



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**Preparação para o Parto e Parentalidade - Estudo de caso no
âmbito do Projeto Terna Aventura da ESEnfC**

Danielle Marques Correa

Coimbra, fevereiro de 2021



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**Preparação para o Parto e Parentalidade - Estudo de caso no
âmbito do Projeto Terna Aventura da ESEnfC**

Danielle Marques Correa

Orientadora: Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre Teresa Maria Campos Silva, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, fevereiro de 2021

“O que eu faço é uma gota no meio de um oceano.

Mas sem ela, o oceano será menor.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de fazer referência e mostrar a minha gratidão, a várias pessoas que me acompanharam neste trajeto e, sem as quais, por diferentes razões, não teria sido possível concretizar com sucesso este objetivo.

À Professora Doutora Rosa Moreira e Professora Teresa Silva, meu profundo agradecimento pela orientação, incentivo e apoio que muito intensificou o meu conhecimento científico e me levou a alcançar o que melhor existe em mim. Agradeço também pela sua amabilidade, disponibilidade, compreensão e partilha.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a todos/as os/as docentes com os/as quais me cruzei durante a parte curricular do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

Aos casais entrevistados neste trