obtidos com as regressões múltiplas efectuadas para a amostra, apresentamos a Figura 1 que se reporta às variáveis predictoras do auto-conceito.

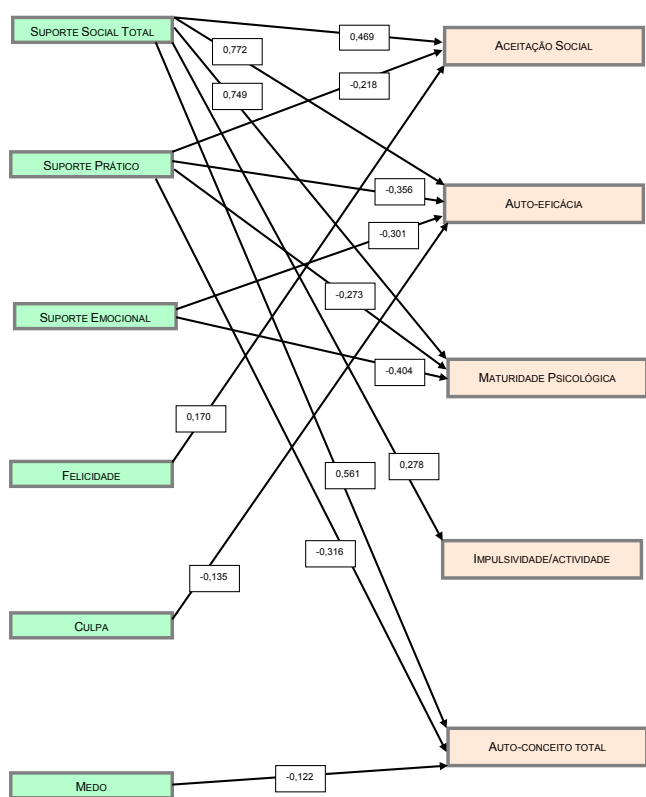


Figura 1 – Síntese das relações entre auto-conceito e variáveis independentes

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao testar a primeira hipótese verificámos que a patologia obstétrica não tem influência no auto-conceito da grávida, contrariamente ao que seria de esperar. De facto, aceita-se que numa gravidez de risco todos os processos se apresentam mais complicados (Camarneiro, 1998), havendo uma sobrecarga emotiva, com intensificação das alterações emocionais normais da gestação (Leitão, 1998; Murphy & Robbins, 1996).

Assim, a justificar os resultados obtidos, temos a forma como a própria mulher interioriza a gravidez e vivencia as alterações decorrentes (Leitão, 1998; Rato, 1998).

Para algumas mulheres, o seu desejo de ser mãe é tão grande, que independentemente de existir ou não diagnóstico de patologia, a gravidez é encarada com naturalidade, com orgulho e como um período particularmente importante nas suas vidas, de bem-estar e satisfação, que por si só lhes aumenta a auto-estima (Colman & Colman, 1994; Rato, 1998).

Pedroso (2001) reforça que algumas mulheres adultas só se sentem confortáveis quando grávidas, pois só assim se sentem completas e verdadeiramente mulheres. Também Sousa e Ferreira (2005) citados por Dias et al. (2008) referem que as mulheres que não são mães possuem uma menor auto-estima, por se sentirem mais desvalorizadas, quando comparadas às mulheres mães. Assim, o simples facto de estar grávida pode contribuir positivamente para a auto-estima da mulher.

Dias et al. (2008) no seu estudo sobre a auto-estima na grávida com e sem diagnóstico de risco, verificou que as grávidas com a condição gestacional de alto risco apresentam melhor auto-estima do que as de baixo risco, não tendo encontrado diferença significativa entre gestantes hospitalizadas e não hospitalizadas. Os autores concluem que a gravidez de alto risco, por si só, não implica baixa auto-estima nas mulheres e acrescentam que a ênfase que se dá à patologia na auto-estima da grávida é superior à que realmente se verifica.

Por sua vez, atendendo a que a maior percentagem de grávidas com patologia, apresenta uma condição pré-existente que a coloca em risco durante a gestação, podemos considerar, como referem Murphy e Robbins (1996), que existe já uma importante história de adaptação à doença, que dessa forma, interfere em menor grau com o conceito pessoal da mulher e com a forma como a gravidez é vivida.

Segundo Pereira (1999), engravidar quando se possui um diagnóstico de patologia pré-existente, pode inclusivamente justificar uma melhoria na auto-estima da mulher, já que representa que também se é capaz de engravidar.

Claro que a forma como a mulher vive a gravidez com diagnóstico de patologia associado, vai depender de inúmeros factores como a sua personalidade, a sua experiência de vida e a avaliação cognitiva que faz da situação (Leitão, 1998; Maldonado, 2002; Pereira, 1999; Sá, 2001), aspectos que não foram avaliados no estudo.

Há também a questão de não se conhecer o auto-conceito das mulheres antes da gravidez, o que não permite avaliar se a mulher já possuía um conceito pessoal prévio baixo ou alto.

Uma outra justificação plausível face à não confirmação da hipótese das grávidas com patologia associada apresentarem pior auto-conceito pode ser a confiança sentida na equipa de saúde que a acompanha (Pereira, 1999).

Na realidade, o crescente investimento na vigilância pré-natal por parte das instituições de saúde, particularmente nos casos considerados de risco, ao traduzir-se num maior apoio e cuidado sentido pela grávida e casal, pode resultar numa maior segurança em si mesma, numa menor ansie-

dade relativamente ao seu problema de saúde e à saúde do bebé e logo, numa adequada vivência da gravidez.

Esperávamos também que as grávidas sem patologia tivessem uma percepção de suporte social significativamente superior às grávidas com patologia, o que não se verificou. A justificar os resultados, pode estar o próprio apoio das redes sociais fornecido em maior escala em função do diagnóstico de patologia associado à gravidez. Esse diagnóstico pode sensibilizar as pessoas do meio para apoiarem mais a futura mãe, apoio esse que efectivamente é sentido como tal pela grávida com patologia, apresentando por isso um elevado valor de suporte social percebido.

Este estudo permitiu ainda verificar que, de um modo geral, o suporte social e algumas emoções influenciam as várias dimensões do auto-conceito, o que de acordo com a bibliografia consultada seria de esperar.

Igualmente, constatamos que a uma maior felicidade corresponde um melhor auto-conceito. Pedroso (2001) permite justificar este resultado, ao dizer que os indivíduos mais felizes e mais eficientes na resposta às exigências do meio são os que possuem auto-estima mais elevada.

Pelo contrário, aceita-se que a um maior sentimento de culpa ou medo, corresponde um menor auto-conceito, como verificámos na investigação.

Das análises de regressões múltiplas realizadas, constatamos a existência de uma relação directa do suporte social total com o auto-conceito e suas dimensões. Mais surpreendente foi ter-se verificado uma relação inversa entre as diferentes dimensões do auto-conceito e o suporte prático e emocional, contrariamente às conclusões obtidas em estudos anteriores.

A expectativa para o presente estudo seria que um maior suporte social, independentemente da dimensão, fosse preditivo de um melhor conceito pessoal e não o oposto, como verificamos no suporte prático e emocional. Uma possível justificação prende-se com os custos e benefícios que o apoio e as relações interpessoais acarretam (Pombo, 2002).

De facto, há que ter consciência que os efeitos negativos do suporte social são uma realidade na forma como o indivíduo desempenha as suas tarefas e naquilo que sente em relação a si mesmo (Oliveira, 1998). Tal como um apoio insuficiente tem efeitos negativos, o mesmo se verifica com o excesso de suporte (Azevedo, 2000), de onde inclusivamente, podem surgir relações de dependência e até uma auto-imagem negativa (Pestana, 2005).

Pereira (1999) considera que a família e os amigos têm um papel essencial no apoio, podendo no entanto, em situações limite tornar-se mais desorganizadores.

Oliveira (1998) acrescenta que o apoio social para ter resultados benéficos e fomentar sentimentos de bem-estar, estima e gratidão, tem de ser percebido e sentido como tal pelo receptor do suporte, isto é, sentido como uma preocupação genuína e verdadeira e não como uma atitude de indiferença ou de obrigação.

Sarason et al. (1983) acrescenta que o grau de satisfação

com o suporte social relaciona-se com a percepção de que existe um número suficiente de pessoas disponíveis com quem contar se necessário, mas também com o agrado face à personalidade de cada indivíduo.

Para Pais Ribeiro (1999) aspectos distintos do suporte social têm diferente impacto nos indivíduos ou grupos.

Também Azevedo (2000) defende não ser fácil prever as características ideais de uma rede social, para que esta seja facilitadora e provedora de um adequado nível de suporte. Tal depende de múltiplas variáveis, como por exemplo, os sujeitos, os seus traços de personalidade, as necessidades de apoio, a natureza das relações, as motivações e expectativas, bem como as condições de vida e o tipo de situação (Oliveira, 1998; Pestana, 2005).

CONCLUSÃO

Se as exigências do período gravídico são enormes, as suas vivências são ainda mais complexas, pelo que, é fundamental compreender a história de vida da grávida, a sua personalidade, o significado que dá aos acontecimentos e os palcos sociais em que se movimenta, para que se consigam compreender os aspectos psicológicos essenciais da gravidez, bem como a forma como a grávida se vê a si própria, se adapta e reage (Leitão, 1998; Maldonado, 2002; Pereira, 1999; Sá, 2001).

Na interpretação dos resultados obtidos tivemos presente que cada mulher é detentora de uma personalidade única e de uma forma singular de viver a gravidez e se adaptar ao turbilhão de alterações decorrentes.

Por isso, parece-nos pertinente continuar as investigações sobre o auto-conceito da grávida com e sem patologia e estudar outros aspectos importantes, que não incluímos no presente trabalho, como a personalidade da grávida, o auto-conceito prévio, o significado pessoal da gravidez e da patologia e ainda, a satisfação com os cuidados de saúde e com a vigilância da gravidez.

Defendemos neste estudo a importância do suporte social durante a gravidez, uma vez que a mulher fica mais dependente da ajuda, da atenção e da aceitação por parte dos outros. De facto, um apoio insuficiente ou inexistente durante a gravidez dificulta a adaptação da mulher às mudanças que ocorrem nesse período. Porém, um tipo de apoio inadequado face às expectativas e às necessidades pode tornar-se igualmente nocivo e desorganizador. Acrescentamos ainda a noção de que um apoio sentido como excessivo pode causar mais prejuízos do que benefícios, originando relações de dependência, com consequências negativas no auto-conceito da grávida. As justificações encontradas prendem-se não apenas com as expectativas e as necessidades de suporte, mas também com o grau de satisfação face ao suporte disponível e efectivamente recebido, em termos de eficácia e qualidade. Embora a presença de um adequado suporte familiar seja fundamental no decorrer da gravidez, é importante não esquecermos que a grávida e o casal precisam de espaço para se fecharem sobre si mesmos e so-

bre o seu bebé, reestruturando papéis, identidades e estabelecendo um novo equilíbrio.

Relativamente ao diagnóstico de patologia na gravidez, apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas ao nível do auto-conceito, o que significa que a patologia não implica, por si só, um baixo auto-conceito, aceitamos em unanimidade com a bibliografia consultada, que esta é motivo de grande carga emocional na mulher, daí a importância de um adequado suporte para o seu equilíbrio emocional. Consideramos a possibilidade de ser a satisfação com a própria gravidez, o principal factor responsável pelo adequado conceito pessoal da grávida com patologia, mas também o processo de adaptação à doença e à gestação, a satisfação com os cuidados de saúde e a confiança nos profissionais que acompanham e vigiam a sua gravidez. Estando conscientes do muito que há por explorar nesta área, deixamos a sugestão para que outros profissionais, inspirados nestes resultados, desenvolvam e aprofundem estudos dentro desta temática.

Estando o baixo auto-conceito associado a situações de ansiedade e de depressão (Dias et al., 2008), o estudo desta variável na grávida faz pois todo o sentido como forma de desenvolver estratégias de prevenção de perturbações emocionais, nomeadamente da depressão pós-parto.

Além disso, a auto-eficácia, uma das dimensões do auto-conceito, referindo-se à capacidade do indivíduo para desempenhar tarefas e resolver problemas, torna-se particularmente importante na grávida, que deve sentir-se confiante e capaz de cuidar do seu filho.

Acima de tudo, pretendemos que este estudo represente um alerta para a necessidade do profissional de saúde materna e obstetrícia ser um ponto de suporte para a gestante e sua família, bem como, estar desperto para a auto-estima da grávida, de forma a desenvolverem estratégias atempadas e adequadas, que previnam perturbações e desequilíbrios emocionais e promovam uma adequada adaptação, uma vivência saudável da gravidez e cuidados de qualidade ao bebé que se avizinha. Só o desenvolvimento de esforços conjuntos numa perspectiva pessoal de formação permanente e numa perspectiva global de prevenção na prática tornam possíveis ganhos em saúde e a melhoria dos cuidados prestados à grávida, casal e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, C. F. (2000). *A influência do suporte na prevenção da recaída em heroínodpendentes em tratamento*. Dissertação de Mestrado em Toxicodpendência e Patologias Psicossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E. & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy – a qualitative study. *BMC Women's Health* 7 (13), 1-14. doi: 10.1186/1472-6874-7-13. Acedido em 3, Dezembro, 2009, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048943/pdf/1472-6874-7-13.pdf>.
- Bolander, V. R. (1998). *Abordagem Psicofisiológica, Enfermagem Fundamental* (1.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes*

e depois do nascimento. Lisboa: Terramar.

- Camarneiro, A. P. F. (1998). *A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-205.
- Correia, M. J. (1998). Um filho, ter ou não ter: o caso de Isabel. *Análise Psicológica*, XVI (3), 365-371.
- Daly, M. (2003). The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood. *Australian Journal of Psychology – Supplement* 2003. Acedido em 23, Novembro, 2009, em http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2003/AJP/02Aug03/11892707.pdf?T=P&P=AN&K=11892707&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLE4zOX0OLCmrlGep69Ssay4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgex%2BEu3q64A&D=a9h.
- Dias, M. S., Silva, R. A., Souza, L. D. M., Lima, R. C., Pinheiro, R. T. & Moraes, I. G. S. (2008). Auto-estima e factores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (12). doi 10.1590/S0102-311X2008001200007. Acedido em 24, Fevereiro, 2009, em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001200007.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Hocking, K. L. (2007). Artistic narratives of self-concept during pregnancy. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 163-178. doi 10.1016/j.aip.2007.01.003. Acedido em 23, Novembro, 2009, em http://www.sciencedirect.com/science?ob=MImg&imagekey=B6V9J4MXJ3R9F&_cdi=5900&_user=2465353&_orig=search&_coverDate=12%2F31%2F2007&_sk=999659997&view=c&wchp=dGLzVtzzSkWA&md5=c51ce7c098044da7cc42a5c0c6d4ba7b&ie=/sdarticle.pdf.
- Lopes, R. C. C. (2006). O auto-conceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317-327.
- Leitão, M. L. H. (1998). *A Gravidez de Alto Risco Genético: contributo para a compreensão dos fenómenos psicológicos envolvidos*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Maia, M. C. S. (1995). *Acontecimentos de vida e prematuridade*. Tese de Mestrado em Desarrollo e Intervencion Psicológica não publicada, Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Mattson, S. (2008). Avaliação dos factores de risco. Em I. Bobak, D. Lowdermilk & M. Jensen (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 557-559). Lisboa: Lusociência, 2008.
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2003). *A vivência do corpo e a relação mãe-bebé na gravidez*. Acedido em 16, Novembro, 2009, em http://sigarra.up.pt/fpceup/publs_web.show_pu_bl_file?p_id=37061.
- Murphy, J. M. & Robbins, D. (1996). Implicações Psicossociais da Gestação de Alto Risco. Em R. Knuppel & J. Drukker (Eds.), *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (pp. 203-209). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nelas, P. B. (2004). *Suporte social na gravidez: estudo comparativo entre grávidas adolescentes e adultas*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Oliveira, R. (1998). *Do vínculo ao suporte social: aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, A. M. (2002). *O auto-conceito no doente psoriático adulto em internamento*. Tese de Mestrado em Toxicodpendência e Patologias Psi-

cossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Oliveira, O. F. (2006). *Estudo da Ansiedade da Mulher Grávida em relação ao Parto*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, XVII (3), 547-558.

Pedroso, R. C. J. (2001). *A auto-estima na grávida adolescente*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Pereira, M. J. S. (1999). *Diabetes Gestacional: aspectos psicológicos*. Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pestana, N. A. (2005). *A morte e os idosos: estudo sobre a ansiedade face à morte e o suporte social percebido, numa população de idosos*. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Pete-McGadney, J. (1995). *Differences in adolescent self-concept as a function of race, geographic location, and pregnancy*. Acedido em 23, Novembro, 2009, em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=1&hid=2&sid=8f63e077-305b-47fe-adf1-aac6ff1bb4f3%40sessio nmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3 QtbGl2ZSZZY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN=9505150286>.

Pombo, C. A. S. (2002). *Suporte social em adolescentes consumidores e não consumidores de substâncias psicoactivas: estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias Psicossociais

não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez, a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Rato, P. I. (1998). Ansiedade perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, XVI (3), 405-413.

Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (2.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Sá, M. C. A. (2001). *Gravidez e Pós-Parto: Experiências vivenciadas pela mulher*. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139. Acedido em 23, Novembro, 2009, em <http://web.psych.washington.edu/research/sarason/files/SocialSupportQuestionnaire.pdf>.

Silva, A. C. R. (2007). *Vinculação e auto-conceito na maternidade: estudo comparativo entre mães toxicodependentes e mães não toxicodependentes*. Trabalho de Investigação de Licenciatura em Psicologia não publicado, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Vaz Serra, A. (1986a). O «Inventário Clínico de Auto-Conceito». *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.

Vaz Serra, A. (1986b). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

Vaz Serra, A., Firmino, H. & Matos, A. P. (1987). Influência das relações pais/filhos no auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 137-141.

A QUALIDADE DE VIDA E O SUPORTE SOCIAL DA GRÁVIDA

Ana Cristina Santos*, Ana Maria Cardoso**

RESUMO

Durante a gravidez são múltiplas as necessidades de adaptação, tendo em consideração as alterações psico-afectivas, somáticas e socioculturais que a evolução da gravidez implica. Para além da sobrecarga e do desconforto físico, a mulher necessita de realizar um trabalho psicológico.

Realizou-se um estudo transversal, do tipo descritivo, analítico e correlacional, no qual foi utilizada uma amostra constituída por 115 grávidas da Região de Viseu.

Dos resultados obtidos conclui-se que em relação à qualidade de vida total, à saúde mental, ao desempenho emocional e à dor corporal existem diferenças estatísticas significativas para com o sector da actividade profissional. A funcionalidade da família induz uma melhoria na dimensão funcionamento físico, sem contudo interferir significativamente na qualidade de vida da grávida. Relativamente ao Suporte social para além da influência dos factores sobre algumas dimensões estudadas, o factor informal e o apoio total influenciam a qualidade de vida global da mulher. Quanto à vigilância da gravidez, o desempenho emocional é influenciado pelo local onde é efectuada, parecendo não haver interferência significativa da quantidade de consultas, na sua qualidade de vida.

* EESMO – CHT/V – Viseu.

** EESMO – UCP – Tondela.

ABSTRACT

There are multiple needs of adaptation during the pregnancy, considering the psycho-affective, somatic and social cultural alterations that the development of pregnancy implies. Besides the overcharge and physical discomfort, the woman needs to perform an intense psychological work.

A transversal study was become fulfilled, of the descriptive type, analytical and correlational, in which a sample consisting of 115 pregnant of the Region of Viseu was used.

Of the gotten results one concludes that in relation to the quality of total life, to the mental health, the emotional performance and corporal pain significant differences exist stop with the sector of the professional activity. Family functionality leads to an improvement of physical working, with art interference on life quality pregnant women. Relatively to social support beyond the influence of some factors studied, the informal factor and total support influenced a global life quality the woman. Concerning pregnancy vigilance, the emotional performance is influenced by the local where it's realized and seems there isn't any significant interference by the number of consultations, in it's quality of life.

INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada, uma experiência gratificante e excitante, na vida da mulher e também uma fase de grandes

transformações psicológicas e físicas, que envolvem mudanças e adaptações da grávida, do companheiro e da respectiva família. Assim, compreender o processo de gravidez e as necessidades de adaptação a esta, torna-se essencial, para os profissionais de saúde, para a família, e para a própria grávida, para que esta viva em pleno a sua gravidez.

Sendo a qualidade de vida um factor de primordial importância na vida de qualquer indivíduo, em relação à grávida, esta revela-se de intensa e especial atenção, na medida em que a mulher atravessa um processo que envolve alterações físicas, hormonais, emocionais e familiares, constituindo uma verdadeira alteração estrutural na sua vida. A corroborar esta ideia, está a de Matos e Ferreira (1999), quando referem que a qualidade de vida na grávida está relacionada também com os cuidados prestados pelos familiares, e pelos profissionais de saúde através da vigilância pré-natal.

Além do apoio familiar é importante também para a grávida, o suporte social e a satisfação das necessidades sociais que são a de afiliação, o afecto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação.

Foram emergindo várias definições conceptuais de suporte social, identificando-o como um processo interactivo, em que acções particulares ou comportamentos, podem ter um efeito positivo no bem-estar social e psicológico do indivíduo. Neste sentido, surge uma perspectiva de desenvolvimento do suporte social, que considera que o apoio prestado implica uma influência recíproca entre o indivíduo e as redes sociais de apoio, dado o contexto ecológico envolvente. Assim, um autor que se enquadra nesta perspectiva é Vaux (1988), que considera que ao longo do desenvolvimento, o indivíduo vai assumindo diversos papéis, necessidades e situações que influenciam a forma e qualidade do suporte social adquirido.

Na grávida, a acção social tem como objectivo principal proporcionar formas de suporte específico, de forma cuidada em equipamentos e serviços para colmatar as situações de desinserção familiar e comunitária.

Para Leininger (1978), cuidar em enfermagem deve ter dimensões biofisiológicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que devem ser estudadas e praticadas para prestar cuidados holísticos.

Dedicando-se a Enfermagem da Saúde Materna o cuidado à mulher grávida durante a gestação, trabalho de parto, parto e o período puerperal, encontra-se numa posição ideal para avaliar a saúde da grávida e sua família, conduzindo à promoção da saúde, durante a gravidez contribuindo para modificar significativamente, não apenas a saúde individual de cada mulher e dos filhos, mas também, a de toda a sociedade. Os profissionais de saúde devem assumir o papel de maior intervenção, contribuindo deste modo para a melhoria dos cuidados de saúde e da qualidade de vida da grávida. Devendo, para tal conhecer-se e agir com autenticidade e maturidade relativamente aos fenómenos relacionados com a gravidez.

As questões de investigação e a motivação para este estudo resultaram da vivência diária, do saber teórico e prático,

que se confrontam com algumas dificuldades inerentes à garantia da qualidade de vida e suporte social na grávida. As questões de investigação formuladas são:

- ❖ Quais os factores que influenciam a qualidade de vida da grávida?
- ❖ O suporte social influencia a qualidade de vida da grávida?

Na tentativa de encontrar resposta para tais questões, foi realizado um enquadramento teórico, organizado um instrumento de colheita de dados e elaborado um estudo no sentido da consecução dos seguintes objectivos:

- ❖ Identificar os factores que interferem na qualidade de vida da grávida;
- ❖ Identificar a importância do suporte social na qualidade de vida da grávida;
- ❖ Analisar a importância da vigilância da gravidez na qualidade de vida da grávida.

METODOLOGIA

Este trabalho visa analisar e avaliar a realidade da problemática da Qualidade de Vida e Suporte Social da grávida e reflectir acerca dos resultados encontrados, de forma a ajudar a implementar métodos de prevenção, tendo em conta a sua saúde e o bem-estar.

Através da experiência profissional, constatou-se que por vezes as carências e privações da mulher grávida são sobretudo de natureza económica, relacional, afectiva e psicológica, idade e o nível educacional. Razões suficientes, para os factores sócio-familiares terem um peso significativo na qualidade de vida da grávida.

Deste modo, e face aos objectivos e tipo de estudo que se pretende realizar e dada a natureza das variáveis em estudo, adoptou-se um desenho de investigação não experimental, quantitativo e de tipo descritivo, correlacional e transversal, já que se procurou conhecer os resultados da aplicação de um questionário, num único momento e a uma única amostra da população em estudo.

Relativamente às variáveis, tem-se como variável dependente a Qualidade de Vida da grávida.

As variáveis independentes apresentam-se reunidas em quatro grupos, que são eles as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, zona de residência e o sector de actividade profissional), Variáveis sócio-económicas (Escala de Graffar), Variáveis obstétricas (vigilância da gravidez e local de assistência pré-natal) e por último as variáveis sócio-familiares (apoio social, funcionalidade familiar e agregado familiar).

Tendo em conta a fundamentação teórica, elaborou-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1** – Existe relação entre as variáveis sócio – demográficas e a qualidade de vida da grávida.
- Hipótese 2** – Existe relação entre o suporte social e a qualidade de vida da grávida.
- Hipótese 3** – Existe relação entre a vigilância pré-natal e a qualidade de vida da grávida.

A população alvo seleccionada para este estudo é constituída por 115 grávidas com um tempo de gestação igual ou superior a 28 semanas, que realizam a sua vigilância da gravidez em Instituições de Saúde na Região de Viseu.

O conjunto de grávidas inquiridas foi obtido através de uma amostra não probabilística e por conveniência, uma vez que se encontravam nas instituições, nos dias e horas em que as abordamos.

O Instrumento de colheita de dados deve ser adequado ao tipo de estudo, ou seja deve ter em consideração os objectivos, as hipóteses, as variáveis e a amostra em causa. Assim, optou-se pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados: um questionário geral que engloba questões para a caracterização da amostra, vigilância da gravidez e o nível sócio-económico. Utilizou-se ainda as seguintes escalas: a escala de Graffar, a escala de Apgar Familiar (a funcionalidade da família) de Smilkstein (1978), a escala de Apoio Social de Matos, A. P. & Ferreira, A. P. (1999) e o Questionário de Estado de Saúde (SF – 36v2) de Ferreira (1997), para a avaliação da percepção da grávida, acerca das várias dimensões do seu “estado de saúde”.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A – Variáveis Sócio-Demográficas e Económicas

No que se refere a idade, apresentam-se os dados em classes, iniciando com a classe das grávidas com idades inferiores a 20 anos e terminando com a classe das grávidas com idade superior a 35 anos. Tendo por base exclusiva, o critério idade, entendeu-se útil para o estudo, separar o grupo de grávidas considerado um grupo de risco (> 35 anos), uma vez que não foram inquiridas grávidas com idade inferior a 18 anos (GRAÇA, 2000).

A idade mínima das inquiridas é de 18 anos e a máxima 43 anos, a média centra-se nos 28,18 anos, com um desvio padrão de 5,66 anos, a oscilar em torno da média. Verifica-se que 30,40% das inquiridas têm idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos, segue-se o grupo das grávidas com idades entre 30 e 35 anos, com 25,20%. Apenas 14,80% das grávidas têm idade superior a 35 anos e 6,10% tem idade inferior a 20 anos.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maioria das grávidas (82,60%) é casada, seguindo-se os grupos das solteiras e das que vivem em união de facto, respectivamente com 9,60% e 7,00%. Apenas uma grávida na condição de divorciada respondeu ao questionário.

Quanto às habilitações literárias das grávidas inquiridas, verificou-se que 37,40% das grávidas possuem o terceiro ciclo de escolaridade, seguindo-se as inquiridas que complementaram o ensino secundário (19,10%), Bacharelato (14,80%), licenciatura (13,00%) e 2º ciclo (12,20%). Apenas 3,50% das inquiridas têm o 1º ciclo de escolaridade.

Em relação à zona de residência, verifica-se que 50,40% da nossa amostra reside em meio rural, os restantes 49,60% em zona urbana.

No que diz respeito ao sector de actividade profissional optou-se por criar um grupo para as domésticas, uma vez que é dúbio o seu enquadramento num dos sectores de actividade. Assim, verifica-se que 42,50% das grávidas exercem a sua actividade no sector terciário e 34,50% no sector secundário. Constata-se ainda que 7,10% são desempregadas e 0,90% exercem a sua actividade no sector primário. Duas das inquiridas não responderam a esta questão.

Quanto ao nível sócio-económico das famílias o valor mínimo encontrado foi de 5 pontos e o máximo de 24 pontos, a média centra-se nos 15,59 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,18 pontos.

Verifica-se que 36,50% das grávidas têm um nível sócio-económico razoável. As inquiridas com um nível reduzido representam 33,90% da amostra e o grupo menos representativo foi o das grávidas com um nível sócio-económico muito bom (12,20%).

B – Variáveis Sócio-Familiares

A distribuição dos elementos da amostra, segundo as variáveis sócio-familiares inclui a funcionalidade familiar e o suporte social.

Em relação à Funcionalidade Familiar, podemos referir que o valor mínimo é de 2 pontos e o máximo de 10 pontos, a média centra-se nos 8,14 pontos, com um desvio padrão de 1,91 pontos. Assim, verifica-se que 83,50% das famílias das grávidas são altamente funcionais, seguem-se as moderadamente funcionais com 13,90%. Apenas 2,90% apresentam disfunção acentuada.

Quanto ao Suporte Social, em relação ao apoio informacional verificam-se um mínimo de 11 pontos e um máximo de 30 pontos, a média centra-se nos 21,27 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,38 pontos. Com respeito ao apoio emocional, verifica-se um mínimo de 13 pontos e um máximo de 25 pontos, a média centra-se nos 20,06 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,20 pontos. Relativamente ao apoio instrumental, apurou-se um mínimo de 9 pontos e um máximo de 25 pontos, a média centra-se nos 19,42 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,08 pontos. Em termos do apoio total, verifica-se um mínimo de 42 pontos e um máximo de 79 pontos, a média centra-se nos 60,75 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 9,78 pontos. Os coeficientes de variação revelam dispersões moderadas em todos os factores, sendo o de maior expressão, o do factor instrumental e de menor para o factor emocional.

C – Variáveis Obstétricas

As variáveis obstétricas incluem dois aspectos importantes para a avaliação do bem-estar e qualidade de vida da grávida que são, o local ou locais onde decorreu a Vigilância da

Gravidez e a assiduidade com que foi efectuada, essa mesma vigilância.

No entanto podemos referir que de maneira geral em relação à vigilância da gravidez, verificou-se que todas as grávidas inquiridas referiram ter efectuado essa mesma vigilância independentemente do local ou dos locais onde essa mesma ocorreu.

Relativamente ao número de consultas de vigilância da gravidez por local, constatou-se em relação ao Centro de Saúde, um mínimo de 4 e um máximo de 10 consultas, a média centra-se nos 6,49 consultas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,60 consultas. Quanto ao número de consultas nos Consultórios Privados, cumpre-se um mínimo de 3 e um máximo de 10 consultas, a média centra-se nos 6,73 consultas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,62 consultas. Em relação ao Hospital, apurou-se um mínimo de 1 e um máximo de 10 consultas, a média centra-se nos 4,71 consultas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,71 consultas.

Os coeficientes de variação revelam dispersões moderadas, sendo o de maior expressão, o relativo ao Hospital e os outros e de menor valor e muito próximos.

Verificou-se ainda que nos Consultórios Privados, a frequência de grávidas com menos de 6 consultas é menor (18,20%), seguindo-se os Centros de Saúde com 27,70%. Já o Hospital é o local onde surgem com mais frequência, grávidas com menos de 6 consultas (70,60%). Em termos globais, constata-se que 16,50% das utentes têm menos de 6 consultas de vigilância da gravidez, até às 28 semanas.

D – Qualidade de Vida

A qualidade de vida é a variável dependente deste estudo e é avaliada pela escala SF-36v2, de medição do “estado de saúde”, correspondendo a um processo de medições de opiniões ou atitudes LAKATOS e MARCONI (1995).

Iremos descrever as estatísticas relativas à qualidade de vida e suas dimensões. Assim, a dimensão **Funcionamento Físico**, salienta-se um mínimo de 13 pontos e um máximo de 30 pontos, a média centra-se nos 23,93 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,20 pontos. Já para a dimensão **Desempenho Físico**, entre um mínimo de 4 pontos e um máximo de 20 pontos, a média centra-se nos 13,83 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,70 pontos. Relativamente à dimensão **Dor Corporal**, entre um mínimo de 3 pontos e um máximo de 11 pontos, a média centra-se nos 7,84 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,95 pontos. A dimensão **Saúde Geral**, entre um mínimo de 11 pontos e um máximo de 24 pontos, a média centra-se nos 17,50 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,74 pontos. Já para a dimensão **Vitalidade**, entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 20 pontos, a média centra-se nos 12,48 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,91 pontos. Relativamente à dimensão **Função Social**, entre um mínimo de 4 pontos e um máximo de 10

pontos, a média centra-se nos 7,15 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,72 pontos. A dimensão **Desempenho Emocional**, entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 15 pontos, a média centra-se nos 11,07 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,60 pontos. Para a dimensão **Saúde Mental**, entre um mínimo de 6 pontos e um máximo de 25 pontos, a média centra-se nos 17,96 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,71 pontos. Em relação à dimensão **Mudança de Saúde**, entre um mínimo de 1 pontos e um máximo de 5 pontos, a média centra-se nos 3,24 pontos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,72 pontos. Em termos de escala de **Qualidade de Vida Total**, entre um mínimo de 70 pontos e um máximo de 148

Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors verifica-se que a distribuição de dados referentes a esta variável (Qualidade de vida), não se encontra enquadrada na normalidade em algumas das suas dimensões, ($p < 0,05$). Contudo, quis-se saber se a distribuição para cada uma das dimensões (com distribuição anormal) e qualidade de vida global, se afastavam muito da normalidade, quer em termos de curtose (kurtosis), quer mesmo a nível de assimetria (skewness) das curvas de normalidade. Para isso, dividiu-se cada um destes valores pelo seu respectivo erro padrão, de onde se salienta que em termos de kurtosis, a curva da dimensão Mudança de saúde, apresenta-se demasiado leptocúrtica ($Kurtosis/ep > 2$), e a curva da dimensão Funcionamento físico revela-se demasiado platicúrtica ($Kurtosis/ep < -2$). Já para a assimetria, constata-se que a curva da dimensão Mudança de saúde é assimetricamente positiva com ($Skewness/ep > 2$), revelando a existência de uma assimetria positiva considerável (enviesamento à esquerda).

Visto isto, assume-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para algumas das dimensões da qualidade de vida e consequentemente, qualidade de vida global, o que limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Na pesquisa relativamente à **hipótese 1**, que analisa a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida da grávida, verificou-se a nulidade da hipótese formulada em relação à idade, ao sector de actividade profissional, às habilitações literárias, ao estado civil e zona de residência. As diferenças significativas verificaram-se em relação à influência da Funcionalidade Familiar para com as dimensões Desempenho emocional, Dor corporal, Saúde mental e Qualidade de vida total quando estudada em continuo. Quando comparados os grupos de Funcionalidade das Famílias verificaram-se diferenças significativas no que respeita às dimensões Funcionamento Físico; Desempenho Físico; Desempenho Emocional, Saúde Mental e para a Qualidade de Vida Total. No que se refere ao nível sócio-económico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas quando estudados os grupos e apenas em relação às dimensões, Desempenho Emocional; Saúde Mental e à Qualidade de Vida Global.

Da **hipótese 2**, que estuda a relação entre o suporte social e a qualidade de vida da grávida, verificou-se a existência de diferenças estatísticas significativas.

Concluimos que o **Factor Informacional** tem poder explicativo sobre a dimensão saúde geral, sendo a relação estabelecida positiva ou seja, com o aumento do factor informacional, aumenta a qualidade de vida da grávida no que se refere à saúde geral. O **Factor Emocional** assume valor explicativo na dimensão Função social de forma directa, ou seja com o aumento do factor emocional aumenta também a qualidade de vida da grávida no que se refere à Função social. O **Factor Instrumental** assume valor explicativo nas dimensões Função social, Vitalidade e Saúde Mental. A dimensão Vitalidade é a que sofre maior valor preditivo sendo seguida pela Saúde mental e em último lugar surge a Função social. Ao contrário das outras, a segunda dimensão estabelece uma relação inversa ou seja com o aumento do factor instrumental, diminui a qualidade de vida no que se refere à Vitalidade mas aumentam as dimensões Função social e Saúde Mental.

No que diz respeito ao total da Escala de Suporte Social (**Apoio Total**) verifica-se poder explicativo na dimensão Função social, sendo a relação estabelecida positiva ou seja com o aumento do Apoio Social Total aumenta a qualidade de vida da grávida no que se refere à dimensão Função social.

A **hipótese 3**, que analisa a relação entre a vigilância da gravidez e a qualidade de vida da grávida, encerra dois aspectos distintos, o local ou locais onde decorreu e a assiduidade com que foi efectuada, essa mesma vigilância. Assim, relativamente ao local de vigilância utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis, de onde se destaca, que em termos de qualidade global, as utentes seguidas no consultório privado e no centro de saúde são as que possuem, em média, melhor qualidade de vida (65,00), surgindo imediatamente as utentes acompanhadas exclusivamente no consultório privado (63,44).

As mulheres que efectuaram as consultas exclusivamente no hospital são as que apresentam menor qualidade de vida total (19,90), assim como na totalidade das dimensões da escala.

Os melhores índices nas dimensões, Funcionamento Físico, Dor Corporal e Função Social, foram obtidos pelas grávidas seguidas concomitantemente no Centro de Saúde e no Hospital. Enquanto na dimensão Saúde Geral foi o grupo vigiado no Centro de Saúde e Consultório Privado que obteve o melhor índice. Nas restantes dimensões coube ao grupo seguido no Consultório Privado, os melhores índices de Qualidade de Vida.

Assim, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o Desempenho Emocional ($p=0,048$), o que leva a concluir que a hipótese formulada se verifica no que diz respeito a esta dimensão e rejeitada para as restantes dimensões e Qualidade de Vida Total.

Em relação ao número de Consultas de Vigilância Pré-natal, verifica-se que as grávidas com menos de 6 consultas apresentam melhor qualidade de vida em todas as dimen-

sões e escala total, comparativamente às que têm mais de 6 consultas. Excepção feita para as dimensões Dor Corporal, Saúde Geral e Desempenho Emocional onde as grávidas que efectuaram mais de 6 consultas, apresentam melhor Qualidade de Vida.

Contudo, constata-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas, quer para cada uma das dimensões, quer em termos de Qualidade de Vida Total ($p=0,701$), o que implica a verificação da nulidade da hipótese formulada.

Assim, no que se refere ao Desempenho Emocional a qualidade de vida da grávida é influenciada significativamente pelo local em que decorrem as consultas de vigilância da gravidez. O mesmo não se verifica em relação às restantes dimensões e à qualidade de vida total. Da mesma forma não se verifica interferência significativa do número de consultas, na qualidade de vida da grávida e em qualquer das dimensões.

DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Com a realização deste trabalho deparamo-nos inicialmente com o desafio: estudar a qualidade de vida da grávida, que por si só se tornou uma tarefa um pouco delicada uma vez que a avaliação da qualidade de vida sobre efeitos de numerosos factores: idade, suporte social e familiar e nível socio-económico, se torna um pouco complexa devido à sua sub-jectividade.

Em relação à idade, verificou-se que as faixas etárias variam entre os 18 e os 43 anos. Centrando-se a média de idades nos 28 anos. Das mulheres inquiridas, 14,80% têm idade superior aos 35 anos, e 25,20% tem idade compreendida entre os 30 e os 35 anos.

Assim, podemos referir que a **média de idades das grávidas** inquiridas é considerada como a ideal para conceber um filho, uma vez que a mulher/casal já tem uma maturidade física e psicológica e também estabilidade económica e profissional, para melhor aceitar e viver em pleno a maternidade e os riscos que dela possam advir (Graça, 2000).

Quanto à influência da idade sobre a qualidade de vida, não se encontraram quaisquer diferenças estatísticas significativas. O aumento da idade parece significar uma melhoria da qualidade de vida total e das suas dimensões, Funcionamento físico, Desempenho físico, Desempenho emocional, Saúde mental e Saúde geral, as dimensões, Dor corporal; Vitalidade; Função social; e Mudança de saúde, revelam o oposto, ou seja o aumento da idade traduz uma diminuição da qualidade de vida nessas dimensões.

Com respeito ao estado civil, as mulheres casadas constituem 82,60% da amostra, estando assim em larga maioria. O que vai de encontro com a opinião de Alarcão (2002), ao referir que na actualidade o casamento continua a desempenhar um papel fundamental na vida do indivíduo, sendo muitas vezes adiado para mais tarde devido a motivos pessoais.

Relativamente às habilitações literárias das grávidas inquiridas 37,40%, possui o 3º ciclo de escolaridade. A variável poderá constituir uma influência sobre a idade do casamento e sobre a idade do primeiro filho. Uma vez que com o

aumento dos anos de escolaridade, a que os indivíduos vão sendo sujeitos e com o aumento do número de mulheres a estudar nas últimas décadas, o casamento e a primeira gravidez são adiadas para mais tarde na vida de muitos casais (Graça, 2000).

Em relação ao sector de actividade profissional, o grupo mais representativo é referente às mulheres que exercem funções no sector terciário (42,50%), seguindo-se o secundário (34,50%), sendo o sector primário, o menos representativo (0,90%). Com respeito às dimensões, as grávidas que exercem funções no sector terciário apresentam melhor qualidade de vida, exceptuam-se as dimensões, Dor corporal, Vitalidade e Mudança de saúde em que são as grávidas domésticas, desempregadas e pertencentes ao sector primário que apresentam melhores índices de qualidade de vida. As grávidas que exercem as suas funções no sector terciário apenas revelaram os piores índices para a dimensão Mudança de saúde, enquanto as que pertencem aos outros dois grupos apresentaram piores índices, em quatro dimensões cada.

Quanto ao **nível sócio-económico** que foi avaliado pela escala de Graffar, verificou-se que 36,50% das grávidas tem um nível sócio-económico razoável, seguindo-se o grupo das mulheres com um nível reduzido (33,90%). Gonçalves (2002) sugere como suportes basilares da qualidade de vida os seguintes itens: a condição e capacidades físicas, o estado de bem-estar psicológico, as relações sociais e os factores económicos. O que leva a concluir que o factor económico é importante para que haja uma boa qualidade de vida. E também porque quanto mais baixo é o nível sócio-económico maiores são as percepções, os medos e inquietações com que a pessoa se encara a si própria e às mais diversas situações, afectando assim a sua qualidade de vida.

Verificou-se que a maioria das grávidas efectua a vigilância da gravidez no Centro de Saúde e uma minoria faz vigilância no Consultório Privado e no Hospital. Um factor que poderá influenciar esta decisão da grávida/casal é o nível sócio-económico que por ter decaído nos últimos anos, leva a que o local escolhido seja o mais económico. Ao Hospital apenas são referenciadas as grávidas com situações de risco, que por vezes é diagnosticada na fase tardia da gravidez.

Na relação entre a vigilância pré-natal e a qualidade de vida da grávida, constatou-se que as grávidas com <6 consultas tem em média melhor qualidade de vida comparativamente às que tem mais de >6, com excepção para as dimensões Dor corporal, Saúde geral e Desempenho emocional.

Relativamente ao suporte social os valores médios encontrados foram razoáveis em todos os factores e também no apoio total. Como nos refere Barrón (1996), o apoio social tem um efeito directo sobre o bem-estar do indivíduo, fomentando directamente a saúde, e assim proporcionando qualidade de vida.

Todas as dimensões apresentam uma correlação directa, com o apoio total o que leva a concluir que, quanto maiores os índices do Apoio total, melhor é a qualidade de vida da grávida.

No que diz respeito às **questões de investigação formuladas no início do estudo, apenas a funcionalidade familiar e o apoio social influenciam significativamente a qualidade de vida da grávida ou algumas das suas dimensões. No entanto as restantes variáveis como sejam a idade**, o nível sócio-económico e a residência parecem não constituir uma influência significativa na qualidade de vida da mulher.

CONCLUSÕES/SUGESTÕES

A gravidez faz parte do processo normal do desenvolvimento, mas envolve uma reestruturação e reajustamento de várias dimensões: fisiológica, psicológica, situação económica e o apoio de pessoas próximas ou de redes sociais.

É importante que os profissionais de saúde reconheçam que as necessidades sociais – económicas, os problemas de relacionamento com o marido/companheiro, o baixo nível educacional, a falta de apoio da família e até antecedentes psiquiátricos influenciam os cuidados de saúde durante a gestação, para que a grávida seja cuidada com qualidade, melhorando desta forma esta experiência gratificante que é a maternidade.

Em suma, todos os profissionais têm como objectivo primordial promover uma melhor qualidade de vida, assim como um bom suporte social à grávida através da potenciação dos recursos existentes na sociedade.

Assim, sendo, cabe-nos enumerar duas sugestões que se espera poderem constituir contributos, para a promoção de uma qualidade de vida e apoio social da mulher durante a gravidez.

- Promover medidas de suporte social (de acordo com as necessidades identificadas), recorrendo a redes de entajuda, proporcionando informação e encaminhamento da grávida.
- Interligar as investigações no âmbito da qualidade de vida e suporte social da grávida, com outras realizadas em diversos campos, como a psicologia e sociologia.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Madalena – **(Des.) equilíbrios familiares**. Coimbra: Quarteto, 2002.
- BARRÓN, A. I. – **Apoio social: aspectos teóricos y aplicaciones**. Madrid: **Siglo veitemo** España Editores, 1996.
- GAFFAR, M. – **One methode de classification sociale d. echantillons de population**. Paris : Courrier, 1956.
- GONÇALVES, L. L. – **Qualidade de vida dos idosos**. Estremadura: (s.n.), 2002. Tese de Doutoramento apresentada à faculdade de la Educacion da Universidade da Estremadura.
- GRAÇA, Luís Mendes et al. – **Medicina materno-fetal**. Vol. 1. 2ª Ed. Lisboa: Lidel, 2000.
- LEININGER, M. M. – **Transcultural nursing: Concepts, theories and practices**. New York: John Wiley and Sounds, 1978.
- MATOS, Ana Paula; FERREIRA, A. – **Desenvolvimento de uma escala de apoio social** – No prelo – Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento. Realizadas nos dias 7, 8 e 9 de Janeiro de 1999 em Coimbra, 1999.
- VAUX, A. – **Social support: theory, research and intervention**. New York: Praeger, 1988.

O IMPACTO DA INTERRUÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ NA VIDA DA MULHER

Ana Cristina Santos¹

RESUMO

A gravidez é um período de grandes compensações para a mulher, quando decorre até ao fim com sucesso. No entanto, quando por qualquer motivo surge um aborto espontâneo, este, pode ter um efeito devastador na sua vida, além de causar um luto interior por um sonho adiado – um filho. Esta experiência para qualquer casal é uma situação muito dolorosa e causadora de muito sofrimento e dor psicológica, fazendo rever uma série de valores, crenças e comportamentos na vida.

Face ao exposto, torna-se necessário que exista um maior empenho por parte dos profissionais de saúde em fornecer todo o apoio, atenção, carinho e saber respeitar o silêncio da mãe/pai, estabelecendo uma relação terapêutica. Permitindo sempre que possível, a presença constante dos amigos e familiares para proporcionarem toda ajuda, de forma a aliviar os sentimentos de revolta, angústia, culpa e tristeza.

Há também a necessidade dos Enfermeiros Obstetras envolvidos nestas situações de perda, reflectirem sobre a sua prática profissional participando em formações, de forma a possibilitar momentos de reflexão, aprofundamento e discussão sobre as atitudes perante a morte.

ABSTRACT

Pregnancy is a period of great rewards for women, when it runs up to a successful end. However, when for some reason there is a miscarriage this can have a devastating effect on her life. Besides, it may also lead to an inner mourning; it is an adjourned dream – a child. This experience is very painful and causes great suffering and psychological pain for any couple, making a revised set of values, beliefs and behaviors in life.

Given the above, it becomes necessary to have a great group of health professionals to provide all the support, attention, care and learning to respect the mother and father's silence, establishing a therapeutic relationship.

Whenever possible, the constant presence of friends and family should be allowed to provide all help to relieve feelings of anger, grief, guilt and sadness.

Obstetricians Nurses involved in such loss need to reflect on their practice and participate in vocational training to offer moments of reflection, insight and discussion about attitudes towards death.

1 – INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenómeno biologicamente normal e um acontecimento excepcional na vida de uma mulher, em que se assiste ao desenvolvimento de uma vida, à medida que vão crescendo, ao longo das semanas de gestação, as competências do embrião e do feto. É, também, uma fase de grandes transformações psicológicas e físicas, que envolvem mudanças e adaptações da grávida, do companheiro e da respectiva família.

No entanto, é uma utopia crer que toda a gravidez planeada e desejada tenha um decorrer e um fim com sucesso,

uma vez que, infelizmente, nem todos os “desastres obstétricos” podem ser antecipados ou evitados, acabando para algumas mulheres, por ser interrompida involuntariamente.

Apesar de ser reconhecido que a mortalidade desde os primeiros dias de vida pode acontecer, nenhuma mulher que engravida está preparada psicologicamente para este facto, pois a morte de um bebé além de ser muito dolorosa e envolver múltiplas perdas, conduz também a um desmoronar de um ideal de vida para os pais projectado na vinda desse filho, uma vez que os sonhos e projectos não se realizam.

A minha trajectória pessoal e profissional levou-me a realizar este artigo de reflexão, para abordar uma temática que para nós enfermeiros especialistas em saúde materna é muito dolorosa e de vivência um pouco difícil, o sofrimento e a dor de uma mulher que tem um aborto espontâneo. Tem como objectivo levar-nos a compreender melhor esta experiência e a reflectir sobre o quanto é importante e significativo a intervenção do enfermeiro perante esta situação.

Início a reflexão fazendo o relato de um testemunho de uma mãe que me marcou pessoalmente, não só pelo facto de o ter vivido intensamente, estando presente nesse momento difícil, mas também porque infelizmente me deparo no meu dia-a-dia com muitas situações idênticas, em que a dor, pela perda de um filho surge para muitas mulheres.

2 – TESTEMUNHO DE UMA MÃE

“Maria” com 30 anos de idade, grávida pela primeira vez, 10 semanas de gestação, deparou-se com uma dor abdominal aguda, corrimento vaginal avermelhado em pequena quantidade, pelo que recorre ao hospital ao Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia. Foi observada pelo médico e, posteriormente, realizou uma Ecografia Transvaginal. Durante a realização da ecografia, o coração batia apressadamente, e o seu pensamento tentava afastar da mente o que mais podia recear, que o seu bebé não estivesse bem. Olhava ansiosamente para o médico, desejando que a tranquiliza-se, mas esse momento tardava em chegar e os minutos pareciam-lhe horas. Até que o médico, olhando-a nos olhos e fazendo-lhe uma carícia na face, lhe diz “o embrião não apresenta movimentos cardíacos”. “Maria” ao ouvir proferir estas palavras, que ainda hoje recorda, e pensa que jamais esquecerá, sente as lágrimas a correrem-lhe pela face, e não consegue proferir uma só palavra nem realizar qualquer gesto. Durante minu-

¹ EESMO – CHT / V – Viseu.

tos continuava a fixar o médico, pensando, *“diz-me que não é verdade, eu não posso ter perdido o meu bebé, que embora ainda pequenino, já faz parte de mim e do meu companheiro – é o nosso filho”*.

Mas, mais uma vez, o médico reforça o que tinha dito anteriormente acrescentando que, *“provavelmente o embrião teria algum problema, e a natureza teria feito a selecção”*.

No momento em que “Maria” toma contacto com a notícia de aborto precoce fica gelada, desfeita, não conseguindo pensar em mais nada. Porém ela queria ter esperança e pedia ou necessitava de ajuda para intervir na situação de crise. Ela deixa perceber uma expressão de profundo sofrimento que não consegue dissimular. Nesse mesmo dia, horas mais tarde, ela descreve o que lhe aconteceu, mas essa descrição é entrecortada por um choro compulsivo. Refere que após a notícia da perda do bebé as horas passaram rapidamente, e só se recorda de alguns procedimentos que lhe foram prestados pela enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia como: acolhimento, avaliação de sinais vitais, colheita de dados (antecedentes pessoais, obstétricos, etc.) e de uma palavra de consolo. Fica internada no serviço de Obstetrícia, para iniciar o tratamento para a expulsão do produto da concepção.

Passadas algumas horas após o início do tratamento, “Maria” começou a sentir as dores físicas, devido às contracções do útero, dores que se vêm juntar à dor psicológica ou existencial causada pela perda do filho, tornando-se o sofrimento insuportável. Mas, graças ao carinho e profissionalismo dos enfermeiros, as dores físicas foram aliviadas com a administração de analgésicos e restabelecido o conforto físico. A dor causada pela perda, essa infelizmente ainda permanecia no seu íntimo e na sua mente.

“Maria” ao segundo dia de internamento mostrava-se ainda deprimida e com um choro fácil e continuado, deixando progressivamente transparecer os sentimentos de culpa e a revolta que sentia pela perda do filho. O aborto espontâneo é sentido por ela como uma dupla injustiça. Se, por um lado, se sente vítima dessa “injustiça do destino”, relativamente à qual se revolta, por outro, atribui a si própria a responsabilidade pela perda do seu bebé. Está, terrivelmente desiludida *“afinal não vai poder ter o seu filho nos braços”* para acariciar e amamentar.

Com o passar das horas “Maria” começa a sentir-se um pouco mais tranquila, aliviada do sofrimento que sente, e quando questionada sobre a situação porque passou, refere sentir-se triste, deprimida e ter vontade de chorar quando se lembra que perdeu o seu filho, tão desejado e esperado, sem poder ter feito nada perante tal situação.

Ao terceiro dia de internamento, após ter expulsado o embrião e os restos ovulares, e se encontrar clinicamente estável, tem alta hospitalar, sente-se melhor mas é visível ainda a impossibilidade que ela e o seu companheiro continuam a sentir em falarem conjuntamente sobre a perda e do sofrimento que isso lhes tem provocado. “Maria” continua a inibir e a controlar a expressão de sentimentos dolorosos frente

ao companheiro e à sua família, e a manifestar alguma dificuldade em integrar essa realidade. Expressa a dor e alguma revolta que sente, face às outras mães que acabam de ter os seus bebés saudáveis e pensa que poderia também ter o dela, se a gravidez tivesse decorrido sem qualquer problema até ao fim da gestação.

Mas “Maria” para consolo e esperança para a sua dor, projecta a possibilidade de engravidar novamente e poder realizar o sonho de ser mãe.

Passados alguns meses após a situação de abortamento, em “Maria” é nítida alguma capacidade de assimilar a realidade da perda do filho, embora isso ainda lhe seja, em certa medida, doloroso e se mostre ainda inconformada com a perda sentida como irreparável.

Após um ano, “Maria” concretiza o sonho de ser mãe, e é com grande emoção que embara, alimenta e abraça o filho tão desejado.

3 – REFLECTINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO ABORTO ESPONTÂNEO

Nos nossos dias, infelizmente, é muito frequente acontecerem situações como a que foi vivida por “Maria”, uma vez que o aborto espontâneo é uma experiência que pode atingir mulheres grávidas de todas as idades, que ocorre naturalmente, repentina e inesperadamente nas primeiras doze semanas de gravidez e que têm como principais causas as genéticas e hormonais, de acordo com o presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, Dr. João Silva Carvalho.

Muitas dessas situações são sentidas como experiências dramáticas pelos casais com impacto na relação entre ambos, deteriorando a união e com consequências irreparáveis nas suas vidas. Acontece que há experiências que acabam até por fortalecer a relação entre o casal, favorecendo um amadurecimento e crescimento interior, minimizando assim os sentimentos de culpa ou ressentimento resultantes da perda de um bebé. Assim, nem todas as experiências de aborto precoce são traumáticas, embora possam ser potencialmente traumatizantes, dependendo segundo Canavarró (2001), de alguns factores como o grau de ligação materno-fetal, o carácter repentino e inesperado do acontecimento e sobretudo o significado dado à experiência.

Para a maioria das mulheres o aborto espontâneo raramente é um acontecimento comum e banal, reagindo muitas delas à perda com demasiada culpa ou, pelo contrário, negando e tentando em vão esquecer, uma vez que a morte de um bebé, mesmo que seja um bebé que não se chegou a conhecer é muito difícil de aceitar, pois ele representa o início da vida e não o término.

Segundo Sena (2003), os problemas decorrentes do aborto referem-se mais ao domínio psicológico, e nesse âmbito, o aborto no primeiro trimestre causa mais perturbações do que o aborto tardio, porque a mulher não vê o produto da concepção, não existindo assim “um corpo para chorar”. A

recuperação física ocorre mais facilmente e sem intercorrências, na maioria das vezes.

O aborto espontâneo faz assim sofrer física e emocionalmente qualquer mulher/casal e como tal pode causar consequências psicológicas graves, negativas e depressivas e desencadear disfunções relacionais, que podem surgir de forma mais ou menos clara, camuflada, tornando-se a perda de um filho uma situação muito dolorosa, e causadora de muita dor ou sofrimento. São frequentes sentimentos de revolta, culpa, tristeza, angústia, e em situações mais graves à depressão pós-aborto e isolamento, afectando na maioria das vezes a auto-estima da mulher (Machado, 2010). Ao lado das manifestações verbais dos sentimentos, considera-se ainda outras formas de expressão não verbais que se revestem de importância primordial em situações de sofrimento, como sejam o choro silencioso e os momentos de silêncio. Todavia existem mulheres que não manifestam a sua dor explicitamente, através do choro ou expressões de tristeza, contudo não significa que para elas o aborto não se apresente como uma experiência de pesar, nesse sentido, deve ser respeitado o seu silêncio.

As reacções negativas face ao aborto serão assim, tanto mais intensas e dolorosas, quanto mais desejada é a gravidez e como tal alvo de grande investimento emocional (Machado, 2010). Pois antes de nascer, um bebé já nasceu na imaginação dos pais, apesar de ser desconhecido deles. Pensam no seu sexo, nas feições, nas expressões e na relação que vão ter com ele, nascendo assim um vínculo que tende a durar ao longo da vida. Este processo Soulé (1987) designa por “bebé imaginário”, e nestas circunstâncias, viabiliza o que poderemos chamar “vinculação intra-uterina”, que se irá condensar, após o nascimento, na filiação.

Na mulher e no homem a nível do inconsciente, ao desejo de um filho encontramos associados sentimentos de imortalidade, de perpetuação da vida, de perpetuação de nós através dos tempos, e em novas gerações (Sá & Cunha, 1996). Na opinião dos mesmos autores quando por qualquer motivo a gravidez não decorre até ao fim, surge um impacto traumático que o diagnóstico de aborto pode causar, associando-o à impossibilidade do casal vir a ter um filho. Sendo sempre sentida como uma perda, a morte desse filho e sê-lo-á tanto mais, quanto mais intensa é a relação afectiva que se estabeleceu com ele, exigindo um doloroso trabalho de luto que permita aos pais adaptar-se à cruel realidade da separação física definitiva (Cordeiro, 1987).

Importa salientar que o processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda, que deve ser experimentado de forma natural pela pessoa, contribuindo para a redução do stress, favorecendo a aceitação e a elaboração da perda, e com isso, evitar complicações patológicas. É ainda na opinião de Corr, Nabe & Corr (1994) cit. in Canavarró (2001), uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida significativa.

O processo de luto ocorre através de fases que, podem variar de pessoa para pessoa e nesta linha de pensamento Ma-

tos (2002), defende que podemos distinguir três fases fundamentais do processo de desligamento do objecto de amor perdido: o período de auto-agressividade, ditado por sentimentos de culpa, a fase de reacção paranóide, numa busca de encontro de eventuais responsáveis ou circunstâncias adversas e a ressurgência da expansividade pessoal com orientação da agressividade para o objecto perdido. Segundo Sanders (1989), cit. in Bobak, Lowdermilk, Jensen (1999), este processo pode durar dias, meses ou anos, a intensidade e duração das reacções de luto dependem de vários factores: percepção da perda, idade da mulher, crenças religiosas, capacidade pessoal de lidar com a perda, sistemas de suporte disponíveis e alteração que a perda causou na sua vida.

Para Canavarró (2001), habitualmente o processo de luto, no caso de uma perda precoce por morte, tem a duração de cerca de um ano, se não decorrer esse espaço de tempo entre a anterior e a nova gravidez o trabalho de luto pode ficar comprometido. Assim, quando a mulher não consegue vivenciar o luto, este processo segundo a mesma autora, pode-se complicar ao ponto de deixar de ser normal e saudável, impondo sérios riscos para a saúde física e psicológica da mulher. Acabando por desenvolver o que Parkes (1995) denomina por “luto complicado”, podendo vir a necessitar de ajuda psicoterapêutica para lidar com seus sentimentos e reorganizar a sua vida.

Os movimentos evolutivos do trabalho de luto pelo filho desejado, mas não concebido, podem permitir ao casal imaginar uma nova gravidez e o nascimento do filho que desejam (Sá & Cunha, 1996). Evidenciando este projecto de uma nova gravidez na busca de um novo sentido de vida para estes pais (Pereira & Sousa, 2009).

São vários os autores que revelam a eventual influência positiva de uma gravidez futura e bem sucedida no modo como se processa o luto por um filho perdido. Assim, uma gravidez de substituição, embora inicialmente sirva propósitos de manutenção da denegação da morte de um filho, poderá ser uma oportunidade única para elaboração deste luto, na medida em que os processos de separação e diferenciação do filho actual relativamente à imagem idealizada do filho falecido não permitem que esta idealização se perpetue (Lopes, cit. in Sá, 1997). Verificamos desta forma que uma gravidez subsequente à morte de um filho, se bem que possa implicar, num primeiro momento, o risco de que o luto não seja elaborado, constitui, normalmente, um meio de promover a sua elaboração (Sá, 1997).

Além disso, o contrário também pode acontecer, um aborto comprometer a elaboração do luto, na medida em que confirma o medo materno de repetição da morte, assim como concede um suporte acrescido às fantasias maternas, que acompanham os sentimentos de desvalorização, segundo as quais foi ela própria que matou o filho por não ter conseguido preservá-lo da morte (Lopes, cit. in Sá 1997). Igualmente “a existência de uma perda anterior com um processo de luto não completamente desenvolvido constitui um factor de risco para o desenvolvimento adaptativo de uma

futura gravidez e de um futuro relacionamento mãe-bebé” (Canavarro, 2001, p. 280).

Neste contexto, importa referir que um casal nunca mais será o mesmo depois de terem passado por uma experiência de aborto espontâneo, nunca a esquecerão, e permanecerá para sempre nas suas memórias, podendo ocorrer o Luto Agridoce (recordar a perda do bebé em momentos especiais, mês e ano em que ocorreu a perda, etc.), termo definido por Kowalski (1984), cit. in Bobak, Lowdermlk, Jensen (1999).

Face ao exposto há que não esquecer que o tempo pode ajudar, na realidade, a cicatrizar a dor da perda de um filho, mas há feridas, que permanecem por toda a vida, indo-se apreendendo a vê-la de forma diferente à medida que o tempo passa. É no fundo aprender a sobreviver emocionalmente.

4 – OS ENFERMEIROS OBSTETRAS PERANTE A PERDA DE UM BEBÉ

A gravidez representa, para uma mulher, um período de grandes compensações no seu amor-próprio que são vividas sobre o bebé (Sá, 1997). Quando por qualquer motivo ocorre um aborto espontâneo, a mãe fica impossibilitada de viver o momento do parto como um dos únicos momentos da vida em que a realidade transcende o sonho: o bebé real dá lugar ao bebé imaginário (Sá & Cunha, 1996). Perante a perda de algo tão precioso como um bebé, cabe aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetria ajudar os pais no processo de elaboração da perda e luto.

Pode acontecer em algumas situações que a mulher possa sentir por parte dos enfermeiros um certo distanciamento relativamente à sua situação, o que não deve ser mal interpretado, pois, para alguns profissionais de saúde a perda do bebé, pode ser justificada pelo facto de alguns verem uma gravidez precoce como uma união de células; outros visualizarem um bebé e ainda outros estarem preocupados com os riscos resultantes da situação de aborto espontâneo.

Porque somos pessoas, que trabalhamos e interagimos com pessoas, quando cuidamos da mulher que por infortúnio do destino perdeu a sua gravidez, devemos ter a preocupação de estabelecer uma abordagem psicológica e relacional, tentando cruzar os nossos próprios valores e crenças com os dela sem deixar que os nossos interfiram, para assim a podermos ajudar de uma forma mais esclarecida e eficaz, a ultrapassar as dificuldades e necessidades sentidas no momento.

Torna-se ainda relevante o conhecimento relativo às diferentes religiões e suas concepções a respeito da vida, da morte e, sobretudo, em relação ao significado que os pais e familiares atribuem ao aborto espontâneo. A sensibilidade dos enfermeiros para estes aspectos e a demonstração de disponibilidade para a dádiva de apoio são importantes na elaboração da dor da perda e todo o processo de cuidar. Uma vez que frequentemente, o sentimento de perda que está presente na experiência do aborto pode ser potencializado

pela pouca sensibilidade face aos sentimentos e necessidades por parte dos profissionais dos serviços de saúde. Muitas vezes por falta de preparação relativamente a conteúdos que envolvem o sofrimento, a perda, a morte, durante o percurso académico e profissional.

Havendo assim a necessidade dos enfermeiros envolvidos nestas situações de perda precoce reflectirem sobre a sua prática profissional participando em formações, de forma a possibilitar momentos de reflexão, aprofundamento e discussão sobre as atitudes perante a morte, tanto em âmbito pessoal como profissional.

Durante o acompanhamento efectuado à mulher seria importante avaliar o modo como esta, está a enfrentar a situação de interrupção espontânea da gravidez, durante o internamento na instituição e após a alta hospitalar, para desta forma se ter conhecimento do evoluir do equilíbrio psicológico, pois o aborto espontâneo quer seja um acontecimento isolado ou recorrente, causa na mulher várias reacções. Para tal, os enfermeiros deveriam usar todos os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para prevenir os efeitos secundários graves de ordem psíquica que possam resultar de uma situação de perda, de forma a evitar que, numa próxima gravidez, a criança condense o luto pela criança imaginária que não nasceu. Deveriam ainda identificar e providenciar o encaminhamento adequado da mulher, se apresentar sintomatologia traumática.

Após uma situação de aborto espontâneo é frequente segundo Beard (1989), que os pais pretendam obter uma explicação por parte da equipa multidisciplinar, particularmente se a gravidez era muito desejada, ou conhecida desde o seu início. Desejam ainda, segundo a mesma autora ver esclarecidas algumas dúvidas ou receios como sejam a existência de alguma situação patológica preexistente que possa ter influenciado o resultado da concepção ou terem realizado algo antes ou durante a gravidez que tivesse causado a morte. A incerteza e a má interpretação da situação são também frequentes uma vez que as circunstâncias e as causas de morte são muitas vezes desconhecidas para a maioria dos casais. Face ao exposto torna-se necessário que os enfermeiros estejam preparados, e arranjam estratégias, para saber informar e responder a todas as perguntas, bem como ajudar na tomada de decisão, apoiando estes pais.

Segundo Pereira & Sousa (2009), a ausência de um acompanhamento dos profissionais de saúde, após a alta hospitalar é motivo de insatisfação de muitos pais que passam por uma situação de gravidez interrompida espontaneamente, pelo que se torna então importante e significativo, segundo a opinião de Pereira (2010), a humanização dos cuidados de saúde, permitindo a criação de espaços específicos para ouvir estas mulheres e para actuar eficazmente sobre esta forma de sofrimento tão particular. Fomentando assim, um grupo de apoio, onde se considere a questão do luto dos pais, e se realize um acompanhamento multidisciplinar. A este grupo todas as mulheres poderiam recorrer sempre que precisassem de apoio emocional, ou simplesmente para ex-

pressarem abertamente os seus sentimentos negativos que vão surgindo, e acima de tudo que entendessem que não estão sozinhas na sua dor. Pois estas mulheres nunca esquecem o seu bebé, ao longo da sua vida, mas se ajudadas a partilhar e a expressar o seu luto, podem recordá-lo com menos sofrimento.

5 – CONCLUSÃO

A perda de um filho por morte pode ter um efeito devastador na mulher/casal e família, podendo até ter um impacto destrutivo nas suas vidas, causando transtornos na relação conjugal, nas gestações seguintes e em outros aspectos.

Os enfermeiros obstetras devem intervir de forma a ajudar a mãe/pai e restante família a adaptarem-se à sua nova situação, estabelecendo uma relação ajuda. Se o conseguirem, por certo todo o processo de ajuda foi conseguido, e consequentemente a resolução da perturbação psicológica gerada pela situação de perda facilitada.

Pelo testemunho descrito pode-se concluir que algumas mulheres que passam por um processo de interrupção espontânea da gravidez são afectadas a nível psicológico e precisam de ter a oportunidade de expressar seus medos, incertezas e conflitos, elaborando as suas próprias perdas, de forma a conseguirem falar e pensar no seu bebé com menos sofrimento.

6 – BIBLIOGRAFIA

- Beard, Patricia (1989). Quando a vida termina antes de ter começado. *Nursing*, Nº 18. Julho, p. 09-12.
- Bobak, Irene M.; Lowdermilk, Deitra L.; Jensen, Margaret (1999) - Enfermagem na maternidade. 4ª ed. Loures: Lusociência.
- Canavarro, Maria Cristina (2001) - Psicologia da Gravidez e da Maternidade. 4ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cordeiro, J. Dias (1987) - A saúde mental e a vida. 2ª ed. Lisboa. Edições Salamandra, Lda.
- Machado, Raquel (2010) - Aborto e auto-estima. [em linha] [Consultado 19/04/2010]. Disponível em <http://www.medicosdeportugal.iol.htm>
- Matos, António Coimbra (2002) - O Desespero: aquém da depressão. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores, Lda.
- Parke, C. M. (1995) - Guidelines for Conducting Ethical Bereavement Research, *Death Studies*, vol. 19, p. 171-181.
- Pereira, M. Graça & Sousa, Lucília (2009) - O impacto da interrupção da gravidez por malformação congénita: perspectiva do pai. *Revista Psicologia, saúde & doenças*, 10 (1), p. 31-47.
- Pereira, Sónia (2010) - Sequelas psicológicas do aborto espontâneo. [em linha] [Consultado 19/04/2010]. Disponível em <http://www.consultorio-psicologia.com.htm>
- Sá, Eduardo & Cunha, Maria João (1996) - Abandono e adopção – o nascimento da família. Coimbra. Edições Globo, Lda.
- Sá, Eduardo (1997). A maternidade e o bebé. Lisboa. Edições Fim de Século, p. 73-90.
- Sena, Nilza Mouzinho (2003) - Quando a esperança dá lugar à desilusão. *Revista Medicina e Saúde*. Ano 6. Nº 63. Janeiro, p. 82-84.
- Soulé, M. (1978) - *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Ed. ESF, Paris.

VIVÊNCIAS DAS AVÓS FACE AO ALEITAMENTO MATERNO

¹ Adriana Borges; ² Margarida Oliveira; ³ Mónica Henriques; ⁴ Rosa Moreira

RESUMO

O aleitamento materno não pode ser dissociado da história de vida de cada mulher, sustentada em mitos, crenças e práticas, transmitidas pela família, nomeadamente pelas figuras femininas mais velhas – mãe e sogra, podendo exercer influência significativa sobre o seu sucesso ou insucesso. Este estudo de natureza qualitativa, com uma abordagem fenomenológica, pretendeu compreender como a avó vivenciou a experiência do aleitamento materno quando foi mãe; identificar os significados que actualmente o aleitamento materno tem para as avós; e compreender como as avós vivenciam e/ou vivenciaram a prática do aleitamento materno no quotidiano familiar actual ou recente.

A análise obtida através de oito entrevistas semi-estruturadas, indica que o significado que o aleitamento materno tem actualmente para estas mulheres, é fortemente influenciado pelas crenças e pelas experiências vividas no passado. Hoje, no papel de avós, as participantes deste estudo identificam a existência de melhores condições para esta prática e reconhecem o

desejo de individualidade dos seus familiares. Num contexto em que a proximidade familiar intergeracional continua a existir, estas avós perceberam que o seu papel participativo permanece na retaguarda, factor que não impediu o despertar de sentimentos de auto-realização e de felicidade, perante o aleitamento materno dos seus netos, transpondo-as para uma nova dimensão da vida.

PALAVRAS – CHAVE: aleitamento materno, avós, vivências.

ABSTRACT

The breastfeeding cannot be dissociated of each woman's life history, supported in myths, beliefs and practices, transmitted by family, namely by the older feminine figures - mother and mother-in-law, being able to exert significant influence on its success or failure. This study is a phenomenologic qualitative study, with the objective to understand how has the grandmother lived the experience of breastfeeding when she was a mother; to identify the currently meanings that the breastfeeding has for the grandmothers; and understand how the grandmothers live and/or had lived breastfeeding in the current or recent family environment. The analysis of eight interviews indicates that the current meaning that the breastfeeding has for these women, is strongly influenced by the beliefs and the experiences lived in the past. The grandmothers, participants of this study, identify the existence of better conditions for this practical in the current days and recognize the de-

¹ EESMO, MDM – Coimbra.

² EESMO, HUC – Coimbra.

³ EESMO, HUC – Coimbra.

⁴ Professora na ESEnf – Coimbra.

sire of individuality of their familiar ones. In a context where the proximity of the family members exist, these grandmothers have the perception that their participative role remains in the rear, factor that did not hindered the wakening of happiness and auto-accomplishment feelings, before the breastfeeding of their grandsons, transposing them for a new dimension of life. KEY- WORDS: breastfeeding, grandmothers, experiences.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é um dos pilares da promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. Contudo, nem sempre a sua incidência e prevalência foram as desejadas. Actualmente assistimos a um esforço de entidades mundiais, nomeadamente da OMS que em conjunto com a UNICEF, promovem, protegem, apoiam e tentam identificar causas de declínio, encontrando estratégias para conciliar a sua prática com a vida moderna.

Como fenómeno bio-psico-social, que de forma recorrente e cíclica é vivido em cada família, não pode ser dissociado da história de vida de cada mulher, das suas vivências de infância, da aprendizagem do papel materno que lhe foi transmitido essencialmente pela sua mãe, das crenças e mitos, do conhecimento, das experiências familiares e do papel fundamental que as avós das crianças ainda hoje desempenham no apoio prático, emocional, social e cultural. As avós continuam a ser as grandes cuidadoras informais das filhas, noras e netos durante esta fase, podendo exercer influência significativa nas práticas e na decisão de iniciar, manter ou abandonar o aleitamento materno.

Perante a evidência científica da necessidade de alargar o conhecimento sobre as dinâmicas familiares em redor desta prática, este estudo centrou-se nas vivências das avós face ao aleitamento materno.

ALEITAMENTO MATERNO: INTERACÇÕES NO FEMININO

A família, unidade estrutural básica dentro da comunidade, constitui uma rede social que age como um forte sistema de suporte para os seus membros, desempenhando funções que contribuem para o bem-estar de cada um em particular e da sociedade em geral – funções afectivas, reprodutivas, de socialização, económicas e de cuidados de saúde (Friedman, Bowden, & Jones *apud* Perry, 2008).

Como instituição ancestral e universal, a família desempenha também um papel importante no cuidar da mulher durante a sua vivência da maternidade, na promoção de cuidados ao recém-nascido e na socialização gradual da criança em crescimento. Na maior parte das sociedades são as mulheres da família que já foram mães que têm o dever de dar conselhos e de apoiar (Martins, 2007).

Deste modo, a decisão de amamentar está interligada à história de vida da mulher, não é um acto instintivo, é uma arte feminina transmitida de geração em geração que requer uma aprendizagem social, que pode ocorrer na família, (Primo e Caetano, 1999) para ser prolongada com êxito. Para estes autores, a filha toma a mãe como exemplo a ser seguido, copiado e transformado, “já que minha avó amamen-

tou e minha mãe também, conseqüentemente, eu irei fazê-lo” (p.452), facto reiterado por Teixeira *et al.*, (2006), ao concluírem no seu estudo que sendo as mulheres – avós detentoras de uma panóplia de conhecimentos, são olhadas como verdadeiras “pedras preciosas” capazes de influenciar na decisão da prática do aleitamento materno. Com base nas concepções próprias do seu ambiente familiar e comunitário, as avós (maternas e paternas), simultaneamente cuidadoras significativas e modelos de referência familiar em diversos domínios entre eles os cuidados e a alimentação do recém-nascido/criança, trazem consigo conhecimentos, sentimentos, significados, experiências e práticas adquiridas durante a vivência da amamentação dos seus filhos e/ou até adquiridas através da transmissão geracional de valores, mitos, crenças e tabus que no seu conjunto interferem positiva ou negativamente no início, duração e a manutenção desta prática, independentemente da cultura onde estão inseridas (Sayers *et al.*, 1995; Haider *et al.*, 1997; Kohlhuber *et al.*, 2008).

Dos vários estudos consultados neste domínio, conclui-se que o comportamento materno face ao aleitamento materno é fortemente influenciado pela figura da avó da criança, considerada uma das fontes empíricas mais importantes de informação sobre a lactação, facto que se torna ainda mais relevante quando consideramos que no período do pós-parto, início e manutenção do aleitamento materno, as mães encontram-se mais vulneráveis a pressões e aos conselhos/orientações de terceiros.

ALEITAMENTO MATERNO: QUE SENSIBILIDADE PARA A ENFERMAGEM?

O investimento realizado no âmbito da saúde Materno-Infantil, o acesso generalizado, gratuito e coordenado aos dois níveis de prestação de cuidados (Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Diferenciados), têm contribuído para a melhoria dos cuidados prestados à grávida/casal/família, nomeadamente ao nível da fase pré-natal, parto e puerpério complementando/aferindo -se os cuidados e os ensinamentos que são prestados aos dois níveis. Na tentativa de melhorar os indicadores e as taxas mundiais e nacionais de adesão e manutenção do aleitamento materno, também a oferta de cuidados de saúde nesta área sofreu actualização e evolução. As normas e rotinas hospitalares, têm sido progressivamente reavaliadas e reestruturadas envolvendo os diversos actores (utentes e prestadores de cuidados), com o objectivo de promover e apoiar esta prática não só em contexto hospitalar, mas também na comunidade. De prática milenar e empírica, o aleitamento materno passou também a ser foco de intervenção sensível aos cuidados de Enfermagem.

Conscientes de que a ajuda à mãe e filho no processo de amamentação não envolve somente um conjunto de técnicas, mas como fenómeno psicossomático, requer um conjunto de habilidades e atitudes de empatia, as intervenções de enfermagem evoluíram autonomamente, no domínio do chamado aconselhamento. Tamez (2005), refere que os prin-

cípios básicos do aconselhamento em aleitamento materno, devem incluir: a escuta activa da mulher/casal, o uso da linguagem corporal, a atenção e a empatia, a orientação na tomada de decisão e o seguimento da mulher/casal/família durante esta fase. O Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia deve adquirir e aperfeiçoar continuamente estas competências e no âmbito do aconselhamento e da ajuda, deve ainda avaliar o sistema de suporte da mulher, familiar e de amizade mais próximo, a forma como percebem e vivem o aleitamento materno, os seus saberes, convicções e expectativas, já que eles influenciarão fortemente a sua incidência e o seu sucesso. A prática do aconselhamento em aleitamento materno transcende o domínio da lactação e das novas práticas, implicando uma formação alargada e específica, baseada na evidência que promova uma intervenção especializada, visando o desenvolvimento de competências parentais e o *empowerment* da família.

Neste domínio, os cuidados de enfermagem prestados à mãe, recém-nascido e família, devem ter em linha de conta todos estes aspectos, para que o cuidado humano seja significativo e terapêutico (Silva *et al.*, 2007). Identificar a forma como as avós vivenciaram e vivem este processo, os seus mitos, crenças e experiências, ajuda o enfermeiro a entender a “bagagem” materna, as suas concepções e expectativas, a planear, implementar e avaliar intervenções autónomas no sentido de promover estilos de vida saudáveis e ganhos em saúde para todos.

METODOLOGIA

Para a compreensão do fenómeno em análise, desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem fenomenológica, onde se procurou, a partir da análise dos discursos das avós participantes no estudo sobre as experiências vividas, extrair significados que permitissem a compreensão do fenómeno. Neste sentido foram realizadas oito entrevistas semi – estruturadas a avós do distrito de Coimbra, com idades compreendidas entre os 50 e os 63 anos, às quais foram atribuídos nomes fictícios. A sua maioria tinha dois filhos e as profissões distribuíram-se entre: 1 Cozinheira; 1 Agricultora; 1 Assistente Social (aposentada); 1 Professora (aposentada); 1 Auxiliar de Acção Médica; 2 Domésticas; 1 Funcionária de Limpeza (aposentada). O acesso às participantes foi intencional, respeitando os princípios éticos e legais, tendo por base os seguintes critérios de inclusão: serem avós de crianças até aos 2 anos de idade inclusive e terem vivido no contexto familiar, passado ou recente, a experiência do aleitamento materno. O método de análise utilizado foi de Colaizzi.

ANÁLISE DE DADOS

Da análise interpretativa dos relatos destas avós, emergiram três áreas temáticas: Amamentar; Entre o hoje e o passado; Avó na retaguarda.

As vivências das avós aparecem em dois momentos distintos, oscilando entre o que foi o quotidiano passado e o que é o quotidiano presente. E é neste vaivém entre as recorda-

ções de um passado distante e a realidade presente que, as acções, as interações, os sentimentos, as emoções e os sonhos, acontecem.

Os significados que o aleitamento materno tem actualmente para estas avós, surgem no meio de uma teia, onde as questões culturais se sobrepõem, através de crenças enraizadas no tempo. Para além da influência que se verificou ter havido nas formas de agir, no tempo em que elas amamentaram e que, ditaram de alguma forma o seu sucesso ou anunciaram o fim de uma experiência considerada gratificante, a força da crença sobreviveu aos tempos. Os significados mantêm-se, ganharam consistência e apesar do reconhecimento da evolução do conhecimento, da existência de práticas inovadoras e/ou promotoras do aleitamento materno que, modificaram formas de estar e agir, a resistência parece perdurar. Aquilo em que hoje as avós acreditam, resulta em grande parte daquilo que viveram no passado. A separação nítida entre o passado e o presente, representada no esquema 1, é justificada pela cisão existente no tempo. Os muitos anos entre, o que foi a experiência como mãe e entre, o que é a experiência como avó, parecem vazios de significado, reflectidos em posições de algum desconhecimento perante os avanços actuais na área.

Das experiências vividas foi possível compreender que no passado, a amamentação era uma prática orientada, sobretudo, pela tradição familiar. A amamentação era um acto transmitido, como uma obrigação inerente a qualquer mãe. Neste sentido podemos constatar uma imensidão de sentimentos, positivos e negativos, que emergiam consoante a vivência do aleitamento materno. E é destas vivências que surge o resgate dos sonhos vividos, a auto-realização perpetuando-se através da nova geração e sentimentos de felicidade.

O conceito de família ao longo dos tempos tem vindo a sofrer sucessivas alterações., e as avós participantes no estudo sentem diferenças que, sem querer esquecer um passado ao qual pertencem, respeitam. A necessidade de individualidade das suas familiares é percebida e entendida como legítima nos tempos correntes. A percepção da mudança e da diferença do estatuto de mulher e mãe é interpretado como vantajoso relativamente àquele que experimentaram. Estas vantagens que as avós reconhecem como favorecedoras da prática do aleitamento materno, colocam a avó na retaguarda da família, onde a proximidade familiar continua a existir, mas em que o seu papel se desenrola à distância. Contudo, mantêm-se atentas, tentando não influenciar negativamente, mas com o objectivo de poderem dar a sua ajuda e apoio sempre que solicitadas.

CONCLUSÃO

A prática do aleitamento materno foi desde sempre considerada como um acto natural e sem custos, essencial para a manutenção da espécie humana. Diminui as taxas de mortalidade e morbidade na criança e conseqüentemente no adulto; faz com que o indivíduo cresça biológica e emocionalmente. No entanto, ao longo dos anos tem vindo a sofrer influências

sociais, culturais e políticas, resultantes da adopção de novos costumes, de novas formas de estar e de viver consoante a época.

Nos depoimentos das participantes, descobrimos que a amamentação é o continuar do processo da gravidez e se encontra inundada de emoções e sentimentos positivos e negativos. No entanto para as avós, enquanto mães, ela surge como um dever ou responsabilidade, não é questionado o desejo de amamentar da mulher mas a possibilidade de o fazerem. A tradição familiar diz que a amamentação é uma das primeiras provas de amor pelo filho.

Para algumas das avós deste estudo, a amamentação era inquestionável, sendo considerada um prolongar da maternidade, um acto inerente ao papel de mãe, reflexo da tradição familiar. Esta tradição é fortemente dominada pelos conhecimentos, pelas práticas, mitos e crenças vigentes na época. Também nestas avós, é perceptível que as crenças familiares, construídas e transmitidas de geração em geração, vão de forma actuante intervir com as condições em que ocorre o nascimento e os cuidados à criança, sendo modeladoras do papel materno. Se as mães e as avós amamentaram elas devem seguir o mesmo modelo, uma vez que este acto não é instintivo, mas sim uma arte aprendida.

As vivências positivas e negativas do aleitamento materno, nestas mulheres, não tiveram influência nos significados que lhes atribuíram quando foram mães, nem mais recentemente, enquanto avós, que continuam a identificar no leite materno benefícios para a mãe, bebé, para a economia familiar e para o meio ambiente.

Apesar do significado positivo, as participantes no estudo, não atingiram os dois anos da criança a amamentar. Factores como o retorno à vida laboral, problemas relacionados com a criança, falta de auto-confiança e baixa auto-estima, parecem denotar, à época, falta de apoio por parte dos profissionais e das políticas de saúde.

Actualmente, a amamentação deixou de ser intrínseco ao acto de ser mãe, passando a ser uma opção pessoal da mulher determinada pelo contexto sociocultural em que ela se encontra inserida. Está ainda interligada à sua história de vida e ao significado que atribui a esta prática. A decisão de amamentar é um assumir riscos ou por outro lado garantir benefícios para a relação mãe/filho e é determinada pelas relações que a mulher estabelece durante esta vivência. Neste sentido, estas avós reconheceram que ser mulher e mãe hoje, é diferente. Estes papéis não são tão fortemente condicionados pela tradição familiar. Apesar do sentimento da mãe pelo filho se manter, o acesso à informação e a cuidados de saúde, a desmistificação de crenças e mitos e as mudanças das políticas de saúde que reconhecem na mulher mais direitos, para que possa viver o aleitamento materno, são actualmente identificadas e encaradas pelas avós como uma mais valia na vivência da maternidade.

Os cuidados outrora realizados na família e bem sucedidos com os seus filhos, levam a que a maioria das avós do estudo, continuem a acreditar em determinadas práticas, nomeada-

mente no uso da chupeta e na introdução precoce de novos alimentos (inclusive a água), aconselhando-os também às suas filhas/noras.

Tendo em atenção que cada família tem uma história de vida que se constrói ao longo dos tempos e perpetuando, reconhecemos que ela tem um papel fundamental, na tomada de decisão da mulher/mãe, em como alimentar o seu filho. Sempre que uma criança nasce, a família gera papéis com o intuito de proporcionar à mãe e filho o melhor para eles nesta fase tão delicada da sua vida. Nesta linha de orientação, vamos encontrar formas específicas, características da individualidade de cada núcleo familiar. Partindo à descoberta do mundo, em que elas foram mães e amamentaram, até ao momento em que se tornaram avós, conhecemo-las melhor, o que contribuiu para a compreensão das suas atitudes face à decisão tomada, pelas suas filhas/noras.

Durante este estudo, a temática da amamentação, foi-se revelando mutável ao longo das diferentes gerações. Compreendemos através do depoimento, muitas vezes emotivo destas avós, que apesar de não terem tido um papel influente, na tomada de decisão e manutenção do aleitamento materno da filha/nora, mostraram-se sempre disponíveis para o fazerem, manifestando um sentimento de felicidade, ao observarem que os seus netos eram amamentados. Porém respeitaram a individualidade do casal, numa época em que o nascimento é vivido de forma mais intensa no subsistema parental.

Face ao valor que elas atribuem ao aleitamento materno, torna-se pertinente uma abordagem especializada no sentido de desmistificar alguns mitos/ crenças e actualizar práticas que lhes permitam um maior envolvimento e uma melhor aceitação por parte das novas gerações de pais, pelo que se torna importante planear e implementar acções dirigidas a este grupo de mulheres-avós, incluindo-as no acompanhamento pré-natal e no puerpério em sessões de esclarecimento.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deverá usar das suas competências e habilidades na área, para agir, no sentido de minimizar os problemas inerentes à participação da família, nomeadamente das avós, no aleitamento materno dos seus netos. Neste sentido, importa conhecer as vivências e os significados por elas atribuídos, para a implementação de programas de intervenção, ajustados às práticas actuais, de forma a que as avós, possam ser fontes de informação, reconhecidas como verdadeiros diamantes, uma vez que as mesmas já vivenciaram e experienciaram a prática da amamentação. É necessário um repensar, um partilhar e um negociar de culturas e mundos, de modo a que o conhecimento popular aceite os conselhos profissionais sem existir imposição. É preciso, pois, sair de uma cultura do ter que, do dever de, para uma cultura do ser preciso, atendendo às necessidades e desejos da mãe/casal. Deverá ter presente, que estas mulheres-avós são detentoras de muitos conhecimentos e possuem um lugar de destaque como cuidadoras da família, do meio ambiente e do mundo.

As mulheres prestam cuidados carinhosos nos momentos mais marcantes do ciclo da vida, trabalhando em favor da continuidade da espécie, contribuindo para o prazer de viver, indo para além da acção dos profissionais de saúde. A estes, são atribuídas competências capazes de educar cada indivíduo/família a serem proactivos no seu projecto de saúde e de vida.

Neste âmbito, podem e devem ser implementadas estratégias especializadas, não descorando a cultura e as vivências de cada avó. Conscientes da importância do apoio e suporte familiar que pode ser prestado pelas avós, à mãe que amamenta, sugerimos as seguintes intervenções, dirigidas a este grupo etário:

- Implementar sessões dirigidas ao binómio mãe/filha/nora nos cursos de preparação para o parto, para que ambas adquiram e actualizem conhecimentos sobre o aleitamento materno;
- Fomentar nas consultas pré-natais o diálogo inter-generacional, facilitador do envolvimento da avó na tomada de decisão/ manutenção do aleitamento materno;
- Promover a participação da avó no apoio à filha/nora, no puerpério imediato, para que, estas sintam que podem ter um papel activo em todo o processo;
- Incrementar encontros entre avós e pais, que permitam a partilha de experiências, a modelação de crenças e atitudes levando-os a sentir que a ajuda/apoio entre gerações é importante, na vivência da maternidade;
- Criar um site e uma linha telefónica disponíveis 24 horas por dia, dirigidos às avós, de modo a que as mesmas possam esclarecer dúvidas e obter novas informações;
- Planear e organizar secções, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, em que enfermeiros e avós se en-

volvam mutuamente e sejam parceiros de cuidados no apoio à mãe/casal.

BIBLIOGRAFIA

- HAIDER, R. [et al.] - **Reasons for failure of breast-feeding counselling: mothers' perspectives in Bangladesh.** *WHO Bulletin OMS* [Em linha]. 75:3 (1997) 191-196. [Consult. 30 Set. 2009]. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2486944>.
- KOHLHUBER, Martina [et al.] - **Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study.** *British Journal of Nutrition*. Cambridge ISSN: 0007-1145. Nº 99 (2008) 1127 - 1132.
- MARTINS, Maria de Fátima - **Mitos e Crenças na Gravidez.** Lisboa: Edições Colibri, 2007. 282 p. ISBN 978-972-772-689-9.
- PERRY, Shannon E. - **Família e Cultura.** In LOWDERMILK, Deitra Leonard - *Enfermagem na Maternidade.* 7.ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN- 978-989-8075-16-1. p. 22-42.
- PRIMO, Cândida C.; CAETANO, Laíse C. - **A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe.** *Jornal de Pediatria.* [Em linha]. 75:6 (1999) 449-455. [Consult. 23 Mai. 2009]. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-06-449/port.pdf>.
- SAYERS, G. [et al.] - **Influences on Breast Feeding Initiation and Duration.** *Irish Journal of Medical Science* [Em linha]. 164:4 (Out.1995) 281-284. [Consult. 30 Set. 2009]. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/m3wl977207x74nk6/>. ISSN 1863-4362.
- SILVA, Rangel L. [et al.] - **A prática do Cuidado Prestado pelas Mulheres aos Filhos no Domicílio.** *Enfermería Global* [Em linha]. 10 (Mai.2007) 1-9. [Consult. 30 Set. 2009]. Disponível em www.um.es/eglobal/. ISSN 1695-6141.
- TAMEZ, Raquel N. - **Atuação de Enfermagem.** In CARVALHO, Marcus R.; TAMEZ, Raquel N.- *Amamentação, Bases Científicas.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN 978-85-277-1085-5. p.121- 137.
- TEIXEIRA, Marizete A. [et al.] - **Significado de Avós Sobre a Prática do Aleitamento Materno no Quotidiano Familiar: A Cultura do Querer-Poder Amamentar. Texto & Contexto-Enferm.** [Em linha]. 15:1 (Jan./Mar. 2006) 98-106. [Consult. 30 Set. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100012&lng=pt. ISSN 0104-0707.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO PATERNA E A SUA INFLUÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA

Ana Castro*; Fátima Costa**

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) materna tem sido alvo de muita atenção por parte da comunidade científica. A Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia tem valorizado cada vez mais esta problemática no pai, assumindo-se cada vez mais como um problema significativo na sociedade actual. Vários são os factores de risco associados a esta patologia que pode ser identificada precocemente através do uso de instrumentos de rastreio eficazes. É impor-

tante referir que a DPP paterna pode assumir-se como um problema extremamente importante, repercutindo-se negativamente no desenvolvimento comportamental, cognitivo e social da criança e nas relações familiares.

ABSTRACT

The postpartum depression (PPD) mother has been the focus of much attention by the scientific community. The Nursing Midwifery and Obstetrics has increasingly emphasized this issue in the parent, assuming increasingly as a significant problem in our society. There are several risk factors associated with this pathology that can be identified early through the use of effective

* Enfermeira; ARS Norte, I.P. - ACES Espinho/Gaia - USF Além D'Ouro

** Enfermeira; ARS Norte, I.P. - ACES Espinho/Gaia - USF Além D'Ouro

screening tools. It should be noted that the PPD father can be assumed as an extremely important issue, impacting negatively on the behavioral development, cognitive and social development and family relations.

Key-words: Incidence of *postpartum depression*, *postnatal depression*, *father and family*

1. INTRODUÇÃO

A DPP materna tem sido alvo de vários estudos. No entanto, há algumas indicações de que os homens também experimentam depressão após o nascimento de uma criança, e que a depressão paterna está associada à depressão materna¹.

O interesse em conhecer o estado actual do conhecimento nesta matéria, surge, em parte, pela forma como o problema aparece descrito na bibliografia internacional. Noutros países a DPP paterna há muito tempo que tem sido estudada e os resultados apontam para um crescimento do interesse pelo seu estudo.

O objectivo geral deste artigo de meta-análise foi examinar o estado do conhecimento actual sobre a DPP no homem. Os objectivos específicos foram (1) conhecer a incidência/factores de risco de DPP paterna após o nascimento de uma criança, (2) comparar as diferentes escalas utilizadas para avaliar a depressão paterna e (3) discutir a influência da DPP paterna na criança/família.

Os resultados da nossa pesquisa dizem-nos que a DPP paterna tem implicações na saúde da criança e bem-estar familiar. Neste sentido será importante projectar intervenções específicas para ajudar a família no pós-parto. Os instrumentos específicos para avaliar a DPP no homem devem ser desenvolvidos e aperfeiçoados.

Pretendemos descrever os resultados de estudos sobre a DPP paterna. Baseámo-nos em artigos publicados em revistas internacionais indexadas.

2. MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre Abril e Agosto de 2010. Procuramos artigos publicados entre 2000 e 2010 nas bases de dados electrónicas disponíveis na B-on, utilizando as seguintes palavras-chave: *postpartum depression*, *postnatal depression*, *father and family*. Alguns estudos sobre a DPP materna também foram consultados mas não incluídos. Os artigos seleccionados estudam a DPP de variadíssimas formas e segundo diferentes perspectivas. É do nosso interesse respeitar os posicionamentos desses estudos e enquadrá-los numa perspectiva comparativa com outros estudos sobre a DPP paterna, incluindo ferramentas de avaliação da depressão, o estudo da associação entre a depressão materna e paterna e as consequências para o desenvolvimento da criança. Foram encontrados seis artigos que correspondiam aos critérios da pesquisa.

3. RESULTADOS

Em Portugal foram encontrados vários estudos nesta área, mas, por essas publicações não serem indexadas não foram incluídos no nosso estudo.

Para os 10 anos incluídos na pesquisa, apenas 6 estudos reuniram os critérios de pesquisa.

O tipo de estudo mais usado pelos investigadores desta área é o estudo transversal. Os autores preocupam-se com a selecção de casais a incluir nos estudos em que os pais estejam incluídos na educação da criança e que morem juntos com a família.

A maioria dos estudos usa o questionário como instrumento de recolha de dados.

O instrumento de avaliação da depressão no pai mais utilizado é o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Esta escala é eficaz para a identificação de homens em risco de desenvolver DPP paterna.

O período em que a DPP paterna é avaliada é, em média, entre 6-12 semanas após o nascimento da criança.

3.1. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO

Nos meios de comunicação social, académicos bem como na comunidade científica esta problemática tem sido alvo de atenção, sendo do conhecimento geral que afecta homens e mulheres. O diagnóstico desta patologia é importante e deve ser efectuado o mais precocemente possível através de ferramentas de rastreio validadas.

Quanto às escalas de avaliação usadas para a detecção da DPP paterna há um instrumento de avaliação que é usado em quase todos os estudos. Este instrumento é a EPDS. É composta por 10 itens e requer cerca de 5 minutos para ser preenchida². Encontra-se disponível em diferentes línguas e tem validade transcultural. Por vezes é necessário o auxílio para a sua interpretação, pelo que se deve lembrar os homens que deviam escolher a resposta que melhor indicasse o modo como se sentiam “desde há sete dias” e não apenas no dia actual.

A cotação máxima é de 30, sendo que 10 ou mais, indica possível depressão de severidade diversa e mais de 12 indica depressão grave. A cotação da EPDS não permite fazer um juízo clínico conclusivo, sendo sempre aconselhável confirmar o diagnóstico por outras metodologias clínicas. Esta escala não detecta distúrbios de ansiedade, fobias ou perturbações de personalidade.

Nos artigos seleccionados os instrumentos de análise de dados utilizados foram: EPDS, Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS), Parenting Stress Index-Short Form (PSI-FS), Dyadic Adjustment Scale (DAS), Parent-Child Dysfunctional Interaction (PCDI), Beck Depression Inventory (BDI), Odds Ratio (OR), Patient Health Questionnaire-Depression Module (PHQ-9), Gotland Male Depression Scale (GMDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Brief Patient Health Questionnaire (PHQ breve).

Após a análise pormenorizada dos artigos constatou-se que os instrumentos de análise de dados mais utilizados foram: a EPDS, o BDI e o PHQ-9.

Segundo Lai *et al*³ a EPDS é muito mais precisa do que o BDI e o PHQ-9 na detecção de DPP. A EPDS é especificamente concebida para detectar a depressão no período pós-parto, tendo uma eficácia diagnóstica superior ao BDI e ao PHQ-9.

Na perspectiva de Goodman⁴, a EPDS é um instrumento válido e fiável para a avaliação dos pais no período pós-parto

devendo ser utilizada não apenas para detectar ansiedade. Ela tem a sensibilidade adequada e especificidade quando comparada com o diagnóstico psiquiátrico de depressão maior e menor.

De acordo com Pinheiro *et al*⁵, a referida escala não foi utilizada uma vez que esta escala não se encontrava validada para a população brasileira pelo que recorreram ao BDI para detectar a sintomatologia depressiva.

De acordo com o estudo efectuado por Madsen e Juhl⁶ é possível identificar DPP paterna utilizando as escalas EPDS e GMDS em simultâneo.

Para Davé *et al*⁷ e Ramchandani *et al*⁸ a EPDS é um bom instrumento de avaliação e deve ser utilizado na avaliação de DPP paterna.

Noutros artigos de meta-análise consultados os autores encontraram uma panóplia de instrumentos algo diferentes do nosso estudo. Escalas como: General Health Questionnaire (GHQ-30), Structured Clinical Interview for DSM-III-R, non-patient version (SCID-NP), Symptom Checklist 90-Revised (SCL-30), Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), Schedule of Affective Disorders Scale (SADS), Schedule of Affective Disorders Scale/lifetime (SADS-L), Psychiatric Assessment (PAS) foram referenciadas como instrumentos alternativos aos referenciados.

3.2. INCIDÊNCIA/FACTORES DE RISCO DE DPP NO HOMEM

A DPP no homem é um fenómeno clinicamente significativo.

A chegada de uma criança ao seio familiar gera alterações no ritmo pessoal de cada um dos cônjuges e na sua inter-relação. Os cuidados ao filho exigem grande disponibilidade física e psíquica por parte da mulher, podendo esta sentir-se incompreendida e sem apoio por parte do companheiro. Este poderá ter os mesmos sentimentos em relação à mulher. Poderão representar um factor de conflitos no casal, nem sempre expressos, mas muitas vezes latentes. Vários estudos revelam que estes quadros de Depressão iniciados no puerpério apresentam uma incidência de 10-20% nas mulheres^{9 e 10} e embora menos documentado, no homem encontramos variações de 3-24%^{11 e 12}. Tendo em conta o descrito anteriormente, a DPP paterna é muito importante porque afecta um dos pilares a nível familiar.

De acordo com Goodman⁴, citando Deater-Deckard *et al* (1998), a tendência ou predisposição para desenvolver depressão está relacionada com a estrutura cognitiva o que favorece o surgimento da depressão. Os factores sócio-demográficos e psicossociais, o suporte social, os factores psicológicos e os acontecimentos de vida são tidos em conta como factores de risco para o surgimento de DPP paterna.

Segundo Pinheiro *et al*⁵ os pais devem ser avaliados no que respeita a transtornos de humor no pós-parto, especialmente quando a mulher está deprimida. Esta patologia não se encontra associada a variáveis sócio-demográficas mas sim a transtornos associados ao álcool. A DPP paterna é referenciada, pelos autores acima citados, como estando associada

à DPP materna, daí que os profissionais de saúde devam dar especial atenção à DPP nos pais principalmente se a mãe se encontrar deprimida.

Na perspectiva de Shumacher *et al*¹, citando Deater-Deckard *et al* (1998), os homens de famílias e parceiros de mães solteiras têm maior risco de desenvolver sintomas depressivos do que os homens de famílias tradicionais. Nesse estudo o autor faz referência a que filhos de pais depressivos também se encontram em risco de desenvolver problemas emocionais e comportamentais. A DPP paterna é um problema significativo e intimamente associado com a DPP materna.

Alguns autores realizaram meta-análises sobre os factores de risco para a DPP paterna procurando compreender os que mais poderiam contribuir para esta patologia. O'Hara e Swain¹³, por exemplo, realizaram uma meta-análise baseada em 59 estudos para determinar o efeito de um vasto conjunto de factores de risco medidos durante a gravidez para a DPP. Concluíram que as relações maritais perturbadas ou de conflito, os acontecimentos de vida stressantes, a história de psicopatologia prévia, o reduzido suporte social e o distúrbio psicológico durante a gravidez assumiam-se de grande importância.

Beck¹⁴ realizou ainda uma meta-análise de 84 estudos publicados até 1990, acerca da DPP, para determinar a relação entre esta perturbação e vários factores de risco. Chegou à conclusão que a baixa auto-estima, o stress relacionado com os cuidados ao bebé, as circunstâncias de vida adversas, as dificuldades na relação matrimonial, a história anterior de depressão, o baixo suporte social, as dificuldades temperamentais do bebé, o estatuto sócio-económico, o estatuto marital e a gravidez não planeada/não desejada eram os factores de risco mais significativos.

A DPP paterna é uma patologia que, como muitas outras, é decorrente de uma combinação complexa de factores biológicos e psicossociais. Esta poderá apresentar diferentes formas de combinação de factores.

3.3. INFLUÊNCIA DA DPP PATERNA NA CRIANÇA/FAMÍLIA

Nem sempre a chegada de um novo elemento ao agregado familiar é encarado como um acontecimento festivo. Há referências de pais que revelam ter tido a sensação de invasão por parte do filho, de um território que era seu, sem que tenham tido a capacidade para se libertar desse sentimento que é descrito como ciúme. A distância entre o casal agrava-se, e quando há uma tentativa de reaproximação, da parte do homem, há rejeição da mulher¹⁵.

Com a mudança do papel paterno e o envolvimento na educação dos filhos a experiência de ter um filho é encarada como uma necessidade de grande ajuste por parte do homem.

A vida emocional dos pais após o nascimento de uma criança tem sido negligenciada, sendo que a DPP paterna é um fenómeno que requer mais atenção. Há indícios de que os homens também experimentam a depressão após o nascimento de uma criança, acabando por afectar o relacionamento entre os diversos membros da família, trazendo gra-

ves implicações para a sua saúde e bem-estar.

Na perspectiva de Madsen e Juhl ⁶ a DPP paterna tem um efeito específico e negativo sobre o desenvolvimento comportamental e emocional dos seus filhos, podendo comprometer ainda mais a saúde da família e bem-estar. Pode criar uma cadeia de reacções mal-adaptativas que dificultam o ajustamento familiar, que abalam o precário equilíbrio familiar e podem também ter consequências negativas na relação do casal com o bebé, no seu desenvolvimento cognitivo.

Pais sob stress podem ser incapazes de prestar o apoio necessário no puerpério às suas companheiras. O elevado stress parental coloca, desta forma, o relacionamento pai/filho em situação de risco emocional e problemas comportamentais.

De acordo com o estudo efectuado por Ramchandani *et al* ⁷ a DPP paterna tem um efeito específico e persiste em prejudicar precocemente os comportamentos da criança no seu desenvolvimento emocional. Esta patologia quando surge nos primeiros meses de vida de uma criança pode ser um factor de risco adverso particular para o seu desenvolvimento. Estaria ainda associada a aumento de risco de problemas comportamentais e emocionais em crianças com idades entre 3 a 5 anos. Pode ter um impacto directo sobre a forma como os pais interagem com os seus filhos. A DPP pode comprometer a capacidade de ambos os pais para cuidar responsabilmente dos seus filhos e realizar outros papéis na família.

De acordo com a Teoria dos Sistemas Familiares ¹⁴ qualquer coisa que afecte um membro da família afecta os outros membros, quer seja directa ou indirectamente. Assim sendo, por esta perspectiva, a depressão nos homens afecta todos os membros da família assim como as suas relações, trazendo graves implicações para a saúde e bem-estar de todos os elementos familiares. Isto tem repercussões importantes a longo prazo no desenvolvimento da criança. A influência negativa dos pais no ambiente em que a criança se desenvolve prejudica a qualidade do relacionamento não só do casal mas também a qualidade das relações pais/filho.

A DPP paterna é assim encarada como um problema significativo pelo que se deve dar especial atenção às famílias em que os pais possam estar deprimidos.

4. DISCUSSÃO

Da nossa pesquisa bibliográfica encontramos seis artigos publicados entre 2000 e 2010. Noutros estudos com o mesmo propósito que o nosso, cujo período de análise foi entre 1980 e 2002, os autores encontraram um maior número de estudos. Podemos afirmar que esta temática já foi alvo de mais interesse do que é agora. No entanto, tendo em conta que o período pós-parto é um período de janela de vulnerabilidade para os homens podendo desenvolver sintomas depressivos, torna-se fundamental mais estudo sobre esta patologia.

Esta temática requer um maior investimento no sentido de compreender a influência da DPP paterna a nível familiar e determinar se a depressão nos homens após o nascimento de uma criança difere da depressão noutras circunstâncias durante o ciclo vital masculino.

Alguns dos estudos consultados permitem-nos direccionar a nossa atenção para a relação entre a DPP paterna e materna.

Para melhor compreender a influência da DPP na criança/família seria importante o investimento em mais estudos em que ambos os pais se encontrassem incluídos. É necessário ampliar esse conhecimento de forma a tornar mais fácil a identificação e tratamento da DPP paterna.

Também pode tornar-se essencial utilizar diferentes instrumentos de análise de dados que permitam avaliar o estado emocional no homem. Instrumentos específicos para avaliar a depressão no homem precisam de ser desenvolvidos e aperfeiçoados.

5. IMPLICAÇÕES FUTURAS DA DPP NO HOMEM

A DPP no homem necessita de ser reconhecida no sentido de proteger a criança/família de repercussões negativas desta patologia a nível familiar.

À luz das implicações deste problema para a saúde individual e familiar, muito trabalho precisa de ser efectuado. A possibilidade de um pai deprimido poder afectar não só o desenvolvimento familiar mas também o desenvolvimento social e cognitivo da criança implicam que seja necessário investir nesta temática, no sentido de projectar intervenções para ajudar a família após o parto e de as prevenir.

Os instrumentos específicos para avaliar as dimensões da DPP paterna necessitam de ser mais desenvolvidos uma vez que ainda não se encontram todos validados para o homem. A investigação sobre esta temática exige muito mais atenção, na medida em que, os sintomas depressivos do pai podem representar alterações no equilíbrio familiar.

Quando um pai com DPP é tratado existem vantagens para toda a família e os benefícios podem-se estender para os próximos anos implicando ganhos em saúde.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

Hoje em dia, existe uma lacuna na investigação nacional e internacional actual, em que apenas um escasso número de investigadores se debruçou sobre as respostas dos homens a este acontecimento de vida, comparando-as com as que são manifestadas pelas mulheres. Segundo Areias *et al* ¹¹, esta falha poderá dever-se ao facto de a cultura instituída atribuir as causas das perturbações pós-natais a factores essencialmente biológicos. No entanto, excluindo-os, vamos encontrar outros factores de risco passíveis de causar DPP no homem, após o nascimento de um filho.

A triagem da DPP nos pais durante o período pós-parto pode tornar-se fundamental na identificação das famílias em risco. O efeito negativo da DPP paterna na criança indica a necessidade de intervenção precoce para famílias em risco.

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Quando um pai está deprimido o ambiente familiar/criança

está comprometido e o seu desenvolvimento em risco. Identificar os pais deprimidos representa uma alta prioridade. Torna-se extremamente importante a identificação das famílias em risco. Poderia ser realizada de forma rotineira e programada visitas domiciliárias por forma a despistar situações patológicas de DPP vivenciadas no seio familiar.

O efeito negativo de DPP paterna na criança/família indica a necessidade de intervenção precoce para as famílias em risco. O tratamento precoce pode prevenir os efeitos negativos sobre a família, facilitando uma adaptação saudável a uma nova etapa da vida, uma óptima relação pais/criança e desenvolvimento infantil.

Existem poucos programas para resolver a DPP paterna.

Os enfermeiros como profissionais de confiança, podem em diversas áreas implementar práticas para abordar a saúde mental paternal. Cabe ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia estar alerta para as necessidades do novo pai. A sua atenção não deve ser focada exclusivamente na mãe/criança mas também no pai, dado que este tem uma responsabilidade ética para com a nova família. A família deve ser encarada numa perspectiva holística e a identificação de pais deprimidos no período pós-parto é fundamental e emergente. Torna-se necessário reforçar o incentivo aos pais relativamente à participação mais activa nas aulas de preparação para a parentalidade e incluir nesses programas temas como a DPP paterna.

Consciencializar a população para este problema, uma vez que afecta um número significativo de famílias, necessitando de ferramentas para avaliar esse distúrbio mental. Outra das medidas poderia ser a divulgação desta problemática nas salas de espera dos Hospitais, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar bem como em serviços públicos.

A criação de recursos online onde houvesse informação para indivíduos leigos seria de extrema importância.

As escalas utilizadas na avaliação da DPP paterna podem e devem ser aplicadas pelos enfermeiros, pelo que estes devem ter um papel mais activo na detecção precoce desta patologia.

8. CONCLUSÃO

A DPP paterna é um fenómeno clinicamente significativo. A forte correlação desta patologia com a DPP materna tem implicações importantes para a saúde e bem-estar familiar. É um importante passo na investigação na medida em que é fundamental prevenir os efeitos negativos desta patologia sobre a criança/família e facilitar a adaptação saudável dos pais à parentalidade, assim como, uma óptima relação pai/criança e desenvolvimento infantil.

Face ao estudo efectuado, pudemos concluir que a DPP paterna é uma temática extremamente importante. Torna-se fundamental investir na pesquisa desta problemática.

Relativamente à incidência/factores de risco, a DPP paterna assume-se cada vez mais como um problema da sociedade actual, daí ser necessário investir e aprofundar conhe-

cimentos sobre os factores de risco no sentido de prevenir o mais precocemente esta patologia no período pós-parto.

A transição para a parentalidade implica grandes mudanças e um impacto psicológico no homem. Desta forma, é importante uma avaliação da adaptação à parentalidade assim como a possibilidade da ocorrência de transtornos de humor neste período.

Tendo em conta a realidade desta patologia no seio de algumas famílias, alguns instrumentos de avaliação da DPP podem assumir-se como fundamentais como é o caso da EPDS.

Esta problemática tem implicações importantes na saúde e desenvolvimento da criança e bem-estar familiar. Neste sentido precisa de ser cada vez mais reconhecida e lhe ser dada uma especial atenção. Finalmente é necessária mais investigação nesta área de modo a que sejam reunidos novos dados epidemiológicos, clínicos e culturais, que acabarão por favorecer o avanço do conhecimento neste domínio científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Shumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. Elsevier Australia. 2008 mar.; 21: 65-70.
- 2 Cox JL, Holden JM, Sagovski R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *Brit J Psychiat*. 1987. p. 782-786.
- 3 Lai BP, Tang AK, Lee DT, Yip AS, Chung TK. Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. Elsevier Ireland. 2009 jul.; PSY-06275: no of pages 6.
- 4 Goodman JH. Influences of Maternal Postpartum Depression on Fathers and on Father-Infant Interaction. *Infant Mental Health Journal*. 2008; 29 6: 624-643.
- 5 Pinheiro RT, Magalhães PV, Horta BL, Pinheiro KA, Silva RA, Pinto RH. Is Paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 230-232.
- 6 Madsen AS, Juhl T. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. Elsevier Ireland. 2007 feb.; 4 1: 26-31.
- 7 Davé S, Nazareth I, Sherr L, Senior R. The association of paternal mood and infant temperament: A pilot study. *British Journal of Developmental Psychology*. 2005. p. 609-621.
- 8 Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*. 2005 jun.; 25: 2201-2205.
- 9 Wisner KL, Perel JM, Blumer J. Serum sertraline and N-desmethylsertraline levels in breast-feeding mother-infants pairs. *Am J Psychiatry*. 1998. 155:5, 690-692.
- 10 O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*. 1984; 93 2: 158-171.
- 11 Areias MEG, Kumar R, Barros R, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal Psychiatry*. 1996. p. 36-41.
- 12 Dudley M, Roy K, Kelk N, Bernard D. Psychological correlates of depression in father and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2001; 19: 187-202.
- 13 O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996. p. 37-54.
- 14 Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursin Research*. 2001. 5 50: 275-285.
- 15 Feinenmann J. Surviving the baby blues. Local: Âmbar. Complexo Ind. Gráfico SA; 2000

Cuidados Pré-Natais prestados pelo EESMO. Haverá futuro?¹

Irene Cerejeira²

RESUMO

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEESMO) é constituído pelos membros que detêm o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme o disposto no nº2 do art. 31º - A da lei 111/2009 de 16 de Setembro do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), reconhecendo-se assim a relevância das intervenções do Enfermeiro Especialista.

As áreas de intervenção do EESMO centram-se no âmbito do Planeamento familiar, Pré-Concepcional, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério e Ginecologia. Estas actividades podem ser exercidas em diferentes contextos, tais como, o domicílio, a comunidade, hospitais, Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES).

Com a reforma dos Cuidados Primários, que foi essencial na resposta de proximidade aos cidadãos, e que tem como missão o desenvolvimento de intervenções centradas nas pessoa/família, surgiram na área da Saúde Materna e Obstétrica alguns constrangimentos que estamos a colmatar, no sentido de criar uma articulação efectiva e ajustada a esta reforma, de modo a dar cumprimento ao desígnio fundamental da OE "a promoção e a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional" conforme artigo 3º da Lei nº111/2009 de 16 de Setembro.

A OE em parceria com a mesa do colégio desta especialidade está a encetar esforços, de modo a clarificar o espaço de actuação do EESMO na vigilância pré-natal, ao nível dos ACES. O reconhecimento da necessidade desta reorganização está claramente assumida pela Ordem dos Enfermeiros e as estratégias delineadas passam por discutir as questões fundamentais do presente, para que o futuro da nossa especialidade corresponda ao que efectivamente se faz a nível internacional. Para isso, não podemos prescindir do envolvimento de todos os ESMO, mas com uma postura de proactividade, assertividade, respeito e empenho para com a Mesa do Colégio.

ABSTRACT

The College of Nursing Speciality Maternal Health and Obstetrics (CEESMO) is composed of members who hold the professional title of Specialist Nursing Maternal Health and Obstetrics (Midwifery), as provided in paragraph 2 of art. 31 – The 111/2009 of September 16 of the Statute of the Order of Nurses (OE), recognizing the importance of assistance of the Nurse Specialist.

The intervention areas of focus EESMO under the Family Planning, Pre-conception, Pregnancy, Childbirth, Puerperium, Menopause and Gynecology. These activities can be conducted in different contexts, such as the community, household, hospitals, Health Centers Group (ACES).

The reform of primary care was essential in the response of proximity to citizens, and whose mission is to develop interventions that focus on the person / family. However, emerged in the area of Maternal and Obstetric some constraints that we are addressing, in order of to create an effective articulation and adjusted to this reform. In order to comply with fundamental design of the OE "promoting and defending the quality of nursing care

provided to population and development, regulation and monitoring of the profession of nurse, ensuring compliance with rules of ethics and professional deontology" as article 3 of Law No. 111/2009 of 16 the September.

The OE in partnership with the College of this specialty is to start efforts in order to clarify the performance space of EESMO in prenatal surveillance, the level of ACES. The recognition of the need for this reorganization is clearly recognized by the OE and strategies outlined are to discuss Key issues of this so that the future of our specialty matches what actuality is done internationally. For this, we can not do without the involvement of all EESMO, but with a proactive stance, assertiveness, respect and commitment to the College of Specialty.

Nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (EOE) e nas suas atribuições, no nº1 do artigo 3º, pode ler-se: "o desígnio fundamental da OE é promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional". Destas atribuições, no nº 2 do mesmo artigo salienta-se as alíneas: b) "Assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional", d) "Definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros e regulamentar o exercício da profissão" e g) "Proteger o título e a profissão de enfermeiro, promovendo procedimento legal contra quem o use ou exerça a profissão ilegalmente".

Os Enfermeiros, de acordo com o seu Código Deontológico, devem "actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma"; "trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde"; "integrar a equipa, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços"¹.

Entende-se que trabalhar em articulação e complementaridade não significa que os enfermeiros substituem cuidados de outros profissionais, devendo actuar no melhor interesse e benefício dos utentes e cidadãos, respeitando o seu direito a cuidados de saúde efectivos, seguros e de qualidade.

Ao Enfermeiro Especialista compete "prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui"². A estas competências, necessárias ao exercício profissional, estão subjacentes os conhecimentos e capacidades adquiridas na sua formação, que lhes permite, assumir os cuidados de enfermagem a prestar à mulher nos períodos pré-concepcional, pré-natal, parto, pós parto e ao recém-nascido até ao 28º dia,

¹ Comunicação efectuada na 3rd EMA Education Conference: Educators Leading the Challenges of Midwifery in Europe, realizada a 19 e 20 Novembro, na Madeira, pela APEO e EMA.

² Presidente da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

assim como, intervir no âmbito do planeamento familiar, em ginecologia, na educação para a saúde e na investigação. Importa também registar que este só pode delegar cuidados de enfermagem especializados noutra especialista da mesma área clínica da sua especialidade.

Considerando que a Lei nº 9/2009, de 4 de Março, transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva nº 2005/36/CE do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais das parteiras, profissão assumida em Portugal pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e, a Directiva nº 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. O exercício das actividades profissionais da parteira, determina no nº 2 do artigo 39º, "que estas estejam habilitadas, pelo menos, para exercer as seguintes actividades a seguir enunciadas:

- a) Informar e aconselhar correctamente em matéria de planeamento familiar;
- b) Diagnosticar a gravidez, vigiar a gravidez normal e efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal;
- c) Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico mais precoce possível da gravidez de risco;
- d) Estabelecer programas de preparação para a paternidade e de preparação completa para o parto, incluindo o aconselhamento em matéria de higiene e de alimentação;
- e) Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto *in útero* pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
- f) Fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência;
- g) Detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção do médico e auxiliar este em caso de intervenção, tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extracção manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;
- h) Examinar e assistir o recém-nascido, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;
- i) Cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos necessários para tratar do recém-nascido, assegurando-lhe as melhores condições de evolução;
- j) Executar os tratamentos prescritos pelo médico;
- l) Redigir os relatórios necessários.

O domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica centra a sua intervenção na saúde reprodutiva em geral e da saúde da mulher e da família em particular, numa perspectiva de ciclo de vida, incluindo a sexualidade e a regulação da fertilidade. Finalmente, em Portugal foi reconhecida a vali-

dade, a qualidade e a mais valia da intervenção do EESMO, introduzida com a definição e aprovação das competências específicas que estão implementadas há vários anos em diversos países da Europa.

Conforme o disposto no nº2 do art. 31º da Lei 111/2009, de 16 de Setembro, do Estatuto da OE, reconhece-se assim a relevância das intervenções do Enfermeiro Especialista através da criação dos Colégios das Especialidades.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEESMO) é um órgão profissional, constituído pelos membros que detêm o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Cada Colégio elege uma mesa por sufrágio directo, constituída por uma Presidente e duas secretárias.

O enfermeiro especialista tem assim um exercício profissional autónomo regulado através das suas competências específicas, aprovadas por unanimidade, em Assembleia do Colégio, no dia 11 de Setembro, e na Lei nº 9 de 4 de Março de 2009.

As áreas de intervenção do EESMO centram-se no âmbito do Planeamento familiar, Pré-Concepcional, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério e Ginecologia.

As actividades nestas áreas de intervenção podem ser exercidas em diferentes contextos, tais como, a comunidade, os hospitais e Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES).

Assim, podemos afirmar que a Enfermagem Portuguesa é detentora de um quadro de referências, conceptualmente bem estruturado, que integra instrumentos reguladores da intervenção dos enfermeiros, assentes no desenvolvimento e certificação de competências profissionais e legislação comunitária transposta para o direito interno Português.

Esta Mesa do Colégio elaborou um plano de acção para o mandato que se propõe concretizar definindo como prioridades os seguintes compromissos que assumimos, em favor da enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

- Encetar esforços de modo a clarificar o espaço de actuação do EESMO na vigilância pré-natal ao nível dos ACES.

Nos contextos da prática dos cuidados de ESMO, com a criação dos ACES, que são serviços com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais, nomeadamente: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade Saúde Familiar (USF), Unidade Cuidados de Saúde Pública (UCSP), Unidade Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Destas unidades funcionais as USFs, que foram as primeiras a serem organizadas e que têm como área de intervenção a prestação de cuidados de saúde individuais e familiares nas seguintes áreas: Planeamento Familiar, Vigilância da Gravidez, entre outras, e onde estes grupos são classificados como grupos vulneráveis.

As USFs são constituídas por Médicos de Medicina Geral e Familiar, sendo um deles o coordenador e integram esta unidade funcional, enfermeiros tendencialmente de cuidados gerais, conforme legislação vigente.

Por outro lado, as UCCs que têm como área de interven-

ção o âmbito domiciliário e comunitário, mais as contratualizações com as USFs. A sua constituição integra uma equipa multidisciplinar, das quais fazem parte enfermeiros tendencialmente todos enfermeiros especialistas e é gerida por um enfermeiro especialista.

A legislação destas unidades funcionais cria alguns constrangimentos, porque por um lado a vigilância da Gravidez está atribuída às USFs, onde estão maioritariamente enfermeiros de cuidados gerais que se organizam normalmente por famílias e áreas geográficas. Por outro lado, temos os enfermeiros especialistas nas UCCs, nomeadamente os ESMOs dedicados à preparação para o parto e onde está a Consulta de Enfermagem de SMO, nomeadamente na gravidez fisiológica?

Com esta reforma dos Cuidados Primários, que foi essencial na resposta de proximidade aos cidadãos, e que tem como missão o desenvolvimento de intervenções centradas nas pessoa/família, surgiram na área da Saúde Materna e Obstétrica, constrangimentos que estamos a colmatar, no sentido de criar uma articulação efectiva e ajustada a esta reforma, clarificando com os nossos pares e outros profissionais o nosso espaço de actuação e articulação com os nossos colegas.

- Outro compromisso assumido passa pela operacionalização das nossas competências, definindo conhecimentos, aptidões e comportamentos, para cada unidade de competência.

Para esta actividade iremos constituir um grupo de trabalho, que irá dar cumprimento a estes objectivos. Este grupo será também responsável pela elaboração da proposta do programa formativo.

As nossas competências, que estão aprovadas por unanimidade, estão organizadas do seguinte modo: a cada competência corresponde um descritivo, e este por sua vez divide-se em várias unidades de competência, e a cada unidade de competência correspondem critérios de avaliação, sendo por isso a sua operacionalização prioritária.

- Outra das nossas prioridades passa pela definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados na área, bem como a matriz de acreditação da idoneidade dos contextos formativos.

Para a concretização desta actividade criaremos um grupo de colaboradores, pois entendemos que sem enunciados descritivos e sem a demonstração de indicadores de estrutura, processo e essencialmente de resultados, nunca conseguiremos demonstrar os ganhos em saúde para as clientes/cidadãos, com os nossos cuidados de enfermagem especializados.

É extremamente importante que todos os EESMO acreditem neste Modelo de Desenvolvimento Profissional e apoiem as actividades do Colégio, pois a nossa autonomia legal passa pelo poder que o Colégio tem e pelo respeito que lhe é atribuído pelos seus pares.

O reconhecimento destas prioridades está assumida pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente pelo Conselho Directivo e pelo Conselho de Enfermagem, e passa por discutir as questões fundamentais do presente, para que o futuro da nossa especialidade corresponda ao que efectivamente se faz a nível internacional.

De acordo com a concepção actual, o *"enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente. (...) O enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Fruto do seu conhecimento e experiência clínica, o enfermeiro especialista ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis – ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e inter-profissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos."*³

Todavia, importa clarificar a existência de um necessário cruzamento entre as respectivas esferas de actuação e complementaridade da nossa especialidade; respeitar as competências comuns dos enfermeiros especialistas; definir o espaço de actuação do EESMO para que as competências específicas do EESMO tenham efectivamente o seu espaço de actuação para a sua implementação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artº 91º, Lei n.º 111/2009 de 16 de Abril.
2. Ponto 3, Art.º 7º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.
3. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento Profissional. Individualização das especialidades em enfermagem. Maio 2007.

Dor no Recém-Nascido: Conhecimentos e Atitudes da Equipe de Enfermagem

Açucena Guerra* – Carla Caldeira* – Jorge Matias**

RESUMO

A correcta identificação, avaliação e tratamento da dor é um dos pilares fundamentais na Humanização dos cuidados de saúde; no Recém-nascido (RN), a dor assume duas características singulares: a avaliação da dor nas crianças é diferente dos adultos, e o mesmo se aplica à sua manifestação – por vezes abstracta para o adulto. Por tudo isto a dor nas crianças é frequentemente negligenciada, apesar de ter todo um corpo científico de conhecimentos que a justifica, avalia e trata. Neste sentido, e com base na nossa prática clínica – na qual a dor no RN é, por vezes, banalizada, decidimos realizar um estudo Descritivo-exploratório, com o objectivo de registar a Percepção dos Enfermeiros Relativamente à Dor do RN; para tal aplicámos questionários com perguntas fechadas e abertas a 40 enfermeiros do Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO). Concluímos que existe um afastamento entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática de cuidados, apesar de todos os enfermeiros reconhecerem a capacidade do RN sentir dor. Existe toda uma equipa consciente e empenhada, mas com défice de conhecimentos relativamente a instrumentos (escalas) de avaliação da dor no RN. *Palavras-Chave:* Dor; Recém-Nascido; Conhecimentos dos Enfermeiros; Escalas de avaliação de Dor Neonatal, Humanização.

ABSTRACT

The correct identification, evaluation and treatment of pain is one of the fundamental pillars in the Humanization of healthcare; as a Newborn (NB), the pain takes two singular characteristics: the pain evaluation is different from an adult, and the same applies to its manifestation – sometimes abstract for the adult. For these reasons the pain is often neglected in children, regardless of the existence of a whole scientific body of knowledge that justifies, evaluates and treats it. With this in mind, and based on our clinical practice – in which the pain of the NB is, at times, trivialized, we decided to do a Descriptive-exploratory study, with the objective of registering the Nurses Perception of Pain in the NB; thus, open and closed question questionnaires were given to 40 nurses from the Delivery Room of Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO). We concluded that there is a gap between the theoretical knowledge and its application in the delivery of healthcare, regardless of every nurse being aware that NBs feel pain. There is a whole team aware and committed, but with lack of knowledge regarding instruments (scales) of pain assessment in infants.

Key-Words: Pain; Newborn; Nurses knowledge; Newborn Pain Assessment Scales; Humanization.

INTRODUÇÃO

A dor é seguramente o sintoma mais antigo da história da medicina. Antes do século XX era considerada como uma consequência da imoralidade e imperfeição, ou ainda como uma sensação necessária para a manutenção da vida (Franklin, 1982). No paradigma religioso era frequentemente

valorizada como exaltação da fé, pois quanto mais se sofressem mais purificado se tornava o ser humano.

Em meados do século XX deu-se a descoberta de receptores periféricos para a percepção do estímulo doloroso (Wolff, 1984). Já na década de 70 aceitava-se que os recém-nascidos (RN) seriam incapazes de processar dor da mesma forma que o adulto, devido à imaturidade do seu sistema nervoso central (Anand, 1989).

A expressão de dor pelo adulto traduz-se em lamúrias, gritos, gemidos e pela sua exteriorização verbal da mesma (Couto, 2006). Contudo, o RN não tem esta capacidade de comunicação, pelo que se torna um grande desafio avaliar a sua dor.

E quem melhor para entender o RN se não a sua própria mãe ou a equipa de enfermagem, aquando de um internamento? A nossa proximidade como enfermeiros juntos dos utentes permite-nos identificar, avaliar e notificar a dor.

Mas será que fazemos uso desta posição privilegiada? – Com base na bibliografia consultada, verificámos que existe um fosso que separa o conhecimento científico da dor do RN (Bioquímico, Anatomo-fisiológico e até meios de diagnóstico e tratamento da dor), e a sua avaliação e tratamento (frequentemente subvalorizados nas crianças pelos próprios profissionais de saúde).

Neste sentido, colocámos a seguinte questão: será que os enfermeiros estão preparados para reconhecer a dor no RN?

Deste modo, torna-se pertinente o estudo do conhecimento e das atitudes dos enfermeiros perante a dor no RN, uma vez que é um aspecto importante e está relacionado com a humanização dos cuidados prestados ao RN.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como sabemos, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (1998), define como dor como um fenómeno sensorial e emocional desagradável e complexo, que se encontra frequentemente associado a uma lesão corporal ou é descrito em função dessa mesma lesão. Já Bobak, Jensen e Lowdermilk (1999), acrescenta que a dor tem intrínseca uma função protectora e, não podendo ser limitada à resposta fisiológica de estímulo nociceptivo, deve ser ampliada à vertente psicológica pelo seu carácter pessoal e particular. Assume-se que a dor é o que o indivíduo diz que é.

O RN é submetido com frequência a procedimentos geradores de dor quando nasce e/ ou quando é internado numa unidade de saúde – é sujeito a diversas técnicas invasivas e

* Enfermeira Generalista no Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital Garcia de Orta.

** Enfermeiro Generalista no Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do HPP – Hospital de Cascais.

tratamentos. Mesmo os cuidados imediatos, prestados no bloco de partos o RN de parto eutócico comportam dor – a introdução de sondas de aspiração nas vias respiratórias, bem como a administração de fármacos – Vitamina K, imunoglobulinas, vacinas, comportam estímulos dolorosos.

Podemos ainda apontar o trauma a que a criança está sujeita durante o trabalho de parto e parto; a pressão das contracções uterinas, bem como toda a moldagem craniana inerente ao canal de parto, expõem o feto a diversos estímulos potencialmente dolorosos. Sobre este aspecto, Bobak, Jensen e Lowdermilk (1999), referem que todo o trabalho de parto e período expulsivo comporta, muitas vezes, agressões no crânio do feto (incluindo a colocação de sonda para monitorização interna dos batimentos cardíacos fetais). Outras técnicas obstétricas, como a aplicação de ventosa ou fórceps, manobras de rotação/ extracção e até a cesariana comportam riscos de lesão/ trauma na criança.

Durante muito tempo a dor do RN foi desvalorizada por se considerar que este não possuía, à nascença, um Sistema Nervoso Central completo, bem como a mielinização completa das fibras nervosa – que se acreditavam fundamentais para a transmissão da dor; considerava-se ainda que o RN não era capaz de guardar memória das experiências dolorosas vividas (Tamez & Silva, 1999). Este aspecto era enfatizado pela dificuldade em pesquisar e avaliar a resposta da criança ao estímulo doloroso.

Em meados dos anos 70 iniciavam-se os estudos sobre o tema e conclui-se que apenas 80% das fibras que transmitem dor são mielinizadas. Contrariando assim, a crenças antigas (Frank, 1998).

Contudo, nos últimos anos, vários autores aprofundaram conhecimentos capazes de validar a sensibilidade do RN.

De acordo com Bobak, Jensen e Lowdermilk (1999), o sistema nervoso fetal encontra-se estratificado e mielinizado, cerca das 24 semanas de gestação, apontando para uma sensibilidade dolorosa comparável à do adulto.

Wong (1999: 552), afirma que *“A avaliação da dor é um componente crítico do processo de enfermagem. Infelizmente, os profissionais de saúde, incluindo as enfermeiras, tendem a subestimar a dor em crianças (...).”* A mesma autora aponta ainda um dos motivos que lhe parecem estar na origem do problema – *“(...) a falta de compreensão da dor (...)”,* ou seja, ninguém pode interpretar e experimentar a dor de outro indivíduo de forma eficaz, pelo seu carácter pessoal. Por outro lado, a dor na criança assume outra característica que dificulta a sua mensuração e controlo e que passa, sobretudo, pela verbalização pouco clara (ou mesmo ausente em crianças muito jovens ou que apresentem problemas de comunicação), das sensações e sintomas. E este aspecto é ainda agravado pelo facto das manifestações comportamentais da criança, face à dor, nem sempre reflectirem a intensidade do estímulo nocivo.

Por tudo isto, vários autores construíram escalas que avaliavam determinados índices de expressão da dor.

Porém, em todos se verifica que o choro é considerado o

índice mais significativo e que, quando analisado correctamente, permite avaliar e quantificar a intensidade da dor.

De entre as escalas construídas, consideramos que a mais adequada para a avaliação da dor num RN nos primeiros dias de vida (no contexto de um Bloco de Partos), é a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), já que se adapta a recém-nascidos de termo ou prematuro até às primeiras 6 semanas após o nascimento, ou a N-PASS (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale), que avalia a dor, agitação e sedação no RN, ou a PIPP (premature infant pain profile), que abrange a dor aguda nos RN prematuros e ainda, o Sistema de Codificação da Actividade Facial Neonatal (NFCS – Neonatal Facial Action Coding System), (Guinsburg et al., 2000).

METODOLOGIA

A metodologia central deste trabalho é do tipo Descritivo-exploratório, com aplicação de questionários constituídos por perguntas fechadas e abertas aos enfermeiros do bloco de partos.

A análise dos dados foi estatística, com recurso ao programa SPSS.

A População/ universo alvo foram os 40 enfermeiros que constituem a equipa de Enfermagem do Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta; a Amostra estudada foi de 30 Enfermeiros do mesmo serviço, sendo que **6,7%** (n=2) são do sexo masculino e **93,3%** do sexo feminino - com idades compreendidas entre os **27** e os **59** anos. A experiência em bloco de partos variou entre **1** ano (mínima) e **30** anos (máxima). **50%** da amostra é composta por enfermeiros especialistas e a outra metade por enfermeiros generalistas.

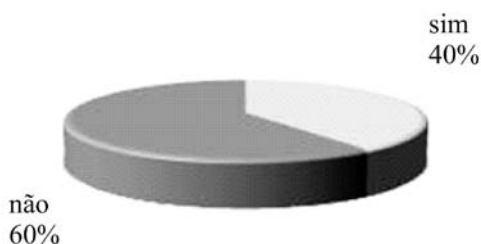
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Gráfico 1: Reconhecimento da Dor no RN



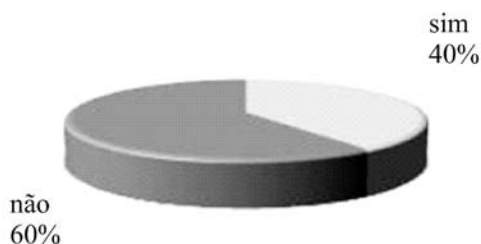
Como podemos verificar no gráfico n.º 1, os enfermeiros são unânimes no reconhecimento da dor no RN. Todos reconhecem que o recém-nascido sente dor. No entender de Rocha et. al. (2005), este facto indica uma mudança de paradigma, já que na década de 70 prevalecia o conceito de que o RN não sentia dor, sendo que esta mudança se deve ao facto de terem sido realizadas inúmeras pesquisas que possibilitaram um maior conhecimento relativamente a este assunto.

Gráfico 2: Preparação para Reconhecer a dor no RN



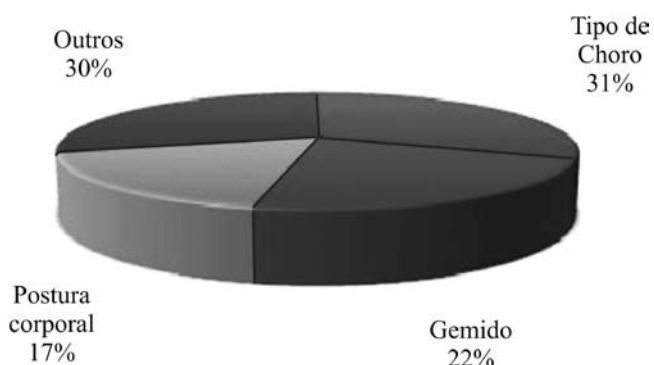
Através do gráfico n.º 2, podemos verificar que a maioria dos profissionais não se sente preparado para reconhecer a dor no RN. Este facto está interligado com o facto da criança (recém-nascida) não se expressar verbalmente, mas sim através do choro. Cabe a nós, profissionais de saúde, a formação e esclarecimento dos colegas para uma melhor prestação de cuidados.

Gráfico 3: Conhecimento sobre as Escalas de Dor no RN



O gráfico n.º 3 mostra-nos que 60% Dos enfermeiros do Bloco de Partos do HGO refere não conhecer escalas de dor para RN (reconhecem a sua existência, mas não estão familiarizados com as mesmas). Consideramos este facto preocupante, uma vez que, segundo Guinsburg (1994), as escalas de avaliação de dor no RN têm vindo a ser desenvolvidas desde o final da década de 80. Além disso, desconhecer os instrumentos *próprios* para a avaliação da dor no RN, dificulta a sua correcta identificação, mensuração e adopção de procedimentos adequados que a minimizem.

Gráfico 4: Meios de Identificação de Dor no RN



O meio de identificação de dor no RN mais mencionado é o “tipo de choro” (gráfico n.º 4). Sabe-se que o choro é uma forma muito comum de comunicação e manifestação do RN (Wong, 1999), é uma manifestação de que algo está errado, podendo não estar associado à dor; quando associado a um estímulo doloroso tem características específicas tais como: uma fase expiratória prolongada e durabilidade aumentada (Calassan e Kraychette, 2005), e é de maior intensidade e “mais agudo” (Schwartz et. al., 1999 e Wong, 1999). Consideramos importante salientar que a maioria dos enfermeiros inquiridos referiu que identifica a dor no RN através do choro, mas sobretudo, pelo “tipo de choro” – apesar de não terem especificado claramente esse tipo de choro, o que demonstra terem algum conhecimento acerca do assunto – sobre este sinal, Schwartz et al. (1999) refere que o choro é a manifestação mais estudada e a mais aceite como indicador da dor no RN.

Gráfico 5: Medida Utilizadas para Alívio da Dor no RN



Relativamente às **medidas utilizadas pelos enfermeiros para alívio da dor** no RN, os enfermeiros dão prioridade ao “posicionamento adequado/proporcionar conforto” (26,25%), seguindo-se a “administração de analgésicos” (12,5%) ou “embalar” (11,25%). Estas medidas referidas estão de acordo com os estudos realizados por Neves e Corrêa (2008), cuja intervenção de enfermagem passa pelo cuidar, proporcionar conforto e carinho, posicionar correctamente a criança e, também, intervir junto da equipa médica. Este último aspecto foi referido por 11,25 % dos enfermeiros inquiridos no nosso estudo - referem como medida a adoptar, “comunicar ao Pediatra a situação de dor no RN identificada”.

CONCLUSÃO

Apesar de todos os avanços científicos e instrumentos disponíveis para o diagnóstico e tratamento da dor, o que se observa é que existe um distanciamento entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática de cuidados.

Todos os profissionais inquiridos acreditam que o RN sente dor e a sua maioria sente-se capaz de a identificar, referindo

a forma como o faz; Existe ainda conhecimento de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor no RN.

Podemos concluir que a equipa de enfermagem envolvida no estudo admite o processo doloroso no RN, identifica formas de a reconhecer e alguns enfermeiros afirmam mensurar a sua intensidade, no entanto, são poucos aqueles que conhecem/ utilizam instrumentos padronizados de avaliação da dor em contexto de trabalho. Este facto reforça a necessidade de formação e envolvimento de todos os profissionais, no sentido de refinar os cuidados de enfermagem ao RN e caminhar para uma enfermagem verdadeiramente humanizada.

Assim, podem ser utilizadas medidas promotoras de humanização, com o intuito de minimizar a dor no recém-nascido, sendo que a pedra basilar será a correcta avaliação da dor na criança; é fundamental que os profissionais estejam sensibilizados e *correctamente capacitados* para assistirem o RN com dor, proporcionando conforto, carinho e atenção.

BIBLIOGRAFIA

- ANAND, K.J.S. – **Clinical Importance of Pain and Stress in Preterm Neonates** – Biol. Neonates, 73:1-9, 1998;
- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR, 1998. Disponível em www.iasp-pain.org;
- BOBAK, JENSEN E LOWMILK – **Enfermagem na Maternidade** – 4ª Edição. Loures: Lusociência. 1999;
- BISCAIA, J. – **A Dor no a Dor no RN: Do Neurónio à Pessoa** – Lisboa: Permanyer, 1995;
- CALASSANS, Maria Thais de Andrade & KRAYCHETTE, Durval Campos – **Dor do Recém-nascido – um desafio** (2005). Artigo aceito em 12 de Dezembro de 2008 em www.iacat.com/revista/recreate;
- CAPENTER, Dona R. & STRUBERT, Helen J. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançado o Imperativo Humanista** – 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0;
- COUTO, Patrícia – **Dor Sem Palavras: Reacções Similares Às Mais Varia-**

das Sensações Trazem Confusão Na Hora De Detectar Problemas Nos Bebés – Hebron actualidade n.23, Mai/Jun 2006. Disponível em www.hebron.com.br; Acedido em Setembro de 2008;

- FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. 3ª Edição, Loures: Lusociência, 2003. ISBN:972-8382-10-X;
- FRANKLIN – **Pain in Infancy: Conceptual and Methodological Issues** – Pain: 20:213-30, 1984;
- GIL, António Carlos – **Como Elaborar Projectos De Pesquisa** – 4ª edição, São Paulo: Atlas Editora, 2002. ISBN: 85-224-3169-8;
- GUINSBURG, Ruth et al. – **Aplicação de Escalas Comportamentais para a Avaliação da Dor no Recém-Nascido** – Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 1997;
- GUINSBURG, Ruth – **Dor no Recém-Nascido** – Manual de Neonatologia. Rugolo Ligia. São Paulo: Revinter, 2000;
- LUCKMANN & SORENSEN (1998) – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica** – Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5;
- NEVES & CORRÊA – **Dor em Recém-Nascidos: A Percepção Da Equipe De Saúde** – Revista Ciências dos Cuidados de Saúde, 7(4):461-467 Out/Dez 2008;
- POLIT, Denise; & HUNGLER, Bernadette – **Pesquisa em Enfermagem** – 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995;
- ROCHA, Patricia Vieira; CORDEIRO, Larissa Alves; SOARES, Ângela Cristina & FORMIGA, Cibelle Kayenne – **A Percepção da Dor do Recém-nascido pela Equipe de Saúde em um Hospital Público de Goiânia** (2005). Artigo aceito em 15 de Dezembro de 2008 em www.prp.ueg.br;
- SCHWARTZ ET AL. – **Effects of surfactant on morbidity, mortality and resource use in newborn infants weighing 500 to 1500g** – N. Engl. J. Med. 330:1476-1480, 1999;
- STEVENS, B. – **Composite Measures of Pain** – Measurements of pain in infants and children – Seattle: IASP Press, 1998;
- TAMEZ & SILVA – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999;
- VILELAS, José – **Sebenta de Investigação** –69 pp., acessível na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal, 2004;
- WOLFF ET AL. – **Pain in Infancy: Conceptual and Methodological Issues** – Pain: 20:213-30, 1984;
- WONG, D. – **Enfermagem Pediátrica**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118p.

PROJECTO VIVER A MATERNIDADE – QUE RESULTADOS?

Maria Pratas*1 - Maria do Céu Vieira* - Cláudia Brás*

RESUMO

A preparação para o nascimento nas suas diferentes concepções, permite à futura mãe/casal, poder vivenciar a experiência única de ter um filho. Esta baseia-se essencialmente num método de educação física e psíquica e através de informação sobre o processo gravídico, trabalho de parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido.

O presente estudo teve como objectivo a procura da melhoria da quali-

dade dos cuidados, conhecendo a opinião das utentes acerca da organização e funcionamento do Curso de Preparação para o Nascimento.

Em termos metodológicos, utilizámos como instrumento de avaliação, o questionário com perguntas fechadas e abertas. A amostra do nosso estudo foi constituída por 100 mães que frequentaram o Curso de Preparação para o Nascimento da Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra.

Os resultados deste estudo, permitiram-nos referir que o Curso de Preparação para o Nascimento foi ao encontro das necessidades das grávidas. Estas na sua maioria mencionaram a importância do mesmo, particularmente em relação às sessões práticas/teóricas do curso que consideraram suficientes para dar resposta às suas necessidades.

Pelos resultados obtidos podemos auferir que este curso é um momento

* EESMO – MBB – Coimbra.

privilegiado para a mulher grávida, para a sua família, como estratégia política de educação para a saúde, com resultados evidentes e duradouros.

Palavras-Chave: Gravidez, Trabalho de Parto, Preparação para o Nascimento

SUMMARY

The preparation for the birth in their different conceptions, allows the expectant mother / couple, the ability to live the unique experience of having a child. This is essentially based on a method of psychological and physical education and by providing information about pregnancy, labour, puerperium and newborn care.

This study aimed to search for improved quality of care, knowing the opinions of the users about the organization and functioning methods of the Birth Preparation Course.

In terms of methodology, we used as an evaluation tool, a questionnaire containing open and closed questions. Our study sample consisted in 100 mothers that have attended Birth Preparation Course of the Maternity Hospital Bissaya Barreto of Coimbra.

The results of this study allowed us to refer that the Birth Preparation Course was designed to meet the needs of pregnant women. They mostly mentioned the importance of this Course, particularly in relation to practical / theoretical sessions that were considered to be sufficient to meet their needs.

By these results we can derive that this course is a privileged moment, not only for the pregnant woman but as well to her family, as a political strategy of health education, with visible and lasting results.

Key-words: Gravidez, Trabalho de Parto, Preparação para o Nascimento

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de preparação e adaptação psicológica para as exigências profundas da maternidade, sendo considerada como uma experiência transformadora pelo desenvolvimento de um ser vivo impulsor do vínculo mãe/filho dentro do seio materno (Brazelton e Cramer, 2004).

Ainda hoje a aprendizagem sobre a gravidez e o trabalho de parto (TP) é realizada muitas vezes de forma incorrecta e empírica. Se esta não for realizada de forma progressiva e coerente, de acordo com o nível de compreensão de cada grávida, em locais apropriados, esta pode ser geradora de insegurança, ansiedade e medo. Estes sentimentos são determinados pelo desconhecimento, o que origina uma forte tensão emocional que potencializa a dor durante o TP. É fundamental que o casal descubra e enfrente os seus medos e as suas fantasias, participando num grupo de discussão com outras grávidas/casais, porque a gravidez não é um período de espera, mas um período de preparação.

A educação deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, e neste sentido a educação da grávida é uma necessidade humana, cabendo ao enfermeiro especialista um papel de destaque, como veículo promotor da educação para a saúde. Neste contexto surge a preparação para o parto, a qual vem referida nas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004/2010.

A preparação para o nascimento nas suas diferentes concepções, baseia-se essencialmente num método de educação física e psíquica através de informação sobre o processo gravídico, TP, puerpério e cuidados ao recém-nascido, permitindo à futura mãe/casal, poder vivenciar essa experiência única de ter um filho, contri-

buindo para um melhor desempenho da mulher/casal, com todas as vantagens daí inerentes, favoráveis à diminuição do medo, tensão e dor.

O projecto "Viver a Maternidade" da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) teve por base os Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, voltado para a área da Satisfação dos Clientes, Promoção da Saúde, Bem-estar e Autocuidado. Insere-se no campo do empreendedorismo pela sua intervenção social, inovação, criatividade, por meio da dedicação, esforço pessoal e pela capacidade de assumir os riscos.

O desenho deste projecto iniciou-se em Abril de 2005, como forma de ir ao encontro das necessidades das utentes, abrindo a porta à comunidade.

Ultrapassadas as burocracias preambulares de qualquer início de projecto, este foi implementado em Janeiro de 2006, dirigindo-se ao casal a partir das 28 semanas de gestação até ao término da gravidez. Inicialmente deparámo-nos com alguns obstáculos, relacionados com as instalações, recursos materiais e humanos.

Como nenhum projecto é estático, e estamos sempre à procura da melhoria da prática de cuidados, efectuámos um estudo descritivo que teve como finalidade conhecer a opinião das utentes acerca da organização e funcionamento do Curso de Preparação para o Nascimento (CPN).

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Das 241 mães que frequentaram o CPN em 2009, foram inquiridas 100, no período de 5 de Março a 23 de Abril de 2010. O instrumento de recolha de dados foi o questionário, com perguntas fechadas e abertas. As questões formuladas incidiram sobre a organização do curso de preparação para o nascimento, relativamente aos horários e às instalações, relação da utente com a enfermeira, funcionamento das aulas práticas e teóricas, a influência destas na colaboração das utentes durante o trabalho de parto e na prestação de cuidados ao recém-nascido. Procurou-se ainda obter informações sobre interesse da utente em frequentar um Curso de Recuperação Pós-Parto (CRPP).

Finalmente colocou-se uma questão com vista a obter sugestões para melhoria do CPN.

RESULTADOS

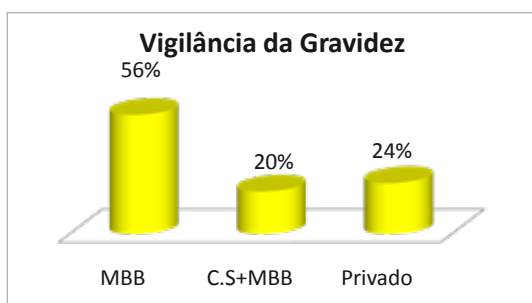
Das 100 mães destinatárias do questionário, responderam 100%. O grupo que respondeu tinha, à data, uma média de idades de 32 anos, sendo a maioria casadas (69%). A grande percentagem da nossa amostra reside na cidade (60%). Maioritariamente as mães possuem curso superior (72%) e encontram-se empregadas (80%). A maior parte das mães que frequentaram o curso são primíparas (82%). Relativamente ao tipo de parto a maior percentagem é de partos normais (41%).

Pretendeu-se conhecer o tipo de analgesia que as mães usufruíram durante o trabalho de parto, verificando-se que 79% das mães realizaram analgesia epidural.

Às questões colocadas foram dadas as seguintes respostas:

“Onde fez a vigilância da sua gravidez?” (Figura 1)

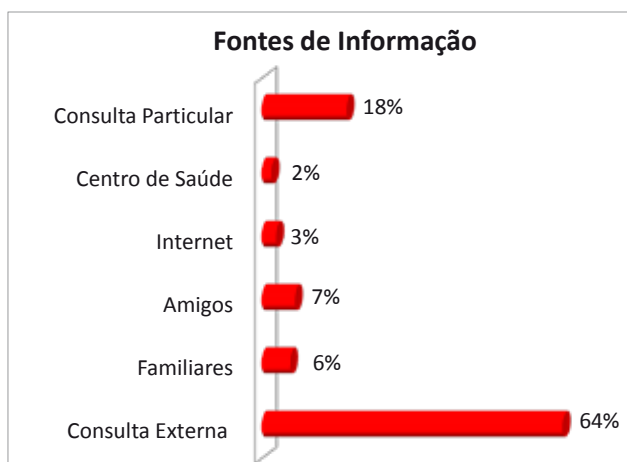
Figura 1 - Vigilância da gravidez



Das mães inquiridas 56% foram vigiadas nas consultas externas da MBB, no entanto 20% das mães fizeram a vigilância da gravidez no Centro de Saúde e MBB e as restantes 24% em consultas particulares.

“Como teve conhecimento do Curso de Preparação para o Nascimento?” (Figura 2)

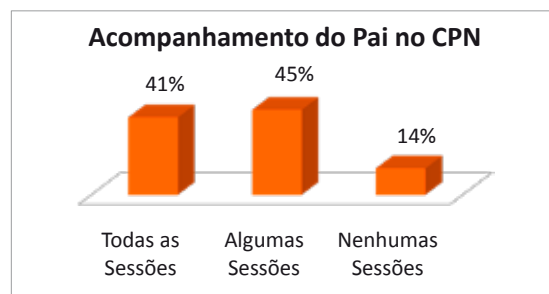
Figura 2 – Fontes de Informação



Em relação às fontes de informação, a grande maioria das mães teve conhecimento do curso através das consultas externas, mas gostaríamos de realçar o valor de 7% através dos amigos, que possivelmente já teriam frequentado o curso e 3% pela internet, o que revela que a construção do nosso site foi importante para a divulgação deste projecto.

“O pai esteve presente nas sessões de preparação para o nascimento?” (Figura 3)

Figura 3 – Acompanhamento do pai no CPN

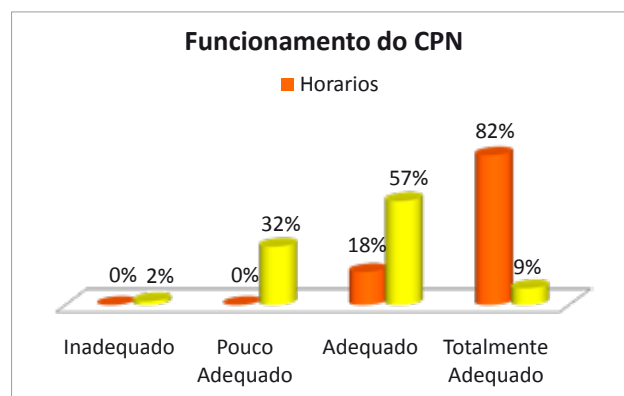


Relativamente ao acompanhamento dos pais durante as sessões do CPN, 45% frequentaram algumas sessões e 41% todas, o que nos revela que cada vez mais o pai se encontra envolvido em todo o processo de preparação para o nascimento.

“Relativamente ao funcionamento do CPN, como o classifica?” (Figura 4)

Nesta questão foi utilizada uma escala de 1 a 4 em que 1 corresponde ao funcionamento do CPN inadequado e 4 a totalmente adequado.

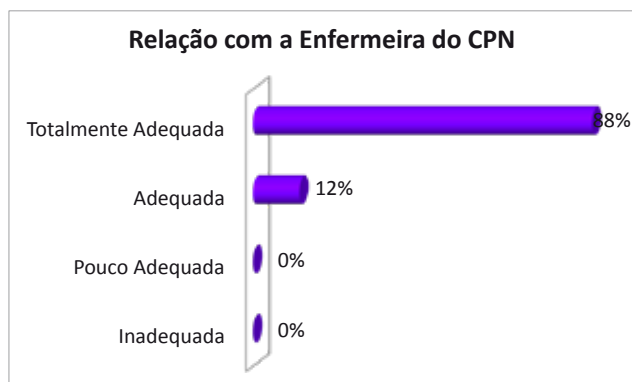
Figura 4 – Funcionamento do CPN



Em relação ao funcionamento do CPN, 82% das mães referiram os horários das sessões totalmente adequados. Em relação às instalações, 57% das mães classificou-as somente como adequadas. Uma das nossas preocupações, foi satisfazer as necessidades das grávidas, tentando criar horários e instalações o mais favoráveis possíveis.

“Como classifica a relação que estabeleceu com a enfermeira do CPN?” (Figura 5)

Figura 5 – Relação com a enfermeira do CPN

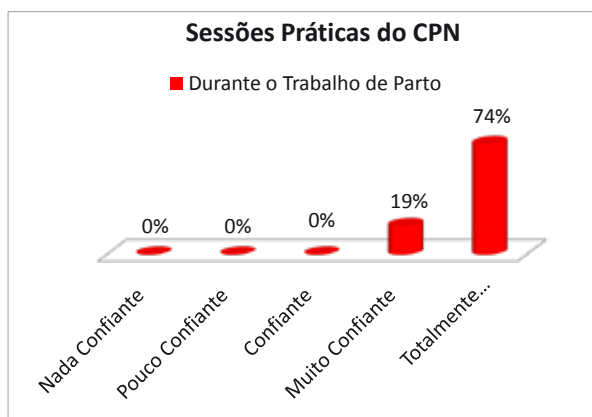


Das mães inquiridas, 88% referiu que a relação estabelecida com a enfermeira durante o CPN foi totalmente adequada. Neste processo empreendedor tivemos sempre como base o cuidado integral do ser humano.

“De que forma as sessões práticas do CPN ajudaram a sentir-se mais confiante durante o TP?” (Figura 6)

Nesta questão foi utilizada uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a nada confiante e 5 totalmente confiante durante o TP.

Figura 6 – Sessões Práticas do CPN

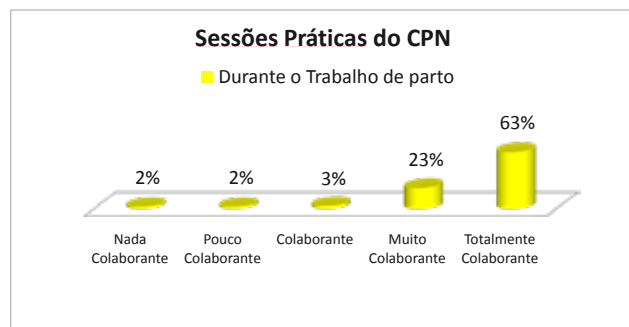


No nosso estudo 74 mães mencionaram que as sessões práticas do CPN permitiram que se sentissem totalmente confiantes e 19 muito confiantes durante o TP.

“De que forma as sessões práticas do CPN ajudaram a colaborar mais activamente durante as fases do TP?” (Figura 7)

Nesta questão foi utilizada uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a nada colaborante e 5 totalmente colaborante durante as fases do TP.

Figura 7 - Sessões Práticas do CPN

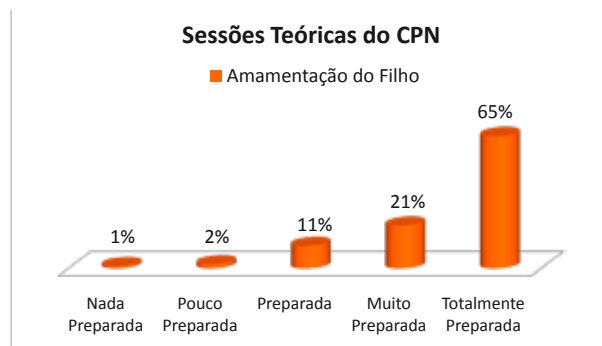


À questão relativa à colaboração activa das mães durante o T.P, 63 referiram que as sessões práticas permitiram que se sentissem totalmente colaborantes e 23 muito colaborantes. Estes dados estão em concordância com os objectivos preconizados.

“De que forma as sessões teóricas do CPN permitiram que se sentisse mais preparada para amamentar o seu filho?” (Figura 8)

Nesta questão foi utilizada uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a nada preparada e 5 totalmente preparada para amamentar o seu filho.

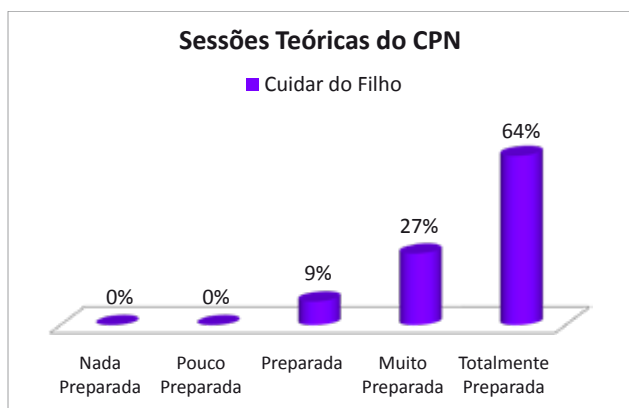
Figura 8 – Sessões Teóricas do CPN



No nosso estudo 65 mães referiram que se sentiram totalmente preparadas para amamentar o seu filho, 25 sentiram-se muito preparadas, contribuindo para este facto as aulas teóricas sobre a amamentação. Consideramos a amamentação importante para o bebé/mãe/família/sociedade e como Maternidade Hospital Amigo dos Bebés temos uma responsabilidade acrescida na promoção do aleitamento materno.

“De que forma as sessões teóricas do CPN permitiram que se sentisse mais preparada para cuidar do seu filho?” (Figura 9)

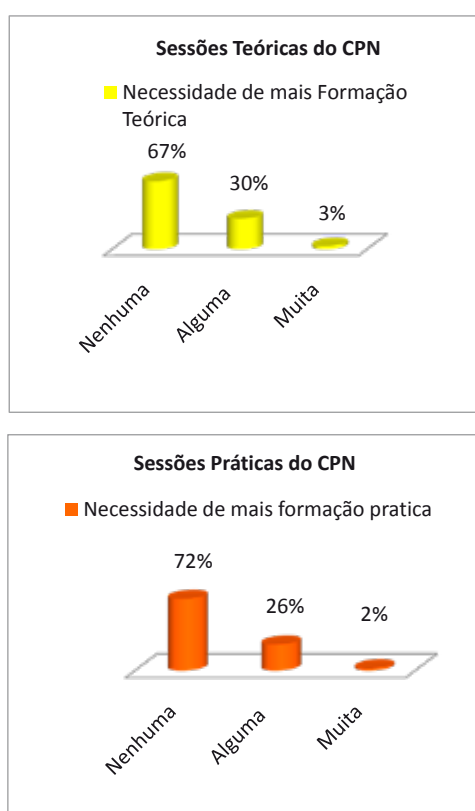
Figura 9 – Sessões Teóricas do CPN



Ao analisarmos o gráfico verificamos que 64% das mães se sentem totalmente preparadas para cuidar do seu filho, 27% sentiram-se muito preparadas, contribuindo para este facto as aulas teóricas. Estas englobam temas como: prevenção de acidentes, banho do bebé, cuidados com a roupa, competências do recém-nascido e massagem.

“Acha necessário o CPN ser composto por mais sessões teóricas/práticas?” (Figura 10)

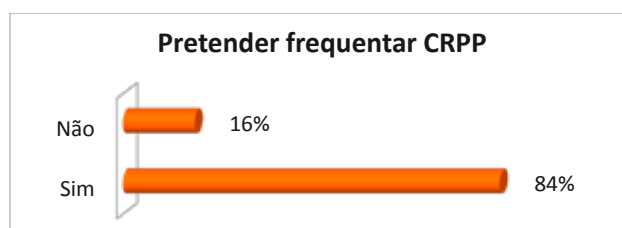
Figura 10 – Sessões Teóricas/Sessões Práticas do CPN



Maioritariamente as mães do nosso estudo referiram que não necessitavam de mais formação teórica/prática. O facto de existir alguma percentagem de mães que referem que necessitavam de mais alguma formação, provavelmente se deve ao facto de não terem assistido à totalidade das sessões teóricas/práticas.

“Considera que a frequência de um CRPP (Curso Recuperação Pós-Parto) teria sido importante para si?” (Figura 11)

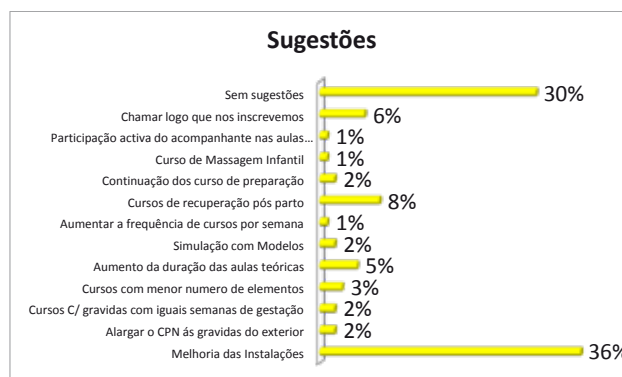
Figura 11 – Pretender frequentar Curso de Recuperação Pós-Parto



Como verificamos neste gráfico 84 das mães inquiridas, gostariam de frequentar um curso de Recuperação Pós-Parto.

“Tem sugestões a fazer para melhorar o CPN?” (Figura 12)

Figura 12 – Sugestões para melhorar o CPN



Das mães inquiridas, 36 referiram como sugestões a melhoria das instalações, 30 não mencionam nenhuma sugestão, 8 sugerem a criação de um CRPP.

DISCUSSÃO

Depois da análise do estudo, verificámos que as grávidas que frequentaram o Curso de Preparação para o Nascimento, referiram a importância do mesmo no que diz respeito ao processo que envolve a gravidez, trabalho de parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido.

A população do nosso estudo foi constituída na sua maio-

ria por primíparas, que fizeram a vigilância da gravidez maioritariamente na consulta externa da maternidade, tendo conhecimento do curso neste local e na consulta privada. A grande percentagem da população a frequentar o curso reside na cidade, local onde se situa a maternidade, no entanto podemos verificar que uma percentagem das grávidas se deslocam da aldeia e da periferia da cidade para frequentar o curso, constatando que o mesmo tem impacto na população e a distância não tem sido impeditiva para a frequência dos mesmos.

Verifica-se o envolvimento do pai neste processo de preparação pela sua assiduidade durante o curso, fortalecendo a tríade familiar.

Em relação ao funcionamento do curso, particularmente horários e instalações físicas, o projecto tentou ir ao encontro das necessidades das grávidas de forma empreendedora. As grávidas na sua maioria referiram que não necessitariam de mais formação teórica e prática. Este facto vem comprovar que as sessões práticas/teóricas foram suficientes para dar resposta

às necessidades das grávidas/casal nesta fase da sua vida.

Uma grande parte da população inquirida gostaria de frequentar um curso de recuperação pós-parto e este facto fez-nos reflectir na necessidade de o implementar.

Este projecto Viver a Maternidade, constitui-se como um projecto empreendedor oferecendo realização pessoal, dando visibilidade aos cuidados, reconhecimento e impacto social, contribuindo para ganhos em saúde da mulher/casal/filho e sociedade.

Ainda hoje existem alguns obstáculos, mas continuamos a confiar que o empreendedorismo, depende de nós... se acreditarmos!

BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. Berry; Cramer, Bertrand G. (2004). **A relação mais precoce**. Lisboa: Terramar
- Collière, Marie-Françoise (1989). **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Vellay, Pierre (1998). **A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor**. Lisboa: Referência/Editorial Estampa

Significado dado à Humanização do Parto pela Equipa de Enfermagem do Bloco de Partos do HGO-EPE

Engrácia Santos* - Jorge Matias** - Maria Goretti Silva***1

RESUMO

O presente estudo incidiu sobre o significado dado à Humanização do Parto pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Bloco de Partos do HGO-EPE.

A amostragem utilizada para seleccionarmos uma amostra de doze membros da Equipa de Enfermagem foi não probabilística e por intenção. O instrumento de colheita de dados utilizado para a apreensão e compreensão do significado dado à Humanização do Parto (HP) consistiu numa entrevista semi-estruturada orientada com base num guião, gravada e transcrita posteriormente.

O tratamento e análise dos dados foram desenvolvidos com base numa abordagem qualitativa descritiva através da análise fenomenológica de Giorgi (1985),

Sumariamente, concluímos que para a Equipa de Enfermagem a HP tem um significado exímio e amplo pela polissemia de definições obtidas, com um profundo compromisso na realização de "actos" de humanização mesmo perante factores não facilitadores.

Quanto à prestação de cuidados de HP, a totalidade dos participantes re-

feriu abundantemente e de uma forma coesa integra-los na sua prática profissional quotidiana. A maioria, das práticas enumeradas integra o grupo A das recomendações da OMS (1996), englobando também outras menos narradas e identicamente humanizadoras.

Relativamente às áreas de maior lacuna de humanização na prestação de cuidados de enfermagem prestados no Serviço podemos ler nas entre linhas das descrições que os hiatos preocupantes residem em factores extrínsecos e intrínsecos à Equipa de Enfermagem de ordem humana e político/organizacional respectivamente: na resistência da Equipa Médica ao parto natural, na falta de comunicação dentro da Equipa de Saúde, na resistência de enfermeiros face a inovações na prática quotidiana e na pressão sobre os seus pares na tomada de decisões humanizadoras apontados por uma minoria e no tão reiterado défice do rácio de enfermeiros vs alto movimento de parturientes.

Palavras-chave: Humanização, parto, assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The present study focused on the significance given to the Humanization of Birth by the Team of Nursing Service Block Deliveries of HGO-EPE.

Sampling used to out a sample of twelve members of the Nursing Team was not probabilistic and by intention. The data collection instrument used for seizing and understanding of the meaning given to the Humanization of Birth (HB) was a semi-structured interview focused on the basis of a script, recorded and transcribed later.

* EESMO do S. Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica do HGO-EPE, Mestre em Psicologia Organizacional

** Enfermeiro Generalista do S. Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica do HGO-EPE

*** EESMO do S. Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica do HGO-EPE

The processing and data analysis were developed on the basis of qualitative descriptive approach through phenomenological analysis of Giorgi (1985).

Briefly we found that for the Nursing Team the HB has a distinguished and broad significance by polysemy definitions obtained with a deep commitment in achieving "acts" of Humanization, even before factors not facilitators.

All to care for HB every participant spoke extensively and cohesively integrating them in their everyday professional practice. The majority of the practices listed integrates the group to which the recommendations of the WHO (1996), encompassing also other less identically narrated and humanized.

In relation to areas of greater humanization gap in the provision of Nursing Care provided in the Service we can read in between the lines of descriptions that shortcomings concern reside in extrinsic and intrinsic factors to order Nursing Team human and political/organizational respectively: in the resistance strong of the Medical Team to natural childbirth, the absence of communication within the Team of Health, the nurses resistance in everyday practice in view of innovations and the pressure on their peers in decision-making humanized pointed to by a minority. Also in the as reiterated deficit ratio of nurses vs high movement of women in labor.

Keywords: Humanization, Childbirth, Nursing Assistance.

INTRODUÇÃO

Presentemente a HP em Portugal é uma realidade tímida que luta contra a hegemonia médica no parto hospitalar, embora já se verifique a incorporação na assistência ao parto de algumas das práticas recomendadas pelas OMS. Por outro lado, a formação académica dos EESMOS já integra essas práticas, sendo também divulgadas em Congressos da APEO, HumPar e da área da SMO e integrados na formação profissional específica da Bionascimento.

A escolha do tema deste trabalho de investigação é da nossa autoria (investigadores) e recaiu sobre a HP baseada na pertinência e evidência mundial da mudança do paradigma na assistência ao parto normal, nas vivências profissionais no nosso local de trabalho que nos permitiram visualizar alguns focos de resistência a essa mudança por parte de toda a Equipa de Saúde sob as mais variadas formas na prestação dos cuidados.

Após uma reflexão baseada na nossa experiência profissional e nos conteúdos apreendidos na pesquisa bibliográfica efectuada deduzimos que o cerne do problema residia na seguinte questão: **Qual o significado dado à Humanização do Parto pela Equipa de Enfermagem do S. Bloco de Partos do HGO-EPE?**

Assim, para darmos resposta a esta pergunta traçamos os seguintes objectivos específicos:

- ❖ Identificar o significado dado à HP pela Equipa de Enfermagem;
- ❖ Descrever as práticas humanizadoras dos cuidados de enfermagem no S. Bloco de Partos do HGO-EPE;
- ❖ Identificar lacunas de humanização nos cuidados de enfermagem prestados à parturiente/família.

Que simultaneamente nos permitisse fazer um "diagnóstico" sobre a HP no Serviço em que trabalhamos, de forma a **identificarmos o potencial de Humanização da Equipa de Enfermagem e a contribuímos para uma melhoria qualitativa nos cuidados de enfermagem prestados** pela divulgação dos resultados!

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo aplicamos uma **abordagem qualitativa** para estudar o significado dado à HP pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Bloco de Partos do HGO- EPE no período de Julho a Setembro de 2009.

Através, de uma amostragem não probabilística por selecção racional seleccionamos uma única amostra constituída por seis enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMOS) e seis enfermeiros generalistas reunidos segundo o seu grau de aceitação para participar, a facilidade em os aceder em horário de trabalho do investigador/trabalhador/entrevistador, o grau de riqueza informativa das suas respostas e a obtenção da saturação dos dados logrados nas respectivas doze entrevistas (Polit, Beck & Hungler, 2004: 237).

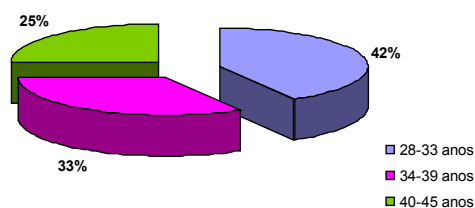
Como instrumento de colheita de dados empregamos uma entrevista individual, semi-estruturada face a face orientada por um guião de treze perguntas previamente concebido, com gravação magnética. Na qual um só entrevistador/investigador adoptou um papel de escuta activa, limitando-se somente a auxiliar na clarificação e explicação de dúvidas inerentes às respostas respondidas aleatoriamente, respeitando-se a privacidade/anonimato de cada um dos enfermeiros durante a entrevista, após a assinatura de um consentimento informado pelo participante e de acordo com a disponibilidade de ambos.

A gravação magnética da entrevista foi feita através de um gravador e posteriormente transcrita no computador. O tratamento estatístico dos dados realizou-se através de uma análise descritiva e indutiva fenomenológica, com base no método de Giorgi (1985) que visou procurar as "unidades de significado", ou seja as essências descritas nos conteúdos das entrevistas e reveladoras da estrutura do fenómeno.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

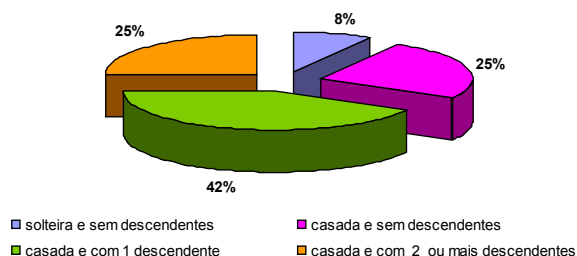
Demograficamente a amostra em estudo caracteriza-se pela presença global de participantes somente do sexo feminino com idades compreendidas entre os 28 e os 45 anos, agrupadas em três clusters respectivamente de 42% nos 28-33 anos de idade, um cluster de 33% nos 34-39 anos de idade e em outro cluster de 25% relativamente aos 40 e os 45 anos de idade, com uma média etária de 34, 9 anos de idade. Portanto uma Equipa de Enfermagem com uma média de idades madura e experiente, representada na figura nº 1.

Figura nº 1 - Faixa Etária



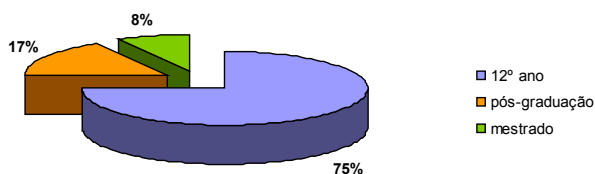
Relativamente ao seu estado civil e número de descendentes das participantes questionadas: 92% são casadas, de entre estas 25% não têm descendentes e somente 8% (uma) são solteiras e sem descendentes (vide figura nº2).

Figura nº 2 - Estado civil/ Nº de Descendentes



Quanto às suas habilitações literárias, estas foram distribuídas por três escalões que são respectivamente: o do 12º ano de escolaridade, o da Pós-a graduação e o do Mestrado. Nas participantes realça-se a predominância do *cluster* do 12º ano (75%), seguida do *cluster* da Pós-a graduação (Psicologia da Maternidade/Parentalidade -17%) e do restante *cluster* do Mestrado (Sexologia) com 8% (uma) ilustrados na figura nº 3. A maioria das enfermeiras não apostou na progressão das suas habilitações literárias, com a excepção de três

Figura nº 3 - Habilitações Literárias

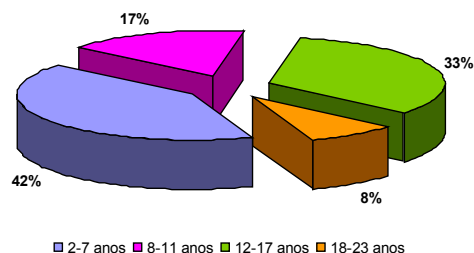


Na totalidade, 50% das participantes são enfermeiras generalistas e uma outra metade EESMOs com uma média profissional na área de Obstetrícia e no S. Bloco de Partos respectivamente de 9,5 anos e de 5,5 anos, indicando uma ampla maturidade e experiência da Equipa de Enfermagem. Por outro lado, as participantes têm uma formação profissional e académica recente que lhes ministrou subsídios no contexto mundial e actual da Humanização do Parto.

Quanto ao número de anos de experiência profissional na área da Obstetrícia, estas foram distribuídas por quatro escalões entre os 2 a 19 anos, que são respectivamente: o dos 2-7 anos, o dos 8-11 anos, o dos 12-17 anos e o dos 18-23 anos. Destaca-se nas participantes a predominância do *cluster* dos 2-7 anos (42%), seguido dos *clusters* dos 12-17 anos (33%), dos 8-11 anos (17%) e do restante *cluster* dos 18-23 anos com 8% (uma) traduzidos na figura nº 4.

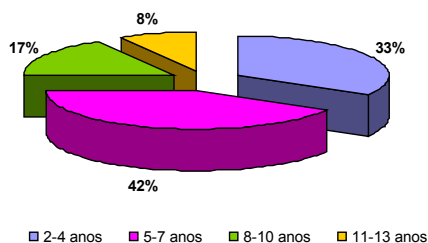
No que concerne ao número de anos de experiência profissional no Bloco de Partos, estas detêm uma experiência que varia dos 2 aos 12 anos distribuída por quatro escalões que são respectivamente: o dos 2-4 anos, o dos 5-7 anos, o dos 8-10 anos e o dos 11-13 anos. Evidencia-se nas participantes a predominância do *cluster* dos 5-7 (42%), seguido

Figura nº 4 - Experiência Profissional em Obstetrícia



dos *clusters* dos 2-4 anos (33%), dos 8-10 anos (17%) e do restante *cluster* dos 11-13 anos com 8% (uma) descritos na figura nº 5.

Figura nº 5 - Experiência Profissional no B. Partos



A compreensão do restante discurso das participantes iniciou-se através do primeiro e segundo passos do método de Giorgi, possibilitando a identificação de 55 unidades de significado e o consequente delineamento de uma estrutura de três categorias convergentes/cinco unidades de significação ilustrados na tabela nº1, no momento em que realizaram o terceiro passo da análise fenomenológica.

Tabela nº 1 – Representação das unidades de significação e categorias convergentes

| Categorias convergentes na compreensão dos pesquisadores | Unidades de significação das descrições dos membros |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ☞ Significação dada à HP pelo membro da Equipa de Enfermagem participante do S. Bloco de Partos do HGO-EPE. | 1) Compreendendo os conhecimentos detidos pelo membro da Equipa de Enfermagem participante sobre a HP; 2) Compreendendo o significado dado pelo membro da Equipa de Enfermagem participante a um parto humanizado. |
| ☞ Percepção do membro da Equipa de Enfermagem participante em relação à prática humanizadora prestada no S. Bloco de Partos do HGO-EPE. | 3) Compreendendo os conhecimentos detidos pelo membro da Equipa de Enfermagem participante sobre a actual mudança do paradigma da assistência em Saúde Materna e Obstétrica. 4) Compreendendo as práticas humanizadoras prestadas no S. Bloco de Partos do HGO-EPE. |
| ☞ Percepção do membro da Equipa de Enfermagem participante em relação aos obstáculos existentes no S. Bloco de Partos do HGO-EPE para uma prática de HP. | 5) Compreendendo os obstáculos descritos pelo membro da Equipa de Enfermagem participante na sua prática no S. Bloco de Partos do HGO-EPE. |

Esta estrutura serviu-lhes de base para a análise do Significado dado à HP da totalidade dos doze discursos, sendo a sua síntese feita através do quarto passo do método de Giorgi (1985), obtendo-se a seguinte estrutura de experiência.

ESTRUTURA DE EXPERIÊNCIA DOS MEMBROS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DO BLOCO DE PARTOS/HGO-EPE

Compreendendo os conhecimentos detidos pelo membro da Equipa de Enfermagem participante sobre a HP.

Dos conhecimentos divisados através dos discursos das participantes podemos dizer que de uma forma geral constituem pequenas fracções, embora correctas e coerentes que no seu conjunto integram-se na polissemia de definições actuais sobre HP.

Esta plenitude e êxito de conhecimentos podem em parte serem explicados pelas médias “adultas” obtidas da experiência profissional na área da SMO (9,5 anos) e no Bloco de Partos (5,5 anos), não ultrapassadas e bem actuais em termos de conhecimentos. Pois, a maioria das participantes têm uma formação profissional e algumas uma formação académica nas áreas da Psicologia da Parentalidade/Maternidade e da Sexualidade recentes, logo integradas no novo paradigma de assistência Humanizada ao Parto e paralelas ao desenvolvimento da HP no nosso País. Por outro lado, também o apreciável investimento e desenvolvimento de uma filosofia humanizadora da assistência ao Parto no Serviço do Bloco de Partos/HGO-EPE, desde a sua inauguração em Dezembro de 1991 por parte das várias chefias de Enfermagem contribuíram para este resultado.

É de focarmos que a maioria das participantes colocam uma grande ênfase na assistência individualizada ao parto, respeitando o que a parturiente/acompanhante idealizou à priori quer seja através de um plano de parto formal como informal, ângulos de visão sobre a HP partilhados por Largura (2000), Miyake (1998) e Page (2001).

Somente, três participantes integram na sua definição a partilha/delegação na tomada de decisões com a parturiente/acompanhante para além da satisfação dos seus desejos pré-estabelecidos, afluindo em parte para as definições de HP de Carvalho et al. (1998), Page (2001) e Wagner (2001). Outras, duas delimitam incorrectamente a definição de PH unicamente ao parto natural ou eutócico e apenas uma das participantes salienta o facto da HP poder ser feita tanto ao parto eutócico como ao distócico, indo de encontro à visão generalizada de PH dos vários autores pesquisados.

Outras duas, caracterizam-na como uma assistência ao parto nada ou o menos medicalizada possível, sendo o nada uma visão muito radical do parto natural e não do parto humanizado. Segundo Wagner (2001) e a OMS (1996) deve haver uma assistência na maternidade baseada na evidência científica, incluindo nela a tecnologia e os fármacos indispensáveis logo a medicalização vital para o bem-estar

da saúde materno-fetal antes, durante e após o parto.

De entre as doze participantes, unicamente uma alega o papel primordial de um ambiente seguro e confortável, subentendemos que nesse ambiente seguro inclui-se toda a medicalização/recursos humanos vitais para o parto. Outras duas, a importância de uma assistência não traumatizante para a parturiente, ou seja respeitando-a profundamente e dignificando a sua experiência de dar à luz, um análogo lado de HP segundo Carvalho et al. (1998).

Apesar da maioria das seis EESMOs participantes terem tido na sua formação académica a contemplação das recomendações emanadas pela OMS (1996) para a HP normal, nenhuma delas alegou-as directamente.

Compreendendo o significado dado pelo membro da Equipa de Enfermagem participante a um parto humanizado

Uma conjuntura importante para a compreensão do exímio e amplo significado dado a um parto humanizado (PH) pelas participantes, talvez resida nos factos de todas as participantes serem mulheres e terem na sua maioria (67%) vivido um ou mais projectos de maternidade e trabalhos de parto/parto nas suas experiências médias “maturas” de vida (35 anos), profissional na área da SMO (9,5 anos) e no Bloco de Partos (5,5 anos) para além dos actualizados conhecimentos sobre a HP.

Face a tudo isto, não é de admirar que a pluralidade das participantes destaque nos seus discursos a presença da mulher/parturiente como uma actriz principal ao longo do seu trabalho de parto/parto, girando principalmente a assistência dos profissionais de saúde em volta da satisfação dos seus desejos traduzidos por um plano de parto formal/informal, ficando em segundo plano os do casal. Simultaneamente existe uma abertura, aceitação e respeito por parte das participantes aos seus desejos e uma correspondente assistência individualizada e personalizada à parturiente/família, de acordo com as características de PH apontadas nas definições de HP de Largura (2000), Page (2001) e de Miyake (1998).

Nesta assistência humanizada incluem a grande importância do esclarecimento de dúvidas, medos, ansiedades da parturiente e de um ambiente confortável e seguro e com recursos físicos e humanos indispensáveis para um parto seguro, pareceres parcialmente defendidos pela OMS (1996), por Carvalho et al. (1998) e Wagner (2001) para o PH. Também, a partilha/delegação da tomada de decisões e a não ou menos possível medicalização do parto são referidas minoritariamente, convergindo respectivamente a primeira com um dos aspectos essenciais de PH de Wagner (2001) e ambas com alguns aspectos referido por Carvalho et al. (1998).

Compreendendo os conhecimentos detidos pelo membro da Equipa de Enfermagem participante sobre a actual mudança do paradigma da assistência em Saúde Materna e Obstétrica.

Perante a clara recusa das doze participantes em comen-

tar a actual mudança do paradigma da assistência em SMO não podemos identificar os seus conhecimentos objectivamente e sim traduzi-los hipoteticamente em três cenários possíveis:

1. O desconhecimento sobre o assunto, implicando uma possível sua prática não humanizada;
2. O conhecimento sobre o assunto, mas existindo o medo de “ferir” susceptibilidades ao comentá-lo face às resistências existentes por parte de outros elementos, detentores de maior poder no seio da Equipa de Saúde. Um sinal de falta de autonomia profissional ou de uma hegemonia do saber médico instituído, logo a existência de uma assistência medicalizada ao parto;
3. O conhecimento sobre o assunto e a sua concordância, embora com uma prática profissional medicalizada, implicando o medo de ser identificado como um elemento resistente à mudança do paradigma.

Compreendendo as práticas humanizadoras prestadas no S. Bloco de Partos do HGO-EPE

Todas as participantes referiram uma prática profissional quotidiana enriquecida com “actos” de humanização, tanto para o parto eutócico como para o distócico, especificando-os ou não. A maioria, dos “actos” enumerados insere-se no grupo A da totalidade das recomendações da OMS (1996) para uma maior Humanização na assistência ao parto normal por parte dos profissionais de saúde, correspondendo às condutas que são claramente **úteis e que deveriam ser encorajadas**.

De entre as participantes que não especificaram quais os “actos” humanizadores, é de salientarmos uma que apontou como factor primordial para a prática destes a vontade do Enfermeiro/ casal em concretizá-lo mesmo perante condições físicas e humanas não ideais.

Relativamente, aos “actos” humanizadores descritos podemos dizer que dentro das condutas que são claramente **úteis e que deveriam ser encorajadas**, surgem: o cumprimento do plano de parto, a permissão para a permanência/alternância até duas pessoas significativas junto da parturiente, a deambulação da parturiente, a ingestão hídrica na parturiente, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor de parto (bola de Pilatos, musicoterapia, alternância de posições), o início do vínculo precoce RN/mãe através do contacto pele a pele logo após o parto, a amamentação precoce até aos primeiros 60 minutos após o nascimento, o início do relacionamento da tríade e a não realização de episiorrafia por rotina.

Para além, destas condutas recomendadas pela OMS (1996) outras surgiram e são praticadas no Serviço, tais como: o vestir da primeira roupa do RN trazida de casa, a exteriorização total do RN pela mãe aquando do parto, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante e a apresentação à restante família que são igualmente humanizadoras.

Por outro lado, quatro participantes referem o estabelecimento de uma relação empática, escuta activa e o esclari-

recimento das dúvidas, necessidades da parturiente/família por parte dos enfermeiros como “actos” humanizadores do parto, uma parte substancial e integrante da base humanizadora da prática profissional da Enfermagem em qualquer contexto de assistência ao utente (crianças, adultos, idosos). Logo, identicamente fundamental na assistência ao parto segundo Santos (1998), Page (2001) e Bruggemann (2002).

No que concerne às condições oferecidas pelo Serviço às participantes para a materialização de uma prática humanizadora podemos depreender através de todos os discursos que existem condições, embora não as ideais, a serem melhoradas!

Compreendendo os obstáculos descritos pelo membro da Equipa de Enfermagem participante na sua prática no S. Bloco de Partos do HGO-EPE

Através da leitura da totalidade dos discursos obtivemos a certeza da presença de obstáculos, mas que são vistos e entendidos de formas diferenciadas. Uma corrente minoritária refere a sua existência, enumerando-os ou não e salientando o facto de estes serem ultrapassáveis com o bom senso, vontade e poder de negociação verbal dos enfermeiros, apoiando a tese de Castro (2003) do grande peso dos recursos humanos na implementação/manutenção da HP, revelando simultaneamente a presença de uma sensibilidade, uma atitude de compreensão, um relacionamento e uma interdisciplinaridade requeridas para uma prestação de cuidados humanizados no Bloco de Partos segundo Santos (1998) e Page (2001).

Uma outra maioritária e distinta simplesmente descreve-os, despontando nela frequentemente os obstáculos arquitectónicos como sejam a falta de espaço físico ou de estruturas básicas – casas de banho e de uma área de prestação dos primeiros cuidados ao RN nas boxes e os de índole político-organizacional – o deficiente rácio de enfermeiros vs alto movimento de parturientes. Pontualmente e de ordem humana, a resistência dos obstetras, pediatras e enfermeiros face a inovações na prática quotidiana e de índole político-organizacional: a pressão dos pares na tomada de decisões relativas à parturiente na Equipa de Enfermagem e a falta de comunicação/coordenação dentro da Equipa de Saúde.

De acordo com a literatura pesquisada podemos visualizar que os obstáculos físicos apontados pelas participantes como os mais frequentemente encontrados não constituem por si só, um factor decisivo e impeditivo de uma assistência Humanizada no Parto (Castro, 2003; Odent, 2002), que se encontra salvaguardada pela notável força de vontade da Equipa de Enfermagem para criar as condições humanizadoras e mantê-las face a obstáculos físicos, humanos e organizacionais.

Mas a realidade é outra, relativamente aos obstáculos humanos minoritariamente apontados e o seu respectivo peso na balança da HP, uma vez que constituem um factor desequilibrante negativo na HP mesmo na presença de políticas de saúde ou de infra-estruturas físicas ideais (Castro, 2003).

CONCLUSÕES

Este estudo foi desenvolvido com o objectivo principal de conhecer e descrever o Significado dado à Humanização do Parto pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Bloco de Partos. Para tal, recorremos aos vários conceitos relacionados com a HP/PH existentes na literatura científica pesquisada e a uma abordagem fenomenológica descritiva.

Relativamente ao primeiro objectivo, o significado dado à humanização do parto pela Equipa de Enfermagem foi possível apreendê-lo como exímio e amplo, explicável talvez pela caracterização obtida de uma Equipa de Enfermagem “madura”, “adulta” perante as médias de idade, experiência na área de SMO e no Bloco de Partos apresentadas e também devido à sua recente formação profissional e académica, todas elas conviventes e actualizadas em termos de HP.

No referente ao segundo objectivo relativo à descrição das práticas humanizadoras dos cuidados de enfermagem executados no Serviço, foram grandemente referenciadas como uma prática corrente quotidiana pela totalidade das participantes, apesar da presença de obstáculos físicos e humanos. A maioria integra-se no grupo A das recomendações da OMS (1996) para uma maior humanização na assistência ao parto normal, havendo outras menos enumeradas que são idênticamente condutas humanizadoras.

Quanto ao último objectivo, respeitante à identificação das áreas de maior lacuna de humanização na prestação de cuidados de enfermagem prestados à parturiente/família podemos ler nas entrelinhas das descrições sobre os obstáculos que as preocupantes para a HP residem em factores humanos extrínsecos e intrínsecos à Equipa de Enfermagem, respectivamente na resistência de Obstetras e Pediatras ao parto natural, na falta de comunicação dentro da Equipa de Saúde, na resistência de enfermeiros face a inovações na prática quotidiana e respectiva pressão dos seus pa-

res na tomada de decisões minoritariamente e no tão reiterado défice do rácio de enfermeiros vs alto movimento de parturientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bruggemann, O. M. (2002), *Humanização do Nascimento: Realidade e possibilidades*. Apresentação feita na Mesa Redonda – Assistência Humanizada do Parto do II Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Salvador.
- Carvalho, I. et al. (1998). Traditional midwives and their practices in the state of Pernambuco rural area 1996. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 63 (suppl I), p. 53-60.
- Castro, J. C. (2003). *Parto Humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, p. vii-x.
- Largura, M. (2000). *Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais, uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário*. 2ª Edição. São Paulo: Servier.
- Miyake, K. (1998). O futuro da obstetrícia no mundo. In *Relatório da Conferência Nacional sobre a organização dos serviços para a maternidade segura à luz da humanização*. Fortaleza, p.4.
- Odent, M. (2002). *O Renascimento do Parto*. Florianópolis: Editora Saint-Germain.
- OMS (1996). *Care in normal birth: practical guide*. Geneva, World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit.
- Page, L. (2001). Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North América, Western Europe and New Zealand. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 75 (suppl I), p. S₈₁-S₈₈.
- Polit, D. & Beck, C & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. São Paulo: Artmed.
- Santos, O. M. B. (1998). *A Enfermagem como diálogo vivo: Uma proposta Humanística no cuidado à Mulher e Família durante o processo do Nascimento*; Dissertação do Curso Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis.
- Wagner, M. (2001). Fish can't sea water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 75 (suppl I), p. S₂₅-S₃₇.

Vivências da Mulher Toxicodependente no Desempenho do Papel Maternal

Carolina Henriques*, Elsa Filipe**, Paula Amado**

RESUMO

O presente estudo visa conhecer e descrever as vivências da “Mulher Toxicodependente no Desempenho do Papel Maternal”. De forma a concretizar este objectivo desenvolveu-se um estudo de investigação qualitativa numa perspectiva fenomenológica. As participantes do estudo foram três mulhe-

res, pertencentes à USF de Marmelais, Centro de Saúde de Tomar.

Do processo de reflexão sobre as narrativas do estudo, emergiram três áreas temáticas relativas às vivências da mulher toxicodependente no desempenho do papel maternal, são elas: Vivências Transaccionais para o Papel Materno; Vivências face ao Ajustamento ao Papel Maternal; Vivências face à Prestação de Cuidados ao Filho.

Podem concluir-se que o papel materno nestas mulheres está presente e capazmente desenvolvido, desde que haja programas de intervenção específicos por profissionais especializados, como é o caso dos Enfermeiros Obstetras.

* Professora ESSL, IPL Leiria.

** EESMO – MDM – Coimbra, HUC, Coimbra

Palavras-chave: Mulher; Toxicod dependência; Papel Maternal; Fenomenologia;

ABSTRACT

This study aims to discover and describe the experiences of "Woman in Drug addict Maternal Role Performance." In order to achieve this goal we developed a qualitative research study a phenomenological perspective. The study participants were three women, belonging to the USF quinces, Health Centre of Tomar. The process of reflection on the narratives of the study, three themes emerged as the experiences of women drug users in the performance of maternal role, they are: Experiences in Writing Transactional Feeding; Adjustment Experiences in the face of the Maternal Role, Experiences in the face of Care Delivery the Son. It can be concluded that the maternal role in these women and this is ably developed, provided there are intervention programs for specific skilled professionals, as is the case of Obstetricians Nurses.

Key-words: Mulher; Toxicod dependência; Papel Maternal; Fenomenologia;

INTRODUÇÃO

Porque sabemos, que a problemática da droga é sempre complexa e multifactorial, e que estas mulheres toxicómanas deparam-se no dia-a-dia, com os mais variados problemas sociais, nomeadamente o fraco suporte social, fracos recursos económicos, desemprego e fracas condições habitacionais, entendemos que esta problemática assume uma elevada magnitude.

Partindo da questão de investigação "*Quais as vivências da mulher toxicod dependente no desempenho do papel maternal?*"

Definimos os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer como a mulher toxicod dependente vivenciou a transição para o papel maternal;
- Conhecer como a mulher toxicod dependente vivência a experiência de ser mãe;
- Conhecer de que forma a mulher toxicod dependente vivência os cuidados por ela prestados ao recém-nascido;

No sentido de compreender o fenómeno para extrair a sua essência do ponto de vista daquelas que vivem essa experiência e tendo em conta que a questão central deste estudo exploratório de natureza qualitativa, diz respeito, às *vivências* da mulher toxicod dependente no desempenho do papel maternal, o estudo tem um enfoque fenomenológico.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Procurando a compreensão do fenómeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações, pensamos que a metodologia qualitativa de enfoque fenomenológico seja aquela que mais se adequa à nossa problemática. Para Bicudo (2000) citado por Turato (2003) a fenomenologia como método qualitativo, baseia a investigação no que faz sentido para o sujeito, estuda o fenómeno como é percebido e manifestado pela linguagem, sendo este influenciado pelo contexto no qual a percepção e a manifestação ocorrem. A forma de seleccionar esses participantes baseia-se no conhecimento específico que eles têm de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento, constituindo assim uma amostra intencional. Segundo

Streubert e Carpenter (2002, p.25) na investigação qualitativa podemos falar em informantes ou participantes, já que a escolha dos mesmos é determinada pela sua experiência, cultura, interacção social ou fenómeno de interesse ao estudo realizado. Sendo assim tem como fenómeno de análise as mulheres toxicod dependentes no que concerne ao desempenho do papel maternal, temos como participantes as mulheres toxicod dependentes que vigiaram a sua gravidez na USF de Marmelais e mantiveram-se sob vigilância da mesma instituição, tal como o seu recém-nascido, durante as primeiras quatro semanas do período pós-parto, para além disso estas mulheres toxicod dependentes estão ao abrigo do programa de substituição de narcóticos (metadona), cujas tomas diárias se fazem na respectiva USF. Neste estudo participaram apenas três mulheres que vigiaram a sua gravidez na USF de Marmelais e que respeitavam os critérios de inclusão seleccionados.

COLHEITA DE DADOS

Optámos então por recorrer à entrevista semi-estruturada, recorrendo a um guião de entrevista que nos facilitou a exploração dos discursos e maior eficácia na descoberta de vivências complexas e carregadas de emoção; e de sentimentos. Após a entrevista os investigadores ouviram a gravação o mais rápido possível, transcrevendo o seu conteúdo na totalidade e enquanto a sua memória visual retém aspectos da entrevista não possíveis de registar como lágrimas, expressões faciais e corporais (Moreira, 2004; Streubert e Carpenter, 2002). Após terem sido realizadas as entrevistas, o conteúdo das mesmas, foi transcrito na íntegra, bem como os elementos transmitidos em linguagem não verbal. A validação dos dados foi feita através da entrega da transcrição na íntegra das entrevistas às participantes, de modo a que as pudessem alterar se quisessem ou eliminar parte se com algo não concordassem, o que tal não se verificou.

ANÁLISE INTERPRETATIVA

Do processo de reflexão sobre as narrativas do estudo, emergiram três áreas temáticas relativas às vivências da mulher toxicod dependente no desempenho do papel maternal, são elas:

- Vivências Transaccionais para o Papel Maternal;
- Vivências face ao Ajustamento ao Papel Maternal;

A análise cuidada das entrevistas efectuadas, leva-nos a registar que a gravidez, sendo considerada para a maioria dos autores como um período de grandes transformações, de adaptações e portanto de crise, do ponto de vista psicológico, deve ser entendido como um processo dinâmico, de construção e de desenvolvimento.

Os sentimentos face à gravidez, parecem-nos serem determinantes como indicadores do início do processo vincutivo ao bebé, tal como o factor antecipatório ao desempenho maternal. Desta forma, foi possível encontrarmos, após a análise das entrevistas, manifestações de sentimentos face á gravidez da própria grávida, manifestações de sentimentos do seu

companheiro e manifestações de sentimentos dos seus familiares mais próximos.

As mulheres participantes no estudo verbalizam na entrevista, sentimentos de rejeição face à gravidez e futura vinda de um filho, tendo algumas das vezes recorrido à opção por recurso ao aborto.

Assim sendo, a gravidez, além de ser tardia identificada é regra geral, mal aceite. Pelo que é frequente a referencia ao “não estava preparada para a gravidez” podendo apresentar sentimentos de rejeição que são manifestados pelas seguintes expressões:

“(…) Já soube bastante tarde que estava grávida, acho que já tinha muitas semanas, aí umas vinte (…). Não me passava pela cabeça. (...) mas com as drogas e o tabaco achava que não dava para engravidar, não estava preparada para isto. (...) O Dr. [médico de família] é que me pediu análises e foi assim que soube, ia morrendo.” (Helena)

Nestas mulheres há também como que uma incapacidade de responsabilização. A dificuldade no processo de aceitação da gravidez, fez com que estas mulheres se sentissem incapazes de incorporar a gravidez traduzindo-se em sentimentos de incapacidade de responsabilização:

“Pronto, quando soube não aceitei bem, porque a minha vida era uma balbúrdia, tomava as drogas, o meu companheiro às vezes também, e gostava de estar em casa a dormir, sem fazer nada, sem responsabilidades. Ter um filho é muita responsabilidade (…).” (Helena)

“(…) o meu pai exaltou-se muitas vezes comigo, a dizer “o que é que queres da vida, és uma irresponsável, tens destruído esta família.” (Rosa)

A maternidade é de facto uma experiência promotora de um conjunto de transformações que marcam tanto a vida prática como a identidade das mulheres que a vivem, encontrando-se o seu significado largamente associado a representações e condutas socialmente determinadas. Constitui um momento existencial em que a mulher é sujeita a um processo de renegociação da sua identidade, tanto para si própria como para os outros. Esta reconfiguração desenvolve-se num confronto permanente entre expectativas, constrangimentos e possibilidades, numa dinâmica muitas vezes geradora de sentimentos e avaliações ambivalentes e contraditórios.

Começa então, um período de profundas questões, perturbações emocionais e relacionais e de comportamentos que são tradução da ambivalência materna. Os discursos que emergiram vão de encontro ao referido:

“Foi difícil e eu hesitava, uns dias ficava contente e até achava graça, e outros dias arrependia-me e pensava que grande asneira eu tinha feito. Acho que às vezes até achava que estava a sonhar, que era uma brincadeira de criança e que eu ia ter um boneco, era estranho, parecia que não era verdade, como é que era possível. (...) Uns dias sentia-me feliz, outra baralhada e com muitas dúvidas, como é que vou fazer, o que ia ser de mim, será que era capaz.” (Rosa)

As mulheres participantes no estudo verbalizam que os

seus familiares as viam como não estando preparadas para assumir responsabilidades e que as mesmas não estavam preparadas face à realidade da gravidez e da vinda de um filho, desta forma analisa-se a existência de sentimentos de rejeição por parte dos familiares à gravidez, seguidos temporariamente de sentimentos de aceitação e de substituição.

Estas mulheres, se não forem amparadas, sentindo-se frágeis, incapazes, «destruidoras» ou más mães, facilmente entregam os filhos ao cuidado das avós, como se reproduzissem a clivagem de origem vivida antes nas suas famílias.

Por outro lado, estas avós, a pretexto de prestarem melhores cuidados, preferem retirar-lhes os filhos, tacitamente ou recorrendo ao tribunal, em vez de pensarem nas possibilidades de as ajudar a ser menos dependentes e mais competentes.

Assim, todas estas condicionantes externas podem influenciar e dissociar ainda mais, e muitas vezes irremediavelmente, a vinculação mãe-bébé. Monteiro (2005,p.51), revela na sua obra “O Que Dizem as Mães” toda a importância e todo o interesse na aplicação da noção de identidade à discussão do conceito de maternidade, pois esta é vista como uma experiência que determina, e influencia o processo de constituição da identidade da mulher.

As capacidades da mulher como futura mãe dependem em grande parte das experiências relativas aos cuidados que recebeu da sua própria mãe.

A mãe destas mulheres é descrita como bastante hostil, punitiva e sem ternura; enquanto o pai foi sentido como fraco, distante ou ausente. Predominando, os sentimentos de inferioridade e desvalorização muito marcados, podendo coexistir também associada à figura materna a imagem do *Self* grandiosa e idealizada. (Lourinho, 1997)

Apointa-se ainda, como característica dominante nestas mulheres, a recusa da identificação feminina, negando a mulher, o reconhecimento da sua feminilidade. Num quadro com estes contornos o auto-conceito só pode ser naturalmente negativo, sistematizado pela expressão: “Não me imaginava nada como mãe”. (Helena)

A figura materna representa o que não deve ser copiado ou reproduzido. Os discursos que emergiram das nossas entrevistas contrariam de certo modo a posição dos teóricos. Só uma das entrevistadas referiu como negativa a representação da figura materna.

“Não me imaginava nada como mãe. Só queria não ser como a minha, (...) ninguém cuidava de nós, era o salve-se quem puder. Não queria ser como ela.” (Helena)

“Eu nunca me imaginei como mãe, não fazia grande parte dos meus projectos, nunca pensei muito bem nisso. (...) A minha mãe foi sempre boa para mim, se calhar até boa de mais e não me deu grandes regras, por isso se calhar é que eu fiz alguns disparates. (...) Não tinha grandes expectativas (...)” (Graça)

Como foi vivenciado por estas mulheres, enquanto grávidas e agora mães, o seu bebé?

Na grande maioria dos casos o bebé é imaginado como trazendo problemas. O que é perfeitamente compreensível,

dada a consciência que têm do efeito das drogas no desenvolvimento fetal.

Se os medos em relação a possíveis malformações são comumente descritos como existentes no decurso de uma gravidez dita normal, no caso das grávidas toxicodependentes este aspecto, assume contornos ainda maiores.

Entre os medos mais comumente descritos, contam-se os relativos ao facto do bebé nascer saudável ou não, com malformações ou até morto e os relativos ao trabalho de parto.

“Eu imaginava-o bonito, mas tinha muito medo que a droga lhe tivesse feito mal, sei lá, saísse deficiente, com a cara alterada, ou com o corpo. Tinha medo, tinha. Já vii se ele não fosse normal, não sei se gostava tanto dele, (...). A droga tem efeitos para os bebés também, explicaram-me isso, e isso afligia-me, (...).” (Helena)

O bebé imaginário, consubstanciado no conteúdo megalómano de muitas fantasias maternas, dá lugar ao bebé real, pondo fim a todas as fantasias e medos.

Relativamente à perda do bebé imaginário após o parto, Soifier (1992, p.67) afirma que é importante ter em conta que “ (...) este processo de reconhecimento, desperta profundas ansiedades, uma vez que graças a ele se delimitam as fantasias surgidas durante a gravidez sobre a realidade presente.”

No que concerne aos sentimentos perante o nascimento, dois tipos de sentimentos vivenciados pelas grávidas: em relação à equipa e em relação ao bebé. Relativamente à equipa verbalizam sentimentos de rejeição e de marginalização.

A difícil manutenção do consumo, em termos de custos, fá-las recorrer frequentemente à prostituição, o que aumenta ainda mais a sua vulnerabilidade social e, tornar a sua situação ainda mais desfavorável e penalizadora como mães. Estando-lhes associada uma imagem de mulheres “sexualmente promíscuas” e sem “impulso materno”.

“(...) porque lá no hospital nós também parece que temos menos direitos, ou as nossas dores são diferentes das outras. Uma colega sua disse-me “então agora tá-lhe a doer, tá!”, estava desertinha para ela se ir embora.” (Rosa)

“Quando ela nasceu, eu estava muito nervosa, era muita gente, havia muita confusão. (...) e havia enfermeiras que ralhavam comigo, (...). (...) depois há enfermeiras boas e más, umas até falam bem para nós, e são meiguinhas, outras são horríveis Sr. Enfermeira, nós somos um saco que ali estamos.” (Graça)

Relativamente ao bebé, são vivenciados sentimentos de gratificação, indo ao encontro do seu bebé real:

“Quando vi o João, e vi que estava tudo bem fiquei muito contente. (...) Não me passava pela cabeça ser mãe e ter um filho, nunca imaginei ser capaz, e com a vida que levava ainda pior, mas no fim senti-me feliz, contente, já não estava sozinha, é muito bom.” (Helena)

Monteiro (2005, p.129) refere que “o processo de «tornar-se mãe» não é um processo isolado e privado; pelo contrário, a mãe sozinha não consegue e sente-se insegura, tendo

de recorrer a quem saiba, tendo de basear o seu desempenho em informação fidedigna, de confiança.”

Dos relatos destas mulheres emerge facilmente uma possível conclusão sobre importância de uma necessária preparação psicológica e funcional para o capaz desenvolvimento da vinculação, estabelecimento de uma eficiente relação precoce e conseqüente desempenho do papel maternal. Ao nível de uma preparação psicológica as mulheres descrevem-nos que foram preparadas de forma informal ou de forma um “pouco apressada” face às suas necessidades.

Ao nível de uma preparação funcional, a mãe, a amiga e os profissionais foram referenciados:

“A Rosa, sabe, aquela minha vizinha, (...), ensinou-me algumas coisas e até me emprestou o carro. (...) também me chatearam para ir para aquela preparação do parto (...), fui lá duas vezes fazer uns exercícios de assoprar por causa das dores do parto.” (Helena)

O “ser-mãe” representa um factor identitário do “ser mulher”, pelo que parece, não tem trazido contributos significativos para uma valorização social do estatuto da mulher. Neste trabalho procuramos olhar para as vivências da maternidade e do desempenho do papel maternal da mulher toxicod dependente como experiência e não como parte natural ou predestinada da vida das mulheres.

Atrevera-nos a afirmar que a vivência da maternidade e do ser mãe constitui um rito de passagem na transformação e na realização da identidade feminina.

Se a maternidade permite às mulheres em geral aceder a uma transformação do seu auto-conceito, isto parece ser mais determinante e profundo nas mulheres com um estigma social comprometido, como é o caso das mulheres toxicod dependentes. Pelo estudo que apresentamos verifica-se, pela análise do significado dos seus discursos na primeira pessoa, que os sentimentos de responsabilização face ao filho e à sua própria vida foram alterados:

“Tenho outras responsabilidades, já tenho por quem viver e lutar.” (Helena)

Passada a fase de alguma negação, a vivência e o desempenho do papel maternal parece ser a derradeira oportunidade da transformação moral nas suas auto-concepções, já que segundo McMahon (1995, p.129) os filhos “são a sua vida”. Para o mesmo autor “o amor materno, após o nascimento do filho, fornece um recurso simbólico e de argumentação, uma afirmação daquilo que entendem ser a identidade feminina. Os filhos são o objecto desse amor e revestem-se de toda a importância para a coerência identitária.” Desta forma parece que a vida ganhou um outro sentido, ao que chamamos sentido de vida:

“É bom a gente ter um filho, parece que a vida tem outro sentido. Antes às vezes tinha dias que pensava viver para que (...), agora é diferente.” (Helena)

McMahon (1995, p.22) revelou no seu estudo que ser boa mãe implica assim uma abnegação e sacrifício da vida de “antes” e da vida de “agora”. A vida de “agora” implica trabalho como tratar da criança, ouvir a criança, tentar decifrar os

seus desejos e necessidades, lutar por realizá-los, colocar o seu bem-estar acima das conveniências pessoais da mulher.

Após o nascimento da criança, a mulher é confrontada com a realidade do “ser mãe” e com a necessidade imperiosa de desempenhar a função maternal.

Podendo-se sistematizar a função maternal ao nível do desenvolvimento de competências cognitivo-motoras, e as cognitivo-afectivas, foi-nos possível constatar que existe uma preocupação significativa da mulher toxicodependente em se ajustar ao papel maternal imposto socialmente, e portanto procurar desenvolver estas mesmas competências.

O desenvolvimento evolutivo de competências cognitivo-motoras é espelhado nas seguintes expressões:

“As outras coisas é que me atrapalhava, o vestir, o dar o banho, se mamava bem (...). (...) Em casa, a minha mãe ajuda-me nessas tarefas, está sempre ao pé de mim, e eu sinto mais que sou capaz. Agora já passou um tempo já faço a maior parte dessas tarefas bem, (...). (...) Dou-lhe a mama a tempo e horas, estou sempre com atenção, se ela está bem, gosto muito de a vestir (...), acho que faço bem.” (Rosa)

Embora seja notório uma maior preocupação no desempenho do saber-fazer, muitas vezes validado ou ajudado por outros elementos significativos para a mãe, que ela acha “que fazem melhor”, isto é no desenvolvimento de competências cognitivo-motoras, já que se denota uma preocupação com o bem-estar físico da criança, em nada são esquecidas as competências afectivas:

“No início o choro da bebé também me incomodava, (...) e quando o meu chorava eu não tinha muita paciência, não sabia falar para ele, então chamava logo pela enfermeira. Hoje, já tenho mais paciência, já fico menos nervosa, (...). (...) Gosto de olhar para ele, de o ver dormir, é tudo muito bom, (...). Então desempenho mais ou menos, espero sempre melhorar e vir a ser ainda melhor mãe para o meu filho. (...) Ser carinhosa, atenciosa, cuidar bem dele.” (Helena)

CONCLUSÕES

Partindo do processo gravídico, onde se entrecruzam sentimentos de ambivalência, e onde ora se vivenciam representações de um bebé real, ora de um bebé imaginário, o nascimento e os primeiros dias são descritos como experiências

singulares, onde vigoram sentimentos de medo, insegurança, marginalização e rejeição, relativamente aos profissionais, mas igualmente de gratificação, pelo papel desempenhado por alguns, e pela presença viva do bebé.

O nosso estudo permite-nos salientar que estas mulheres, com uma adequada rede de apoios, algumas dessas dificuldades diluem-se. A gravidez na toxicodependente, apesar de todas as reservas e riscos, deve ser mantida e aberto o caminho sempre difícil da esperança. Após a análise interpretativa deste estudo, damo-nos conta de quanto seria importante que esta temática pudesse ser englobada nos currículos escolares, contribuindo para uma mais clara explicitação dos contributos científico e prático para a profissão e para o avanço dos seus conhecimentos em termos de novidade. Já que, dada a pouca atenção ao nível da vertente teórica; a pouca preparação técnica e científica dos profissionais de saúde torna-se, evidente.

Pensamos, deste modo contribuir não só para o avanço dos conhecimentos de disciplina de Enfermagem na área da saúde materna e obstetria, como igualmente o poder influenciar a prática profissional, critério fundamental a qualquer trabalho de investigação.

Apresentamos como sugestão para um próximo estudo nesta área de intervenção, o alargamento da amostra, não só em termos de área geográfica, como também que abrangesse o grupo de grávidas múltiplas. Pensamos que deste modo pode haver uma melhor e mais completa apreensão fenómeno e profundidade no estudo.

BIBLIOGRAFIA

- LOURINHO, I. (1997) - Contribuição Ao Estudo Das fantasias Maternas em Grávidas Toxicodependentes. Coimbra: IJARS, 1997, (Dissertação de Mestrado em Psicologia).
- McMahon, M. (1995). *Engendering motherhood: Identity and Self-transformation in Women's Lives*. New York: Guilford Press.
- MOREIRA, Virginia (2004) – O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na pesquisa em Psicologia, 2004. www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a16v17n3.pdf
- SOIFER, Raquel (1992) – Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 6.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.1992.
- STREUBERT; Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) - Investigação Qualitativa em Enfermagem. 2ª Ed. Loures: Lusociência.

CASAS DE PARTO NORMAL: MODELO EM ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À GESTANTE

Sumaia Prata da Silva¹

RESUMO

Casas de Parto no Brasil e sua importância na busca à assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. O artigo mostra, a partir de pesquisa bibliográfica, o processo saudável e natural de nascer, objetiva conhecer o significado das Casas de Parto Normal, onde se localiza, quem são os profissionais atuantes, suas atribuições e como funcionam, dentro deste âmbito propõe o trabalho de parto com excelência na Assistência Humanizada assim como: diminuição de mortalidades materno-infantis, diminuição de partos cesarianos desnecessários e principalmente aumento do número de Partos Normais como rege os manuais do Ministério de Saúde. Neste contexto cita-se a Enfermeira Obstétrica como personagem de destaque por estar presente no ambiente da casa de parto 24 horas, acompanhando assim à gestação, parto e puerperio.

Palavras-chave: Casas de parto. Enfermeira. Parto Humanizado.

ABSTRACT

Delivery Houses in Brazil and its importance in the search of humanized care to women in pregnancy and perperal cycle. The article shows, from literature, the healthy and natural process of birth, aims to understand the meaning of the Normal Delivery Houses, where they are located, who are the active professionals, their assignments and how they work, and in this framework proposes the birth work with excellence in Humanized Assintance such as: reduction of maternal and child mortality, reduction of unnecessary caesarean deliveries, and especially increasing the number of normal deliveries as the Health Ministry manuals govern. In this context, the Obstetric Nurse has been cited as having an important role by being present 24 hours in delivery house, following pregnancy, childbirth and postpartum.

Key-words: Delivery Houses, Nurse, Humanized Delivery.

INTRODUÇÃO

Este artigo fez-se necessário para justificar o tema Casas de parto e Humanização, que embora fora encontrado argumentos negativos quanto a iniciativa por parte de algumas entidades, o Ministério de Saúde e OMS tem incentivado Partos Naturais o que realça tais decisões. Apresentamos um histórico do Brasil e do mundo das Casa de Parto falando da trajetória ate os dias de hoje. Podemos conhecer melhor através dos conceitos o que venha a ser uma Casa de Parto ou Centro de Parto Normal assim como humanização do parto e o que cada classe profissional rege dentro do serviço. Norteamos cada local das Casas de Parto no Brasil. Para tanto não queremos travar lutas contra qualquer classe profissional ou favorecimento de autonomia a Enfermagem Obstétrica e sim proporcionar um nascer, mas digno e natural a aqueles que mudaram o futuro de nossa historia. Este novo paradigma é

incentivado pelo Ministério de Saúde em junho de 2000, instituindo o Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento - PHPN. (SERRUYA, 2003), regendo:

Centralizar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materno e perinatal adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da quantidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerperio e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo ministério da saúde na área de atenção a gestante, com investimentos das redes estaduais de assistência a gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos das unidades hospitalares integrantes destas redes. (BRASIL, 2000).

Atualmente deparamos com uma prática assistencial humanística decorrente de conquista dos movimentos populares. Ainda assim, no cotidiano dos serviços de saúde de obstétrica – pré-natal, trabalho de parto, puerpério – existe uma demanda para conseguir a assistência pré-natal e, muitas vezes, nas consultas às queixas e dúvidas das gestantes são pouco valorizadas. Recebem informações que equivalem a um verdadeiro compêndio de proibições, recomendações, restrições e exigências e voltam para suas casas com a cabeça em verdadeiro conflito, sem saber se estão grávidas ou doentes. Próximo à data provável do parto, ao sentirem as primeiras contrações, as gestantes percorrem mais uma etapa de sua peregrinação, vias-sacras, procuram a rede de saúde, sendo assim, as próprias vítimas da exclusão social da mulher. “O Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de casas de parto ou centros de parto normal no país e instituiu o Projeto Casas de Parto e Maternidades-Modelo em consideração às experiências positivas de funcionamento desta modalidade de instituição, visando reverter a situação precária da assistência ao nascimento e parto no contexto brasileiro.

Pressupõe que a partir desta perspectiva, buscou-se conhecer as características do cuidado desenvolvido em casas de parto (Brasil, 1999). Os CPN (Centros de Parto Normal) foram criados pelo Ministério da Saúde em 1999 e são definidos na portaria 985 como “unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias” (BRASIL, 2000). A Casa de Parto tem como proposta resgatar a vivência do parto fisiológico, com a participação ativa da mulher, estimulando à participação da família, em especial o companheiro, favorecendo a celebração da vida.

¹ Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, Professora do Instituto Passo 1 de Ensino de pós-graduação do Campos Uberaba MG Brasil

QUANTO ÀS CASAS DE PARTO

HISTORICIDADE

No Brasil, a pioneira casa de parto foi a do Ceará em 1975 a 1985, expandiu-se a modalidade de assistência para as populações miseráveis residentes em áreas litorâneas adjacentes a Fortaleza conduzida por parteiras tradicionais apoiadas tecnicamente pela Universidade Federal do Ceará. Atualmente a essência de seu trabalho foi preservada graças ao obstetra José Galba Araújo.

Em 1993 a humanização da assistência ao parto foi do Hospital Pio X, Ceres-GO, precedidas pelo professor e obstetra Hugo Sabbatino da Unicamp, e no Rio de Janeiro a Casa de Parto Nove Luas Novas.

Na ocasião, criou-se a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA), que agregava inúmeros grupos, ONG's, profissionais da saúde de instituições públicas, com a pretensão de apoiar as iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupo de parteiras tradicionais (OSAVA, 1997).

Após as Casas de Parto de Ceres-GO e de Niterói-RJ, foi a vez da Maternidade Leila Diniz da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ex-maternidade de Curicica, que foi inaugurada em 1994 após uma reforma de sua área física, garantindo um ambiente agradável e menos ameaçador que os das maternidades convencionais. As concepções que nortearam seu funcionamento foram a recuperação das práticas fisiológicas e humanizadas, capazes de acompanhar os ritmos da mãe e do bebê, incentivando as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e partos.

Em junho de 1997 inaugurou a Casa de Parto da Comunidade Monte Azul, em São Paulo, pelas mãos da parteira com formação alemã, Ângela Gehrke da Silva. A Casa de Parto Monte Azul tem ótimos índices que equiparam-se aos melhores encontrados em países desenvolvidos da Europa; a taxa de episiotomias na Casa é 17% e de cesárias 3%, o que nos obriga a rever nossos próprios modelos assistenciais. (OSAVA, 1997).

E mais recentemente, o mais novo projeto na área de alternativa de qualidade para as mulheres que vão dar a luz é o Projeto Qualis - Programa de Saúde da Família criada pela Secretaria Estadual da Saúde : Casa de Parto de Sapopemba na cidade de São Paulo (SEPULVEDA, 2008).

CONCEITOS

No Brasil o índice de partos cesários chegam a 90% comparados a partos normais, para tanto busca saber o que vem a ser a Casa de Parto e Centros de Parto Normal. A *Casa de Parto* é um local extra hospitalar para a realização de partos normais e sem distócia ou não acometidas por doenças clínicas e obstétricas, com infra-estrutura para este atendimento, contando com a presença da equipe de enfermagem e enfermeira obstetra. Tem como objetivos o atendimento de forma humanizada e segura ao parto, garantindo os aspectos fisiológicos do mesmo, além da participação da família neste mo-

mento. Nas práticas de Enfermagem Obstétrica baseadas em evidências, as pesquisas, estudos randomizados e controlados em laboratório, demonstram os resultados benéficos de inúmeras condutas, dentre as quais se destacam àquelas relacionadas à saúde da mulher e do neonato, onde a diminuição das intervenções e a adoção de métodos naturais vêm-se tornando cada vez mais utilizados. Nesta perspectiva, as Casa de Parto visam a valorizar o fenômeno do parto e nascimento em sua essência fisiobiológica como um processo natural e na sua dimensão social. Funciona como uma unidade autônoma, dispondo de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência de qualidade as gestantes, parturiente e aos nascituros. Geralmente, é construída em convênio com unidades de referências próxima ao hospital ou maternidade e, constituída por equipe mínima: uma Enfermeira Obstétrica, um Auxiliar de Enfermagem, um Auxiliar de Serviços Gerais e um Motorista de ambulância (HADDAD, 2004 et all MARTINS, 2005).

Já os CPN (*Centros de Parto Normal*) foram criados pelo Ministério da Saúde em 1999 e são definidos na portaria 985 como "unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias". Diniz, 2005. Em CPN mais complexas contamos ainda com outras profissionais como: Doulas, Fisioterapeutas, Médicos Obstetras e Neonatais, Preparadoras Perineais, Assistentes Sociais e Psicólogos.

O conceito de *humanização do parto* pode ser bastante diversificado, porém, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas. Assim "humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas". O termo humanização foi atribuído pelo Ministro da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-natal e Nascimento, com a premissa de melhorar as condições do atendimento e que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas, também, ouviu o que a gestante descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. Ainda traz todo momento a importância da participação da família durante a gestação, o parto e puerpério (CASTRO). O *Parto Humanizado* é muito mais do que um parto feito por seres humanos, como definem alguns, ou o direito a uma vaga em maternidade, ou o direito a seis consultas de pré-natal. Humanizar o parto é dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento focado em suas necessidades.

COMO FUNCIONAM

O pré-natal geralmente é realizado pelos mesmos profissionais que realizaram o parto. A gestante recebe ao longo dos meses orientações, exercícios, incentivo ao parto normal, acompanhamento psicológico, social e espiritual. Em alguns casos conta-se com o serviço de fisioterapia gestacional para preparo perineal e noções de respirações e relaxamento para o momento do trabalho de parto.

No momento do parto cria-se um ambiente calmo ao som de músicas com melodias que semelham aos sons intra-uterino.

O apoio familiar tem aqui seu papel fundamental para que haja segurança e intimidade à pacientes. Após o parto a assistência humanizada perpetua ao puerpério, puericultura e planejamento familiar.

Quanto às mulheres que podem ter seus filhos nas casas de parto resumem-se naquelas cuja gravidez é de baixo risco, ou seja, sem nenhum problema e com tempo igual ou superior a 37 semanas. Vale ressaltar que nem todas as mulheres podem ter seus filhos em uma casa de parto, sendo assim, não podem dar a luz as Gestantes hipertensas, diabéticas, cardiopatas ou que apresentam algum quadro patológico; grávidas que entram em trabalho de parto com tempo gestacional inferior a 37 semanas; grávidas de gêmeos; gestantes que já tiveram um parto cesárea, pois nem todas as Casas de Parto contam com serviço médico diretamente, indiretamente em casos de emergência obstétrica elas são transferidas ao hospital em prazo máximo de 10 minutos que também é a condição das casas de parto. Quanto à recepção ao recém-nascido elas contam com equipamentos de primeiros socorros, equipamentos de reanimação, monitoramento dos batimentos cardíacos e do líquido amniótico durante o trabalho de parto, além de incubadora móvel para o caso de transferência da criança a um hospital. No momento do parto a mãe é estimulada a protagonizar o nascimento do bebê. Durante o trabalho de parto ela pode comer, ingerir líquidos, andar, tomar um ducha ou ficar dentro d'água numa banheira, ficar de cócoras ou na posição que lhe for mais conveniente.

Em Casas de parto não realizam partos cesarianos, tricotomia, fleet enema, anestesia, corte do períneo, administração de ocitocina e a perfuração da bolsa podem ocorrer, mas não são rotina.

As possibilidades de erros existem porém são mínimas, quando elas surgem, elas são levadas à um hospital público de ambulância. Estes casos são quando: tem deslocamento prematuro de placenta, sangramento, pressão alta da parturiente durante o trabalho de parto, presença de mecônio no líquido amniótico, bradicardia ou sofrimento fetal. Diniz, 2005.

Acerca do alojamento conjunto os bebês e mães ficam juntas em quartos coletivos. Em outras, como a do Rio de Janeiro, a mãe fica em quarto com cama de casal junto com o bebê e o acompanhante. Os bebês sempre ficam na companhia da mãe.

As Casas de parto, como dito anteriormente, seguem-se em sua maioria com a coordenação de Enfermeiras Obstetras, que por sua vez também realizam os procedimentos técnicos-científicos a cerca do trabalho de parto, para tanto ressaltaremos a Lei do exercício profissional da Enfermeira Obstetra à assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal conforme Cofen e Ministério de Saúde.

Resolve:

A **Lei no 7.498**, de 25 de junho de 1986, que **regulamenta**

o exercício da enfermagem estabelece: Art. 11 – “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I – privativamente: (...). **II – como integrante da equipe de saúde:** (...) g- assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h – acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i – execução do parto sem distócia; (...)” Parágrafo único – às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei (titular do diploma ou certificado de obstetrix ou enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da Lei) incumbe, ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestésico local, quando necessária (Hortência, 1999).

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NAS CASAS DE PARTO

Enfermeiras Obstetras: São enfermeiras bacharéis e especialistas nesta área. Estão habilitadas para atender os partos normais, mas não para realizar cirurgias cesarianas. Nas casas de parto são elas que são responsáveis por todo o atendimento. Caso haja necessidade de intervenção especial, a parturiente é transferida para o hospital conveniado. No sistema de saúde privado elas são contratadas por hospitais para o acompanhamento e avaliação das parturientes, mas não para “fazer o parto” propriamente dito. No entanto elas podem atender partos domiciliares, primeiros cuidados com o recém nascido, inclusive em caso de complicações, realizar e responsabilizar pelo pré-natal das gestantes, devendo encaminhá-las para médicos obstetras quando a gestação apresenta complicações (REZENDE, 1998).

Doulas: São acompanhantes de parto que dão apoio físico, emocional e afetivo para a parturiente, através de massagens, dicas de respiração, posições, etc. Ficam o tempo todo com a parturiente desde o início do trabalho de parto, para diminuir a tensão provocada pelo ambiente hospitalar e pela presença de muitos profissionais desconhecidos do casal. Não fazem exames, nem atuam clinicamente. São contratadas pelas gestantes algumas semanas antes do parto. Alguns hospitais públicos possuem doulas voluntárias à disposição das parturientes. Duarte, 2009

As Preparadoras / educadoras perinatais: são as responsáveis pela preparação para o parto, através de cursos em grupo ou individuais. A formação dessas profissionais é variada: psicologia, fisioterapia, educação física, etc... Algumas preparadoras focam a questão do condicionamento físico, ou seja, se concentram nos exercícios, hidroginástica, alongamento, etc. Outras dão mais importância à preparação emocional, sendo o curso mais voltado às questões práticas do parto e maternidade.

Fisioterapeutas Obstétricas: A fisioterapia obstétrica é a mais nova área da saúde disponível para as gestantes que querem se preparar para uma gestação e pós-parto saudáveis. A fisioterapia em gestantes tem como objetivo cuidar do corpo da mulher, com as transformações fisiológicas, tem como objetivo: melhorar o condicionamento físico

através de alongamentos e fortalecimentos específicos principalmente da musculatura do assoalho pélvico (principalmente músculos perineais), músculos para vertebrais, abdômen e braços entre outros, preparando a mulher para as mudanças corporais durante a gestação, para o parto e pós-parto; melhorar a consciência respiratória e consciência corporal; minimizar e prevenir as dores dorsais e lombares, equilibrando a musculatura; orientação postural, de como caminhar, dormir, sentar e uso de calçados para prevenir lesões articulares, visto que os ligamentos tornam-se frouxos para facilitar o parto normal; técnicas de massagens relaxantes para auxiliar no relaxamento; técnicas de massagem, como a drenagem linfática para ajudar a minimizar e prevenir edemas (edemas) e transtornos circulatórios; preparar a mama para lactação e orientação quanto à amamentação. No pós-parto a fisioterapia também pode auxiliar a mulher com os seguintes objetivos: exercícios de alongamentos cervicais e membros superiores (compensando o uso excessivo do braço para amamentar o bebê e nos cuidados gerais) e alongamentos para músculos específicos, como os lombares; exercícios para o assoalho pélvico, prevenindo prolapso, incontinência urinária e proteção de músculos perineais (seja nos pós-parto normal ou cesárea); massagens relaxantes e orientações posturais para prevenir lesões articulares. Barbosa, 1998.

As Casas de Parto estão distribuídas pelo Brasil nos seguintes estados: Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília (DF), Fortaleza (CE), Itapeverica da Serra. (DINIZ, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente entrar em uma maternidade significa aceitar uma série de regras e regulamentos uniformes, crescentemente adotados por certos serviços em nome da segurança da mulher, do bebê, e do atendimento médico. No hospital, simbolicamente a mulher é despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade.

O propósito comum das *Casas de Parto* brasileiras é fazer do parto um acontecimento menos traumatizante e o mais natural possível, bem diferente daquele cerimonial de internação que ocorre no ambiente hospitalar que começa com a separação da família, a remoção das roupas e a sua substituição pelas roupas do hospital, a raspagem dos pêlos pubianos e o ritual de limpeza com o enema, acesso a alimentação limitado e instalação de um soro endovenoso, representando simbolicamente seu cordão umbilical com o hospital.

Diante dos desafios a serem vencidos, referentes ao parto humanizado, as Casas de Parto apontam-se como alternativa viável que proporciona uma assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, para tanto se fez necessário este artigo, para que os grandes apaixonados pela arte do cuidar e humanizar na obstetrícia possa conhecer melhor o significado e objetivos. O grande sonho é para que todo parto brasileiro seja no mínimo humanizado, onde todas as parturientes possam escolher seus obstetras, o local de parir, quem acompanhará e etc. A curiosidade de conhecer melhor

o trabalho das Casas de parto fez surgir uma enorme paixão pelo tema, pois acredita-se que havendo incentivo e orientações para a preparação do parto normal o nascer será mais digno e natural. Afinal estes mudarão o futuro de nossa história. Não sejamos ingênuos em acreditar que será fácil, pois somos otimistas, afinal isto é fé, certeza que vamos receber/fazer coisas que esperamos embora ainda não as enxerguemos.

REFERENCIAS

- BARBOSA, Denise Gurgel. **Gestação Saudável e Fisioterapia.1998**
Acesso: <http://www.guiainfantil.com.br/artigos/gestacao-saudavel-e-fisioterapia> em 20 de março 2009.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Lei nº 7.498 - 25 jun. 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: 1987.
- BRASIL . Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999. **Estabelece critérios para criar o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do SUS.** Brasília, 1999b.
- BRASIL, Ministerio de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento*, 2000 [on line]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/CArtilha.htm>[Acesso em 21/07/2005].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 888/GM, de 12 de julho de 1999. **Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo.** Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 1 jun. 2001.
- CASTRO JC, Clapis MJ. **Parto Humanizado na Percepção das Enfermeiras Obstétricas Envolvidas com a Assistência ao Parto.** Rev Latino-americana de Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):960-7
Acesso: www.eerp.usp.br/rlae 962 em 12-01-2009
- DINIZ, Tatiana. Equilíbrio - **Tire suas dúvidas sobre casas de parto** – Acesso: **06/10/2005 - 11h11**, referido 11/12/2008: www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/sofiafeldman.asp
- DAVID, Capistrano Filho. **Casa de Parto on line.** Casa de Parto David Capistrano Filho Atividades. Acesso: <http://www.casasdeparto.kit.net/index.html> em 11 de dezembro 2008
- DUARTE, Ana Cristina. **O que é Doula?** Acesso <http://www.doulas.com.br/doulas.html> em 09 de abril de 2009.
- DUARTE, Ana Cristina. **Educadoras Perineais.** Acesso <http://www.doulas.com.br/doulas.html> em 09 de abril de 2009.
- HADDAD E. B. **Revogação da Limiar em desfavor à Casa de Parto no Mundo.** 2004[on line]. Disponível em: <http://www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/revogacao.asp> [Acesso em 15/10/2008]
- HORTÊNCIA, Maria de Santana. **Lei do exercício Profissional.** 1999
Acesso: <http://www.primaluz.com.br/artigosOk.asp?id=12#> em 12 de fevereiro 2009.
- MARTINS, Cleusa Alves; ALMEIDA, Nilza Alves Maruques; SOUZA, Marcus Antonio, CANDÉ, TCHERNO; SIQUEIRA, Karina Machado, BARBOSA, Maria Alves. **Casa de Parto: Sua Importância na Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.07,n.06, p.360-365, 2005. Disponível: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revista_03.htm
- OSAVA, R.H. Tese, doutorado em saúde Materno-Infantil. **Assistência ao Parto no Brasil:** o lugar do não-médico. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, 1997
- REZENDE, J. **Obstetrícia.** 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.104-150
- SEPÚLVEDA, Maria Alicia Carrillo. **Casas de Parto e Enfermeira Obstétrica.**2008 Aceso <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/casas-parto.htm>, em 15 de julho de 2009
- SERRUYA, Suzanne Jacob. Ministério de Saúde. **A experiência do programa de humanização do pré-natal e nascimento.** Campinas SP 2003. Acesso http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf em 10 de agosto de 2009.

O Rosto da Infertilidade... Um Olhar de Enfermagem

Maria Rita Eleutério*, Sónia Paciência**, Susana Devesa*, Wilson Santos**

RESUMO

A infertilidade assume hoje um grande impacto na nossa sociedade, dado o elevado número de casais inférteis. Vários são os factores que conduzem a esta problemática, passando a resolução deste problema, por vezes, pela PMA.

A aposta na prevenção e detecção precoce revela-se fundamental. Torna-se premente reflectir sobre a intervenção do EESMO nesta área, onde existem muitos caminhos e obstáculos a trabalhar, contornar e ultrapassar. Um olhar atento de Enfermagem pode trazer de volta a alegria ao rosto do casal infértil!

Palavras-chave: Infertilidade; Procriação Medicamente Assistida (PMA); Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO); Prevenção Primária; Saúde Sexual Reprodutiva

ABSTRACT

Infertility today takes a major impact on our society, given the high number of infertile couples. Various factors lead to this problem, going to resolve this problem, sometimes by the PMA.

The focus on prevention and early detection appears to be fundamental. It is urgent to reflect on the intervention of NSMHO in this area, where there are many paths and obstacles to work around and overcome. A close look at nursing can bring back joy to the face of the infertile couple!

Keywords: Infertility; Medically Assisted Procreation (MAP), Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics (NSMHO), Primary Prevention, Sexual Reproductive Health.

INTRODUÇÃO

A infertilidade tem vindo a ganhar um lugar de destaque na nossa sociedade, tornando-se cada vez mais real nos nossos contextos (familiares e laborais). Importa que a enfermagem adquira um novo olhar sobre esta realidade. Assim, o EESMO deve perspectivar, de forma global, as suas intervenções educativas ao cuidar da mulher/casal infértil. No âmbito do Planeamento Familiar e saúde Pré-concepcional deve aplicar conhecimentos e técnicas de educação para a saúde, identificando e orientando os casais com desajustes sexuais, problemas de infertilidade, situações de risco, bem como, informar sobre doenças sexualmente transmissíveis e aconselhar comportamentos saudáveis.

A problemática da reprodução e da fertilidade humana centra-se na pluralidade de culturas, bem como nas suas diferentes abordagens e importância atribuídas (países pobres vs cultura ocidental). A humanidade colocou a substituição de gerações e a continuidade dos povos como uma questão central e politicamente relevante. No mundo ocidental, a questão da parentalidade consciente impõe aos indivíduos a necessidade de criação de um conjunto de recursos materiais, psicológicos e sociais disponíveis para se poderem tor-

nar pais, logo o processo fisiológico e circunstancial da gravidez, dá lugar a um planeamento bem gerido e complexo, revolucionando costumes, mentalidades e estilos de vida. Mas, na realidade, a afirmação “não quero ter filhos agora” não significa que o contrário “quero ter filhos agora”, seja verdadeiro (Leal e Pereira, 2005).

Nesta perspectiva, a abordagem desta problemática transcende a dimensão fisiológica. Para Leal e Pereira (2005), “o impacto emocional da infertilidade afecta os sujeitos ao nível intrapsíquico, interpessoal e psicosexual”, áreas onde o EESMO pode enfatizar a sua intervenção.

CARACTERIZAR A INFERTILIDADE

Em Portugal calcula-se que 15% a 20% da população seja infértil, o que corresponde a quinhentos mil casais que não conseguem alcançar a gravidez desejada. Entre parceiros saudáveis, numa relação sexual durante o período fértil, a possibilidade de gestação ronda apenas os 20% (Carvalho, 2006).

Existe alguma dificuldade e ambiguidade na definição do conceito de infertilidade, que é muitas vezes confundido com o de esterilidade. A definição geral de **infertilidade** é considerada como uma diminuição da capacidade de concepção em relação à população geral, a definição específica é a incapacidade de um casal conceber após um ano de relações sexuais regulares desprotegidas. O conceito de **esterilidade** é definido como a incapacidade de ter um filho vivo, mas está em desuso devido ao estigma negativo associado ao termo (Remoaldo e Machado, 2007).

O conceito de **infertilidade primária** refere-se a uma mulher que nunca engravidou. O conceito de **infertilidade secundária** aplica-se a uma mulher que teve uma gestação anterior não tendo conseguido engravidar novamente (Carvalho, 2006).

Até algum tempo atrás, era consensual atribuir a infertilidade a uma **causalidade feminina**, só o progresso científico nas técnicas de diagnóstico permitiram identificar uma **causalidade de etiologia masculina**. Contudo, não existe uma homogeneidade ao nível da etiologia, assim, podemos encontrar casais cuja infertilidade é claramente de causa orgânica (50% atribuída à mulher e 40% atribuída ao homem), porém (10%) de causa idiopática (Leal e Pereira, 2005). Nesta perspectiva, surgiu o interesse pelo estudo de hipótese de causa psicogénica.

Actualmente, a infertilidade é entendida como “um síndrome de origem múltipla”, onde deverá ser dada a devida importância às suas dimensões orgânicas e psicológicas.

* EESMO – HSEPE – Santarém.

** EESMO – CHON – Caldas da Rainha.

PREVENIR A INFERTILIDADE

A aposta deverá ser feita ao nível da **Prevenção Primária**, na perspectiva do **Planeamento Familiar** e **Pré-concepcional**, bem como na promoção da **Saúde Sexual Reprodutiva**, no qual o EESMO possui um vasto campo de intervenção. Acreditamos que a infertilidade pode ser prevenida através do esclarecimento/educação aos casais, mudança de estilos de vida, adopção de comportamentos saudáveis e interiorização da importância do auto-cuidado. O EESMO deve procurar desenvolver as suas competências na área do conhecimento sobre quadro legislativo e técnicas de PMA, patologia ginecológica que interfere com a fertilidade, bem como aspectos psicológicos e sociais envolvidos no âmbito da sexualidade, infertilidade e doenças sexuais.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 destaca o papel interventivo do EESMO ao nível da promoção e educação para a saúde. Esta intervenção deve ser o mais precoce possível, não só nos grupos mais vulneráveis (mulheres nos extremos da idade fértil, mulheres com comportamentos aditivos e comportamentos sexuais de risco), mas em toda a população em idade fértil.

Primeiramente, deve ser dada especial atenção aos adolescentes uma vez que são os futuros reprodutores/progenitores. A adolescência é caracterizada pela vontade de transgredir regras e correr riscos, são os próprios a referir que o fazem por ser divertido, por parecer que as consequências não são graves e sobretudo porque todos o fazem (Quinn e Lowdermilk, 1999). Estes comportamentos são a causa de muitas das gravidezes na adolescência, mas também do possível desenvolvimento de Infecções de Transmissão Sexual, que poderão comprometer o futuro ginecológico e obstétrico da adolescente. Cabe ao EESMO, informar e formar no sentido de adopção de uma vida sexualmente activa e satisfatória, mas isenta de riscos. (Quinn e Lowdermilk, 1999).

Nos casais em idade fértil, o EESMO deverá realizar uma avaliação inicial cuidada da história sexual do casal e ginecológica da mulher, para despiste de factores de risco, num ambiente tranquilo e facilitador da interacção. Por ser uma área de natureza íntima e pessoal, o EESMO deve estabelecer um clima de confiança, não emitindo juízos de valor que possam ser considerados pelo casal como invasão de privacidade, só desta forma o casal se sentirá compreendido e respeitado. O casal deve sentir-se encorajado a verbalizar as suas dúvidas, para desmistificar mitos e crenças relacionados com a fertilidade, pois estas podem estar na base da não concretização do seu projecto de gravidez.

FACTORES PREDISPOANTES NA INFERTILIDADE

A massificação da contracepção permitiu às mulheres um controlo efectivo sobre a sua função reprodutora e sexualidade, permitindo-lhes responder à exigência de um percurso escolar extenso, numa perspectiva de carreira profissional eficaz, sendo a gravidez/maternidade um projecto cada vez mais tardiamente vivenciado, próximo do extremo da idade

fértil: idade materna > 35 anos (Remoaldo e Machado, 2007). Por outro lado, o aumento das infecções de transmissão sexual, a utilização de contraceptivos prejudiciais à futura concepção, o início da actividade sexual precoce e múltiplos parceiros sexuais contribuem para o aparecimento de Doença Inflamatória Pélvica. Aliado a sequelas de tuberculose genital feminina, alterações orgânicas e funcionais (factor ovulatório, tubário, uterino e imunológico), a exposição excessiva a factores tóxicos e ambientais, bem como a prática mais generalizada do aborto são **factores** que contribuem para o aumento da **infertilidade feminina** (Quinn e Lowdermilk, 1999). Relativamente à prática do aborto, este tem sido realizado de forma clandestina em condições de saúde e higiene duvidosas, que poderão ter conduzido a situações de infertilidade. Actualmente, com a lei da despenalização do aborto, espera-se vir a inverter a tendência desta prática ao ser realizada em locais idóneos, tentando preservar o futuro ginecológico da mulher. Contudo, esta realidade não pode ser encarada isoladamente dos factores de infertilidade masculina, uma vez que o casal em termos reprodutivos representa a unidade, contribuindo de forma igualitária para o mesmo fim.

Os **factores de infertilidade masculina** estão relacionados com alterações do espermatozóide (forma, qualidade, mobilidade, número), consumo de substâncias nocivas (álcool, tabaco, outras substâncias aditivas, medicamentos), causas orgânicas (varicocele, vasectomia), factores tóxicos e ambientais, entre outros (Quinn e Lowdermilk, 1999).

O casal após constatar a não ocorrência de gravidez, durante um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas, deverá submeter-se a um estudo, de forma a identificar o problema/causa e o tratamento adequado (Carvalho, 2006).

Nesta perspectiva, o EESMO deve informar o casal sobre a importância da realização deste estudo, desmistificando os seus medos e receios, tendo em conta, que o casal se sente vulnerável à exposição de uma área muito íntima.

ALTERNATIVAS NA INFERTILIDADE

Apesar da identificação precoce de casos de risco, dos esclarecimentos sobre Saúde Sexual Reprodutiva e Infertilidade, nem sempre é possível a concretização espontânea do projecto de gravidez pelo casal.

A Organização Mundial Saúde considera a infertilidade uma doença e determina que assiste ao casal o direito de acesso ao tratamento devido em tempo útil (Sousa e Sá, 2007).

É comum nos dias de hoje, o encaminhamento destes casais para centros de especialidade, com o objectivo de diagnóstico e possível realização de PMA.

São várias as Técnicas de PMA, legisladas pela Lei nº 32/06 de 26 de Julho: Inseminação Artificial (IA), Fertilização "in vitro" (FIV), Transferência Intratubária de gametas (GIFT), Transferência Intratubária de zigotos (ZIFT), Injecção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI) e Transferência de Embriões (TE).

Ao EESMO cabe detectar, através de uma observação atenta, sentimentos negativos, que segundo Camarneiro, Geada, Santos e Teixeira (2004), são: a raiva, tristeza, culpa e ansiedade que podem vir a afectar a auto estima e auto imagem da mulher/casal. Nesta fase, o EESMO deve apoiar emocionalmente o casal, alertando para a morosidade do processo, bem como deverá informar a mulher/casal que, uma vez que são os principais implicados no processo, têm a liberdade para aderir ou desistir, caso assim o desejam.

É importante que o casal se sinta envolvido neste processo, participando activamente e acreditando num futuro sempre possível.

Contudo, sabemos que mesmo nos casos de PMA a taxa de sucesso é baixa, podendo a concretização desse futuro passar por outras opções, tais como: adopção, família de acolhimento ou decisão pela vida a dois. No entanto, esta decisão passa pela existência de um alto ajustamento conjugal, numa relação de alteridade.

Contudo, não podemos negar que a falta de um filho que concretize o seu sonho pode ser motivo de profundo sofrimento do casal. Se os filhos podem libertar o casal das amarras do tempo, a verdadeira fecundidade está no amor/relação que conduz a uma abertura aos outros que um casal sem filhos pode manter, desde que esteja disponível para olhar em torno de si. Na realidade, o casal só é realmente estéril quando se refugia num egoísmo a dois e perde a capacidade de se dar (Biscaia, 2001).

CONCLUSÃO

A infertilidade assume-se como um tema actual, estando directamente implicada no crescimento demográfico (reposição de gerações), na conseqüente estabilidade social e político económica do país, bem como no bem-estar pessoal e familiar. Nesta perspectiva, os órgãos governamentais, reconheceram a infertilidade como problema, propondo medidas de participação nos tratamentos de PMA.

O conhecimento das elevadas percentagens de casais in-

férteis associado às directivas governamentais deve ser encarado como um reforço ao investimento nesta área por parte do EESMO.

A importância de uma abordagem global, pelo EESMO, nos cuidados à mulher/casal resultará em melhores cuidados de saúde, aumentará a satisfação da equipa e utentes, reduzirá reacções psicossociais negativas e ajudará a mulher/casal a aceitar e integrar melhor as suas experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biscaia, J. (2001). O casal e a fecundidade. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. e Renaud, M. *Novos desafios à Bioética* (p. 61-68). Porto: Porto Editora.
- Quinn, E. e Lowdermilk, D. (2001). Problemas Relacionados com a Reprodução. In Bobak, J., Lowdermilk, D.; Jessen, M. e Perry, S. *Enfermagem na Maternidade* (p. 898-918). (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Camarneiro, A., Geada, A., Santos, M. e Teixeira, O. (2004). Vivências da infertilidade na mulher que quer ser mãe. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº10, Agosto, p 58-67.
- Carvalho, J. (2006). Sociedade Portuguesa de Medicina e Reprodução. Retirado em 28-12-07 do Web site: <http://www.spmr.pt/>
- Carvalho, J. (2006). Sociedade Portuguesa de Medicina e Reprodução. Retirado em 28-12-07 do Web site: <http://www.apinfertilidade.org/veractualidade-id-3.html>
- Côto, R., Leite, L. e Sardo, D. (2007). Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Retirado em 18-01-08 do web site: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Leal, I., Pereira, A. (2005). Infertilidade algumas considerações sobre causas e conseqüências. In Leal, I. *Psicologia da gravidez e parentalidade* (p. 151-170). Lisboa: Fim de Século Edições
- PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 32/2006, de 26 de Julho. Procriação Medicamente Assistida.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. (Vol. II – orientações Estratégicas). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Remoaldo, P. e Machado, H. (2007) A infertilidade no Concelho de Guimarães. *Contributos para o bem estar familiar* retirado em 18-01-08 do web site:<http://www.apinfertilidade.org/displaycontent-id-5.html>
- Sousa, M. e Sá, R. (2007) Legislação Portuguesa sobre Procriação Medicamente Assistida. *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*: nº44/45, Janeiro/Junho 2007, p 19-26, retirado em 21-01-08 do Web site: <http://www.apf.pt>

Intervenções do EESMO na Realização da Citologia Cervico-vaginal

Ana Lúcia Freire*, Isabel Gomes**, Maria Feio***, Rosa Maciel***

RESUMO

Os estudos sugerem que a realização regular da citologia cervico-vaginal permite reduzir a mortalidade por cancro do colo do útero. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) encontra-se numa posição privilegiada para promover e realizar esta técnica, uma vez que é uma actividade inerente à vigilância da Saúde da Mulher.

A prática clínica que se apresenta descreve as intervenções do EESMO na realização da citologia cervico-vaginal. Através do exame e aproveitando este momento privilegiado realizam uma consulta de enfermagem, de acordo com as necessidades verbalizadas e contextualizadas com o momento do ciclo reprodutivo da mulher.

Recomenda-se que esta seja uma prática acordada no seio da equipa multidisciplinar e que os EESMO actuem no melhor interesse e benefício das mulheres.

ABSTRACT

Studies suggest that regular cervical-vaginal cytology exam will reduce cervical cancer mortality. Midwife Nurse is in a privileged position to promote and perform this technique, as this is an activity pertaining to Female Health surveillance.

Clinical practice presented here describes Midwife Nurse interventions in cervical-vaginal cytology exam. Through the exam and taking advantage of this privileged moment they perform a nursing appointment, in accordance with the verbalized needs and contextualized with the specific moment in the women reproductive cycle.

It is recommended that this practice will be agreed inside the multidisciplinary team and that the Midwife Nurse do act in the women best interest and benefit.

INTRODUÇÃO

O Cancro do Colo do Útero é um tumor de desenvolvimento lento (10 a 20 anos) que pode ser prevenido através de um exame ginecológico regular e de um teste de metodologia simples e gratuito, ao nível dos cuidados de saúde primários, como é a citologia cervico-vaginal.

As mulheres devem ter acesso aos programas de prevenção e detecção precoce do cancro do colo, mas alguns serviços de saúde ainda não disponibilizam o rastreio organizado e de uma forma universal.

Na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo a taxa de uti-

lização em Planeamento Familiar, onde se efectuam a maioria das citologias, é de apenas 16%.

Será necessário um esforço acrescido, por parte dos serviços de saúde, para se conseguir uma adesão de pelo menos 60% das mulheres a rastrear, que corresponde à cobertura mínima para ter impacto na mortalidade.

O crescente número de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) a desempenhar funções nos Centros de Saúde é um factor favorável para o desenvolvimento desta actividade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EESMO detém um elevado nível de conhecimentos que lhe permite elaborar, desenvolver e avaliar programas dirigidos à mulher, nas áreas da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (...), sendo a execução da citologia cervico-vaginal uma actividade inerente à vigilância da Saúde da Mulher durante o seu ciclo reprodutivo.

Em informação produzida pela Direcção-Geral da Saúde a 18/07/2001, lê-se que “a colheita de material para colpocitologia é um procedimento que pode ser executado correctamente por um único profissional, médico ou enfermeiro, devidamente treinado”.

Ainda, segundo a OE, “os enfermeiros que pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica se encontram melhor habilitados para realizar a citologia são os Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica”.

A realização da citologia cervico-vaginal pelo EESMO é já prática habitual em algumas organizações de saúde do nosso país. Este artigo além de fazer uma revisão bibliográfica e uma reflexão sobre o tema serve, também, para dar visibilidade dos cuidados enfermagem especializados prestados neste âmbito, que são realizados há quase 20 anos para, desta forma, poder servir de exemplo inspirador a outros profissionais.

ENQUADRAMENTO

O cancro do colo do útero é o 2º cancro mais frequente no sexo feminino (logo a seguir ao cancro da mama) e representa 10% de todos os cancros na Mulher. Tem uma etiologia conhecida, é facilmente detectável e se for diagnosticado atempadamente o tratamento é eficaz.

Com a investigação já realizada é possível recomendar quem deve ser rastreada, início, intervalo e descontinuidade na detecção.

Em Portugal a incidência é de 13 a 14 casos / 100 000 mulheres, ocorrendo quase 1 000 novos casos por ano, sendo que o número de mortos / ano por esta doença é de cerca de 350 casos.

* EESMO. Centro de Saúde do Cadaval. ACES Grande Lisboa II – Oeste Sul.

** EESMO. ACES da Península de Setúbal I – Almada. UCC “A outra Margem”

*** EESMO. Centro de Saúde de Vila Verde, ACES do Cávado II- Gerês/Cabreira

Existe uma relação causal entre a infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e o Cancro do Colo do Útero, significando que a infecção a HPV é necessária para o desenvolvimento desta patologia, mas não suficiente. O HPV é identificado em 99,7% dos casos de Cancro do Colo do Útero, sendo uma complicação muito rara de uma infecção muito frequente.

A prevenção deve ser oferecida a todas as mulheres. A prevenção primária engloba a sensibilização da população para o uso do preservativo e a vacinação. Desde 2008 que foi introduzida a vacina contra HPV no Plano Nacional de Vacinação para todas as meninas nascidas a partir de 1992.

A prevenção secundária inclui a realização da citologia cervico-vaginal que significa rastrear todas as mulheres, com risco de virem a desenvolver cancro do colo do útero, a maioria assintomáticas.

A citologia tem como finalidade a identificação de alterações pré-cancerosas que evoluirão para cancro se não tratadas. Este teste tem provado, ao longo dos anos, que é capaz de reduzir a incidência e a mortalidade por cancro do colo do útero. É um teste simples, gratuito, não invasivo, sensível, específico e aceitável para a grande maioria das mulheres. O exame citológico pode prevenir em mais de 90% as formas invasivas do tumor, desde que todas as mulheres participem e que os casos de citologia anormal sejam seguidos adequadamente.

De acordo com O *Plano Oncológico Nacional 2007-2010* está aconselhado a realização da citologia cervico-vaginal, nas mulheres com idade entre os 25 anos e os 60 anos, com intervalos de 3 anos, após 2 exames anuais negativos.

A *American Cancer Society* nas últimas *guidelines* que publicou recomenda a realização do rastreio nas seguintes situações:

- O rastreio deve iniciar-se cerca de 3 anos após a 1ª relação sexual, se tiver menos de 21 anos;
- O rastreio deve ser anual se usada citologia convencional, ou bianual se usada citologia em meio líquido;
- Após os trinta anos e três testes negativos consecutivos, o intervalo pode ser de 2 a 3 anos. Contudo pode haver indicação médica para menor intervalo, em casos de risco, nomeadamente HIV+ ou deficit imunitário;
- As mulheres com mais de 70 anos, e mais de três testes nos últimos 10 anos podem escolher interromper o rastreio de cancro do colo do útero.
- O rastreio após Histerectomia Total não é necessário, a menos que a cirurgia tenha sido praticada para tratamento de Cancro do Colo.

Nas Orientações Clínicas da Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar de 2008 publicadas pela Direcção-Geral da Saúde está preconizada, como actividade a desenvolver no âmbito do Planeamento Familiar, efectuar o rastreio do cancro do colo do útero.

Tal como está previsto no *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, o cancro do colo do útero é uma doença prioritária, que impõe uma abordagem integrada para deste modo se obter mais saúde e assim se reduzir a taxa de mortalidade.

INTERVENÇÕES DO EESMO NA REALIZAÇÃO DA CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL

Um grupo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica a desempenhar funções nos Cuidados de Saúde Primários implementaram uma consulta de enfermagem para realização da citologia cervico-vaginal. Através deste exame e aproveitando o momento privilegiado com a mulher fazem uma consulta de enfermagem, de acordo com as necessidades contextualizando-as no seu ciclo vital.

A prática clínica que passamos a descrever refere-se a este tipo de consulta, realizada na Extensão de Saúde de Ribeira do Neiva, pertencente ao Centro de Saúde de Vila Verde, ACES do Cávado II- Gerês/Cabreira.

Descrição da Extensão de Saúde de Ribeira do Neiva

A Extensão de Saúde de Ribeira do Neiva fica situada a cerca de 15 km de Vila Verde. Tem uma população de 4273 utentes inscritos, dos quais 1390 não têm médico de família, sendo que o número de mulheres dos 15 aos 65 com médico de família são 910 e sem médico de família 468.

Nesta Extensão de Saúde desempenham funções dois médicos, três enfermeiros e dois administrativos.

Consulta de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

A consulta de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é realizada todas as terças-feiras das 9.30h às 13.00h. Realizam-se em média 7 a 8 consultas por semana, sendo o agendamento feito com um intervalo de 20 minutos.

O objectivo desta consulta consiste em fazer a citologia cervico-vaginal a todas as mulheres inscritas. São privilegiadas as que não têm médico de família, aquelas que solicitam o exame, as que são encaminhadas pelos médicos de família ou pelas enfermeiras generalistas.

A marcação da consulta é informática, feita na secretaria por indicação das enfermeiras generalistas no âmbito da realização da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar. É neste momento que as enfermeiras generalistas constatam que a citologia cervico-vaginal não tem sido feita ou quando as próprias mulheres a solicitam.

Os registos de enfermagem são feitos no SAPE. É de salientar que embora estes registos representem um grande avanço, há ainda um caminho a percorrer no que diz respeito aos diagnósticos e intervenções de enfermagem no campo da Saúde Materna e Obstétrica. Muitas vezes a única forma de fazer registos de intervenções que não estão parametrizadas é colocá-las em notas.

O consultório disponível é modesto mas tem o material mínimo necessário para realizar a consulta com garantia de higiene e segurança, confidencialidade e privacidade.

Esta consulta tem como objectivo inicial a realização da citologia cervico-vaginal, mas podem ser identificadas varia-

díssimas situações como por exemplo: A necessidade de realizar a consulta pré-concepcional, de planeamento familiar ou de menopausa. Podem ser identificadas queixas uro-ginecológicas, que carecem de referência ao médico de família. É de fundamental importância fazer-se uma avaliação inicial para assim se poder fazer um adequado diagnóstico de enfermagem e a correspondente intervenção de acordo com as necessidades identificadas.

Avaliação Inicial

- Idade
- Estado civil
- Antecedentes pessoais e familiares
- Profissão
- Saúde Reprodutiva (ciclo menstrual, menarca, cataménio, índice obstétrico, tipos de parto, fertilidade)
- Actividade sexual
- Contraceção
- Consumo de tabaco, álcool, medicamentos e outras drogas.
- Questionar sobre a razão que a traz à consulta
- Questionar há quanto tempo fez a última citologia, se já realizou alguma mamografia ou outros exames.

Foco de Atenção / Problemas Identificados

- Planeamento Familiar
- Fertilidade
- Auto-vigilância
- Incontinência urinária
- Candidíase
- Prurido
- Calores
- Prolapsos
- Pólipos
- Condilomas
- Herpes, etc.

Intervenções

As intervenções de enfermagem dependem no nosso foco de atenção, por exemplo:

- No âmbito do VIGIAR/MONITORIZAR; O peso e a TA são avaliações feitas a todas as mulheres. A vigilância destes parâmetros é de especial importância tendo em vista a idade da mulher e o método contraceptivo usado.
- No âmbito do EXECUTAR; Exame Ginecológico – Observação da vulva, canal vaginal, colo uterino, palpação do útero e anexos; Exame citológico – É neste momento da consulta que se detectam os problemas de observação directa tipo – leucorreia, sensibilidade do colo e aspecto alterado, condilomas, herpes, fissuras, alterações da tonicidade vaginal/assoalho pélvico (prolapsos), etc.
- No âmbito do GERIR; dar contraceptivos, apoiar e incentivar.
- No âmbito do ENSINAR; instruir, orientar, treinar, na utilização do método contraceptivo, vantagens e efeitos

secundários, retoma da fertilidade, exercícios de Kegel, anatomia e fisiologia feminina.

Quando se identificam problemas que requerem orientação médica, as mulheres são referenciadas para o seu médico de família para diagnóstico e posterior tratamento.

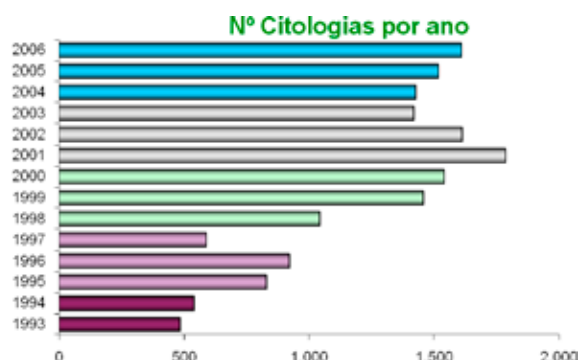
Sempre que surgem desvios da normalidade relacionados com o Índice de Massa Corporal (IMC) faz-se o respectivo encaminhamento para a consulta de nutrição do Centro de Saúde.

Nesta Extensão de Saúde a equipa multidisciplinar tem um óptimo relacionamento, favorecendo o trabalho em equipa, não havendo por isso, dificuldades quer na solicitação de exames, quer na referência e esclarecimentos de dúvidas.

As colheitas são enviadas para o laboratório pelas utentes e posteriormente reencaminhadas para o médico analisar.

Esta consulta tem-se vindo a revelar de grande interesse para as mulheres uma vez que acessibilidade está facilitada. Desta forma consegue-se assegurar o rastreio de acordo com as orientações preconizadas, numa consulta especializada, sem necessidade de recorrer ao médico particular.

Quadro n.º1 – Número de citologias realizadas pelos EESMO's



REFLEXÃO

Muitos são já os pilares que regulamentam o exercício profissional dos enfermeiros. Nos cuidados de enfermagem autónomos os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam, passando esta responsabilidade pela formação e actualização contínua dos seus conhecimentos no sentido de uma evolução para excelência do seu exercício profissional e melhor qualidade dos cuidados que prestam e dos serviços de enfermagem onde trabalham.

É assim que se enquadram as competências necessárias para assegurar as áreas de exercício para os quais o enfermeiro especialista está habilitado e autorizado, as quais são subjacentes aos conhecimentos e capacidades adquiridas na formação especializada, que neste caso lhes permite;

“Assumir os cuidados de enfermagem a prestar à menina, à adolescente e à mulher adulta nos períodos pré-concepcional, pré-natal, parto, pós-parto e ao Recém-nascido até ao 28º dia, assim como, a intervenção no âmbito do Planea-

mento Familiar, em ginecologia, na educação para a saúde e na investigação.”

Sendo a execução da citologia cervico-vaginal, uma actividade inerente à vigilância da saúde da mulher durante o seu ciclo reprodutivo, parece não haver dúvidas sobre a capacidade científica e técnica de quem melhor está preparado e habilitado para a realizar.

No entanto, quanto mais específica é a área de intervenção dos enfermeiros e conseqüentemente maiores as responsabilidades a assumir, maior é a necessidade de clarificação do espaço de intervenção.

Não se pretende que os enfermeiros substituam os cuidados de outros profissionais, mas sim que actuem no melhor interesse e benefício dos utentes e cidadãos, respeitando os seus direitos a cuidados de saúde efectivos, seguros e de qualidade.

Que trabalhem em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde no sentido de potenciar as capacidades de todos.

Que possuam experiência, conhecimentos científicos e competências relacionais que lhes permitam na sequência de uma série de procedimentos inerentes a uma técnica, reconhecer desvios à normalidade e saber actuar em conformidade.

A realização da citologia reporta-se a uma intervenção de enfermagem interdependente, ou seja uma intervenção iniciada por outro técnico da equipa de saúde no acto da prescrição, decorrente de diagnóstico médico, tendo o enfermeiro a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção. Embora também possa (do nosso ponto de vista) ser considerada uma intervenção autónoma, tendo o enfermeiro responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação, quando integrada, por exemplo, no Plano

Nacional de Saúde e nos programas de vigilância de saúde da mulher (ex: programas de rastreio) como uma medida de prevenção secundária.

Cabe aos decisores organizacionais que envolvendo os profissionais de saúde, organizem os cuidados à mulher, para que estes sejam prestados em benefício da mesma. No caso da execução da citologia cervico-vaginal estes cuidados não sejam reduzidos a uma técnica de colheita de espécimes, optimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para o fazer.

Deve portanto “ser uma prática discutida e acordada no seio da equipa multidisciplinar, considerando o contexto de trabalho e filosofia de cuidados da organização,” atendendo a que as funções dos enfermeiros não devem depender nunca “da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos em cada momento e em cada organização,” como na prática muitas vezes nos habituamos a ver acontecer.

BIBLIOGRAFIA:

- Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo – Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Departamento de Saúde Pública. 2008
- American Cancer Society – Screening guidelines for the Early Detection of Cervical Cancer. 2003
- Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº. 10 CSI-DAS-DSMA/PF de 6-6-1991. Orientação para a interpretação de exames citológicos cervico-vaginais.
- Direcção-Geral da Saúde – Informação nº77 da Divisão da Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes de 18/7/2001
- Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2007-2010.
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer do CE n.º141/2009. Execução de citologia cervical. Revista Nº33, Janeiro 2010.
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer do CE n.º142/2009. Realização de exames citológicos cervico-vaginais. Revista Nº33, Janeiro 2010.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia – Cancro Ginecológico. Reunião de Consenso Nacional. Coimbra, 16 e 17 de Fevereiro de 2007.

Nascer Tranquilo

Adelaide Medinas*, Carla Duarte**, Telma Duarte***

RESUMO

Humanizar o parto pressupõe adoptar um conjunto de condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento saudáveis. É respeitar o processo natural e evitar condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e bebé (OMS).

Os serviços e pessoal de saúde devem ser o modo mais promissor de facilitar e favorecer uma melhor adaptação à maternidade/paternidade, considerando que é essencial fazer uma constante revisão das nossas práticas, e modificar atitudes e comportamentos. Sendo o trabalho de parto e parto uma situação de crise para a família, cabe ao enfermeiro ajudar a que esta vivência decorra de forma equilibrada. A relação de ajuda contribui para aumentar a segurança e desta forma diminuir a ansiedade e medo característicos deste momento (Lazure, 1994).

Neste sentido, foi realizada uma revisão bibliográfica e consciencialização, por parte da equipa do Bloco de Partos do CHBA, de forma a desenvolver algumas medidas de protecção, apoio e ajuda ao casal, criando normas e protocolos destas.

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios.

ABSTRACT

Humanizing deliveries means adapting techniques and procedures that promote normal and healthy deliveries. It is respecting labour as a natural process of life and minimizing unnecessary interventions that could put at risk both the lives of mother and baby (OMS).

The Health Service and its maternity staff are the primary influence for mothers and fathers to adapt to parenthood, therefore we need to constantly update and review our practices, as we weel as, modifying our attitudes and behaviour.

Labour and childbirth is a time of great stress for parents, it is up to midwives to help and promote this experience as a positive one, therefore lessening this stress. Our help and understanding contributes towards the safety of this occurrence, minimizing a lot of anxiety and fear which, is normally associated with this event (Lazure, 1994).

With this in mind, the labour ward staff at CHBA carried out a study in order to improve care, help and support couples and update protocols and guidelines.

"Humanizing deliveries" does not mean having a normal, natural delivery with or without medical intervention, it is about encouraging women to become part of the team and decisions making process with regards to her pregnancy, labour and childbirth, instead of being just a spectator of her own special moment.

INTRODUÇÃO

Humanizar o parto pressupõe adoptar um conjunto de condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento saudáveis. Respeitar o processo natural e evitar condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e bebé e adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, à família envolvida em cada

nascimento (OMS). Historicamente durante o parto as mulheres eram atendidas por outras mulheres, no ambiente familiar. Com o processo de institucionalização do parto, as mulheres foram levadas para os hospitais sendo lá deixadas isoladas da família. O parto deixou de ser um evento íntimo passando a ser público e medicalizado (Prado, 2004).

A assistência deve ser dada de forma a respeitar a dignidade das mulheres, a sua autonomia e o seu controle, garantindo em simultâneo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao recém-nascido. Assim, os serviços e profissionais de saúde, devem facilitar e favorecer uma melhor adaptação à maternidade/paternidade, considerando que é essencial fazer uma constante revisão das suas práticas modificando atitudes e comportamentos sempre que necessário.

DESENVOLVIMENTO

As modificações no entendimento do parto, ocorridas principalmente nas últimas cinco décadas, fazem-nos pensar nos caminhos que estamos a percorrer, assim como na responsabilidade que temos em todo este processo. O modelo de assistência obstétrica que encontramos, hoje, é caracterizado por um alto grau de medicalização, avanços tecnológicos e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos. Apesar destes avanços terem correspondido às expectativas de queda da mortalidade/morbilidade materna e principalmente infantil, contribuíram para que a parturiente seja "violada" e muitas vezes desrespeitada na sua componente humana e de cidadania.

É imperioso que os profissionais que actuam durante o trabalho de parto e parto se consciencializem da importância do seu papel nesse evento. A mulher, o recém-nascido e família devem ser o seu principal foco de atenção, para isso há que transformar esse momento tão especial da vida, numa lembrança memorável e de comunhão.

Sendo o trabalho de parto e parto uma situação de crise para a família, cabe ao enfermeiro ajudar a que esta vivência decorra de forma equilibrada (Veladas, 1997). A relação de ajuda contribui para aumentar a segurança e desta forma diminuir ansiedade e medo, característicos deste momento (Lazure, 1994).

É clara a importância dos cuidados proporcionados pelos enfermeiros na sala de partos, sendo que medidas simples podem representar a diferença entre uma experiência bem sucedida e um evento traumático na vida familiar (Zimmermann, Zimmermann, Zimmermann, Tatsch, & Santos, 2001).

Uma verdadeira ajuda passa por promover a participação da mulher no seu próprio parto, pois aumenta a sua confiança e segurança, diminuindo o medo, a dor e a ansiedade características deste processo (Caron & Silva, 2002). A oportunidade

* Enfermeira Chefe EESMO: Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

**EESMO. Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

***Enfermeira do Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

de uma participação activa da mulher durante o trabalho de parto e parto vai tornar a experiência mais satisfatória pois garante-se a possibilidade de escolha, podendo vivenciar o momento na sua plenitude (Lopes, Meincke, Carraro, Soares, Reis & Heck, 2009).

A gravidez e nascimento não são eventos de exclusividade da mulher, o envolvimento do pai é essencial e sempre que seja possível deve assistir ao nascimento do seu filho (Tavares & Andrade, 2008). Deste modo o papel do homem deixou de ser um papel passivo em que esperava ansiosamente pela notícia do nascimento, de saber o que estaria acontecer para além das portas que o separavam da sua mulher. Para inverter esta tendência ancestral é essencial incluir o pai no parto. A sua presença e apoio podem transmitir segurança afectiva à mulher que funcionará como elemento tranquilizador e protector. Portanto, as mudanças na forma de ver e de compreender a paternidade trouxeram o futuro pai a um local até então inacessível para ele: a sala de partos.

O pai pode constituir uma importante ajuda para a mulher, transmitindo-lhe apoio e confiança (Ribeiro & Lopes, 2006).

O direito de acompanhamento da mulher em trabalho de parto encontra-se consagrado na Lei 14/85 de 6 de Julho, a presença do acompanhante/pai não deve ser considerada pelos profissionais de saúde como a presença de um mero espectador, em que este se limita a assistir, mas como participante no momento constituindo um apoio efectivo para a mulher (Ramos & Cecílio, 1997).

Cientes da importância que o acompanhante/pai pode ter para a parturiente e das dificuldades de inclusão que este pode ter, os enfermeiros devem prestar cuidados de forma a tornar possível o parto a dois (Ribeiro & Lopes, 2006). Assim, ao incluir o acompanhante nas suas acções de apoio emocional durante o trabalho de parto, vai permitir que ele se envolva nas tomadas de decisão e participe activamente neste processo (Motta & Crepaldi, 2005). No CHBA a presença de um acompanhante é permitida e aconselhada até à transferência da parturiente para o serviço de Obstetrícia, sendo este facilitador do processo de nascimento pois oferece maior segurança e apoio à mulher diminuindo o impacto de um ambiente estranho e o sentimento de solidão.

A escolha do acompanhante/pai está relacionada com o fortalecimento dos laços familiares e com a afirmação da paternidade. A vivência a dois daquele momento, numa cumplicidade única em que há uma partilha de experiências, o acompanhante é promotor do auto controle da parturiente, motivando-a para uma respiração adequada durante as contracções uterinas e ajudando-a nas técnicas de massagem e relaxamento escolhidas pelo casal.

Se a grávida se encontrar calma e relaxada sentir-se-á segura e confortável, favorecendo a produção de oxitocina o que leva a contracções eficazes. Por outro lado a oxitocina aumentará a produção de endorfinas, sendo esta uma hormona natural que atenua a dor.

O uso de técnicas de relaxamento como a música, a bola de parto, deambulação pelo serviço e liberdade de movi-

mentos, assim como controlo de iluminação na sala de partos, contribui de forma positiva para o controlo da dor. A música sendo um meio de distração, acalma a parturiente, diminui a percepção das contracções, a frequência cardíaca, o pulso, a pressão sanguínea e o tónus muscular. Apesar de constituir para algumas mulheres um estímulo agradável que proporciona relaxamento, para outras pode ser fonte de perturbação. O importante é que cada mulher tenha direito de escolha, sendo esta a prática do serviço de bloco de partos do CHBA.

Outro método não farmacológico utilizado no alívio e controle da dor é o uso da bola de partos. Esta técnica está a ser cada vez mais utilizada havendo parturientes já com preparação prévia (pré-natal), as que não tem esta preparação desfrutam dela da mesma forma, se assim o desejarem, com o apoio da equipa de enfermagem.

A postura deitada ou reclinada que foi adoptada por Mauriceau no século XVII, apenas para aplicação de fórceps no momento do parto, foi também estendida ao trabalho de parto muito devido à introdução de intervenções obstétricas, tais como: a monitorização electrónica fetal, perfusão ocitócica e analgesia epidural. Esta posição que não é a mais adequada para uma boa evolução de trabalho de parto, embora ainda hoje seja a mais utilizada, sobretudo por conveniência dos profissionais de saúde, está a ser posta em causa sendo substituída pela deambulação e liberdade de movimentos. De entre as vantagens da deambulação no trabalho de parto destaca-se o aumento da actividade uterina; a distração da parturiente perante o desconforto; o aumento do fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta; a duração do trabalho de parto que é menor; a diminuição da percepção da dor e a maior facilidade na adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia (Piotrowski citado por Mamede, Almeida & Clapi, 2004). É de acrescentar que a acção da gravidade favorece a descida fetal impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido básico, além da eficiência das contracções uterinas. (Mamede, 2007).

Tomando consciência das inúmeras vantagens da deambulação durante o trabalho de parto, a prática da equipa do Bloco de Partos do CHBA vai de encontro à liberdade de movimentos e deambulação pelo serviço, não insistindo em prescrições de determinadas posições confortáveis às parturientes, mas sim deixando-as descobrir por elas o que melhor se adequa às suas necessidades, qual o seu ritmo e os seus mecanismos de defesa face à dor.

Na assistência clássica do trabalho de parto, é restringido a ingestão oral e administram-se fluidos intravenosos para prevenir e/ou tratar a desidratação. Embora a sua administração seja necessária em muitas circunstâncias obstétricas, tais como administração de medicamentos e analgesia não pode ser considerado um substituto alimentar. Desta prática podem surgir efeitos adversos para o bem-estar materno como sobrecarga de fluidos, desconforto e restrição de movimen-

tos, e causar no feto/recém-nascido hiponatremia, hiperglicemia e subsequente hipoglicemia (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

Apesar de não se saber qual a dieta nutricional adequada durante o trabalho de parto, nesta Instituição as grávidas de baixo-risco são incentivadas a ingerir pequenas quantidades de líquidos como água, chá açucarado e sumos, podendo ainda ingerir compotas e rebuçados.

No nosso País, a episiotomia é efectuada por rotina em quase todas as mulheres principalmente nas primíparas por se achar que têm os tecidos da zona perineal menos elásticos, embora não haja evidências de que um corte no perineo proteja os músculos pélvicos.

No CHBA as episiotomias não são feitas por rotina, mas sim de acordo com a avaliação de cada situação tendo em conta as características das partes moles do perineo e a sua relação com o tamanho da cabeça do feto.

Após o nascimento o corpo da mãe em contacto pele a pele com o do recém-nascido mantém este, adequadamente aquecido, mais calmo e com uma frequência respiratória e cardíaca mais equilibradas. É de salientar que também fica exposto às bactérias da mãe, que não são patogénicas, ou contra as quais o leite materno contém factores de protecção. É prática do serviço, colocar o recém-nascido em cima da mãe em contacto pele a pele, se esse for o seu desejo, permanecendo assim no mínimo cerca de 20 a 30 minutos, envolvendo o pai em todo este processo.

Como refere Bobak et al (1999, p.317) “muitos pais sentem prazer em tratar, segurar, pesquisar e examinar o bebé logo após o nascimento, (...) se o contacto pele a pele é desejado, a criança pode ser colocada no abdómen da mãe desenhada e, depois, coberta com um cobertor quente”.

Visando dar cumprimento ao objectivo de prestar cuidados de saúde de qualidade, o CHBA, assume uma postura humanizada baseando-se nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) no atendimento ao parto, tendo sido o primeiro passo dado a partir das iniciativas desenvolvidas de apoio e incentivo ao aleitamento materno. Neste contexto a 8 de Outubro de 2007 inaugurou o Gabinete de Apoio à Amamentação (Cantinho da Amamentação). Em 2008 obtem a acreditação/certificação concedida pela Comissão Nacional “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés” (OMS/UNICEF).

Esta Instituição, preocupada em desenvolver atitudes terapêuticas ajustadas, tem adoptado medidas de protecção, apoio e ajuda ao casal. Estas estão normalizadas e/ou protocoladas e são baseadas no conjunto de boas práticas descritas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Sabendo o quanto é importante a grávida e o acompanhante familiarizarem-se com a estrutura física, tecnológica e humana do local onde vai ocorrer o parto, foram estabelecidos protocolos de articulação com a Unidade Coordenadora Funcional e com o curso de preparação para o parto ministrado no CHBA, que proporcionam que a grávida e o acompanhante visitem o serviço previamente ao parto.

CONCLUSÃO

A humanização do parto viria como forma de garantir uma assistência baseada na evidência científica e na segurança, e não na conveniência de instituições ou profissionais.

Humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, á família envolvida em cada nascimento. O parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico natural. Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, a sua autonomia e o seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebé.

É necessário que os profissionais que actuam durante o trabalho de parto e parto se consciencializem do seu papel no processo. A mulher e o bebé devem ser o principal foco de atenção, buscando-se transformar esse momento tão especial da vida numa lembrança agradável e de união.

Assim após uma tomada de consciência da equipa do Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) relativamente à necessidade de implementar/ajustar medidas que permitam às mulheres ter acesso a um atendimento personalizado que lhe proporcione um parto seguro, acolhedor e que respeite as suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais e preocupados em melhorar o desempenho e em desenvolver atitudes terapêuticas ajustadas, que vão de encontro às recomendações da OMS, temos vindo a desenvolver algumas medidas de protecção, apoio e ajuda ao casal, estando estas medidas normalizadas e/ou protocoladas.

O caminho do CHBA nas práticas em Bloco de Parto vai no sentido de obter uma maior vinculação mãe-filho e no envolvimento familiar precoce, nomeadamente com o pai. Este caminho permite que as mães e acompanhantes estabeleçam laços mais fortes com as crianças, o que pode contribuir para uma maternidade mais humana e o desenvolvimento de crianças mais felizes.

BIBLIOGRAFIA

- Bobak, M; Lowdermilk; L & Jensen, D (1999), *Enfermagem na Maternidade* (4ªed), Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas Lda
- Caron, O. A. F. & Silva, I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (4), 485-492. Consultado em Setembro, 23, 2009, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13359.pdf>
- Jones, R. (2004). *Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista*. (2ª ed). Porto Alegre: Idéias a Granel
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lopes, C., Meincke, S., Carraro, T., Soares, M., Reis, S. & Heck, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enfermagem*, 14 (3), 484-490. Consultado em Novembro, 24, 2009, através da fonte <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16178/10697>

Mamede, F.; Almeida, A. & Clapi, M. (2004) Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo Mamede FV. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto consultado em Março, 12, 2010, através da fonte <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>. Motta, C. C. L. (2003). *Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Santa Catarina, Florianópolis.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em World Wide Web . consultado em Fevereiro, 11, 2010 através da fonte [http://www.amigasdoparto.com.br/poutras.html](http://www.who.int/en/Prado A.(2004). Resgatando o parto. Consultado em Março, 12, 2010 através de <a href=) Ribeiro, H. C. & Lopes, L. (2006). O papel do pai na sala de partos. *Nursing*, 206, 24-27. Zimmermann, A., Zimmermann, H., Zimmermann, J., Tatsch, F., & Santos, C. (2001). Gestação, parto e puerpério. In C. F. Eizirik, F. Kapczinski, A. M. S. Bassols (Orgs.). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica* (pp. 29-40). Porto Alegre: Artmed Editora

Is there a place for Global Standards for Midwifery Education in Europe?

Ans Luyben^{1,2}, Ruth Forster Fink²

ABSTRACT

World- wide, midwifery education aims to equip midwives with the essential competencies needed to be able to provide high quality, evidence based health care services for women and childbearing families. Having global standards for midwifery education available to all countries and regions will help to set benchmarks for the preparation of a fully qualified midwife based on global norms and enhances international mobility. Whereas content of midwifery education and practice are well- defined in EU directive 2005/36/EG, the Standards provide a complementary framework that supports midwifery programmes in Europe in their autonomy, so that they will be able to deliver this content.

RESUMO

O programa da formação das parteiras visa desenvolver competências básicas nestes profissionais de forma a implementarem cuidados seguros e de qualidade na área de saúde materna e obstétrica. A existência de padrões que orientem a sua formação nos diferentes países e regiões permitem uma preparação mais qualificada e de forma a possibilitar maior mobilidade internacional. Sabendo que existe a Directiva UE 2005/36/EG que define o programa de formação das parteiras na Europa é necessário e vantajoso criar standards que orientem o quadro de referencia da formação destes profissionais capacitando-os para a autonomia.

World-wide, midwifery education aims to equip midwives with the essential competencies needed to be able to provide high quality, evidence based health care services for women and childbearing families. In 2008, the International Confederation Midwives (ICM) decided to develop global standards for midwifery education, in order to respond to requests from a variety of stakeholders, who are working together to strengthen and scale up the midwifery workforce to meet, in part, the Millennium Development Goals (MDGs). At the same time, the Education Standing Committee (ICM), initially initiated in 2005, was re-established with new ex-

perts. This Committee includes 26 members in 7 sections of expertise in midwifery education (e.g. Practical placements, Competencies and standards) and three Co- Chairs covering the ICM regions, Prof. Dr. Mary Barger (Americas/ Africa), Prof. Dr. Susan McDonald (Asia/ Pacific) and Prof. Dr. Ans Luyben (Europe). These midwifery educators communicate through the Education Network (midwifery-reprohealtheducation@jiscmail.ac.uk). With 16 members coming from different European countries, such as Belgium, the Netherlands, Austria, Germany, Spain and Great Britain, this region is well- represented. Current activities involved developing the WHO Multidisciplinary Patient Safety Curriculum, preparation of workshops for the ICM Conference in Durban 2011 and, of course, developing Global Standards for Midwifery Education.

The development of the Global Standards for Midwifery Education builds up upon the work on the Essential Competencies for basic midwifery practice (ICM) that are currently under revision. In regard to the WHO Global Standards for the initial education for Nursing and Midwifery, the Standards were intended to provide more detailed guidance on how to structure and support the initial education of qualified midwives. Therefore, in January 2009, Dr. Joyce Thompson (USA) and Prof. Angela Sawyer (Liberia) were appointed as Co- Chairs of a Task Force to carry out this work. A proposal for developing the education standards was designed and approved in March 2009. Following on, a Task Force of 11 experts in midwifery education, representing all ICM regions and the three official languages- English, French and Spanish as well as WHO and the ICM Board and ESC, agreed to work on the Task Force. An Expert Midwifery Resource Group was established and other key stakeholders, such as obstetricians (FIGO) and nurses (ICN) were selected to advise the Task Force.

Preparation for drafting a set of Standards for Midwifery Education included perusing the literature on midwifery

¹ Co- Chair Education Standing Committee ICM (Europe)

² Research & Development/ Consultancy Midwifery, Department of Health, Bern University of Applied Sciences BFH, Berne, Switzerland

education, ICM core documents and position statements, reviewing existing standards for health professional education and soliciting information from a variety of resources, such as the Task Force members. Throughout this process, it was agreed that the Standards would be the minimum expected for a quality midwifery programme, with an emphasis on competency-based education rather than academic degrees. Next to this, the working definition of "standard" was agreed to be: "A norm/ uniform reference point that describes a required level of achievement for quality midwifery education". The framework for designing the standards included six sections; 1. Organisation and administration, 2. Midwifery faculty, 3. Student body, 4. Curriculum, 5. Resources, facilities and services, and 6. Assessment strategies. The Task Force also developed a companion set of Guidelines to support implementation of these Standards meant to address two questions: 1. How can one implement each standard? and 2. How does one determine whether the standard has been met (what is the evidence needed)?

In order to gain global consensus on the Midwifery Education Standards, it was decided that a modified Delphi survey process, which was electronically conducted, was the most appropriate approach. The modified Delphi tool used in the ICM Education survey expanded the group of informants in each successive round. Midwifery educators were involved in the early development stages. Other stakeholders, such as nurses, obstetricians, WHO, SIDA, were included at later stages, when the standards had been collated in a more precise and more coherent fashion, so that comments could be focused on practical, rather than theoretical matters. One internal round and two external rounds were conducted, in which a consensus level of 0.80 was applied. The results of each round

were discussed with the members of the Task Force. Key details of the Standards involve for example midwifery leadership of education programme, entry level of students, qualification of teachers and mentors in school and practice, minimum length of education programme, philosophy of midwifery practice and teaching and resources and facilities. Currently, the final document of the Global Standards, including a preface, a glossary and accompanying guidelines, has been presented to the ICM Board. During the ICM Conference in Durban, South Africa, in 2011, workshops will provide opportunities to discuss the implementation of these Standards.

Having Global Standards for Midwifery Education available to all countries and regions will help to set benchmarks for the preparation of a fully qualified midwife based on global norms and particularly strengthen midwifery in low and medium resource countries. What does this mean for midwifery in Europe however? Although, according to EU directive 2005/36/EU, content of midwifery education and practice are well-defined, the Standards will provide a complementary framework that supports programmes of midwifery education in Europe in their autonomy, so that they will be able to deliver this content, and enhance international mobility of midwives and exchange of students and teachers between schools. They constitute an ideal framework for developing, improving, structuring as well as accrediting programmes for midwifery education. The Standards present an useful tool in particular for countries aiming to improve the quality of midwifery education, and can be used by a school for designing a development plan to be implemented over several years (for example 5 to 10 years). Last but not least, the Standards will thus support promotion of midwifery education as means to improve the health of childbearing women and their families.

Projecto Português do Curso ADVANCED LIFE SUPPORT IN OBSTETRIC (ALSO)®

Pedro Mendes¹; Wilson Santos²

RESUMO

O Curso ALSO® é um programa de formação dirigido a médicos e enfermeiros, que promove o desenvolvimento do conhecimento e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências/emergências obstétricas.

¹ EESMO da MAC

² EESMO do Centro Hospitalar Oeste Norte – Unidade de Caldas da Rainha

Concebido em 1991, pela Universidade de Wisconsin, é hoje um curso administrado mundialmente pela American Academy of Family Physicians, tornando-se num curso de referência mundial na promoção da melhoria e uniformização multi-profissional dos cuidados maternos.

ABSTRACT

The ALSO® Course is a training program for doctors's and nurses, wich promotes the development ok knowledge and techniques necessary to approach the basic and advanced emergency care in obstetrics.

Designed in 1991 by University of Wisconsin, is now a course administered worldwide by the American Academy of Family Physicians, becoming a world reference in the course of promoting the improvement and standardization of multi-professional maternity care.

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde e de ensino superior devem criar condições para a promoção da formação técnica avançada em área específicas da saúde, tendo em conta o indispensável aperfeiçoamento contínuo, respondendo a lacunas existentes quer na formação base dos seus alunos quer nos actuais contextos de trabalho, na condição de profissionais de saúde.

Neste sentido, irá ser desenvolvido em Portugal o **Curso de Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia**, creditado pela American Academy of Family Physicians.

OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O ALSO® Portugal é um programa de formação dirigido a médicos e enfermeiros obstetras, que promove o desenvolvimento do conhecimento e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências/emergências obstétricas.

Concebido em 1991, pela Universidade de Wisconsin, é hoje um curso administrado mundialmente pela American Academy of Family Physicians, tornando-se num curso de referência na promoção da melhoria e uniformização multi-profissional dos cuidados maternos.

O ALSO® Portugal terá início em 2010, com o objectivo de disseminar em Portugal os protocolos internacionalmente reconhecidos.

O curso ALSO® tem como objectivos específicos:

- ⇒ Abordar as Urgências/Emergências Obstétricas, segundo protocolos internacionalmente reconhecidos pelo ALSO®;
- ⇒ Discutir meios para melhorar a abordagem de Urgências/Emergências Obstétricas, auxiliando na normalização das técnicas utilizadas em Maternidades e Hospitais;
- ⇒ Proporcionar formação e treino, de acordo com protocolos e guidelines nacionais e internacionais;
- ⇒ Desenvolver competências necessárias em situações de Urgência/Emergência em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, de modo a diminuir o risco de morte da

mãe durante a gravidez, mortalidade fetal, perinatal e neonatal;

- ⇒ Uniformizar procedimentos técnicos, científicos, comportamentais em termos de prestação de cuidados em ambiente pré e intra-hospitalar.

O CURSO ALSO®

O curso tem a duração de 2 dias integrais, desenvolvido em forma de aulas e *workshop's*, com recurso a modelos pedagógicos de tamanho natural.

Utiliza-se fundamentalmente o método activo com recurso à técnica de resolução de cenários práticos e "*cases studies*".

Os formandos serão divididos em grupos e evoluirão pelas "*skill stations*" em crescente de diferenciação clínica.

No final são realizadas provas escritas e práticas para avaliação do conhecimento adquirido, no qual serão referenciados para potenciais formadores os formandos com melhor performance teórico-prática no curso.

Os formandos aprovados recebem um certificado reconhecido internacionalmente emitido pelo ALSO® Internacional.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Hemorragias da 1ª e 2ª Metade da Gravidez
- Complicações Clínicas da Gravidez
- Distócias Dinâmicas e Mecânicas
- Hemorragia Pós-Parto
- Reanimação Materna
- Cuidados Imediatos ao Recém-nascido
- Vigilância Materno – fetal Intra - Parto
- Apresentações anómalas
- Aplicação de Fórceps e Ventosas
- Trabalho de Parto Pré - termo e Ruptura Prematura de Membranas
- Apoio Emocional as Complicações do Nascimento
- Laceração de 3º e 4º grau
- Ultra – sonografia
- Cesariana

CONTACTOS ALSO® PORTUGAL

E-mail: info.also.portugal@gmail.com



APEO - PLANO 2010, AGO Setúbal, 20 Março 2010

| | 2010 | |
|-----------------------------------------------------------|---------------|------------------|
| Actividades | Local | Data |
| ENCONTROS E CURSOS | | |
| XIII Encontro Nacional da APEO | Coimbra | 6 e 7 Maio |
| 3rd EMA Education Conference | Madeira | 18 e 19 Novembro |
| Dia da Internacional Parteira | Coimbra | 5 Maio |
| Curso Sofrologia Obstétrica | | |
| Curso Parto Normal | | |
| Curso de Actualização de Vigilância Pré-Natal | | |
| PUBLICAÇÕES/DIVULGAÇÃO | | |
| Revista APEO N.º11/2010 | | Novembro |
| Actas 3rd EMA Education Conference | | Novembro |
| Site APEO | | |
| Reeditar Livro IPN | | |
| Newsletter | | Semestral |
| COLABORAÇÕES | | |
| Abertura e Encerramento CPLEESMO ESS Viana Castelo | Viana Castelo | Fevereiro |
| REUNIÕES | | |
| Reunião ICM - SER | Madeira | Novembro |
| Reunião Anual EMA | Suécia | Setembro |
| XIII Reunião EFNNMA | Dinamarca | Abril |
| Reunião FNOPE | Lisboa | |
| PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS | | |
| Dia da Internacional do ESMOIParteira | Coimbra | 5 Maio |
| Semana Internacional AM | | Outubro |
| GRUPOS DE TRABALHO | | |
| Grupo Nascer Melhor | | |
| OUTROS | | |
| Processo Acreditação da Formação da APEO | | |

A Direcção-APEO



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS OBSTETRAS

MEMBRO DA ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DAS PARTEIRAS
MEMBRO DA CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS PARTEIRAS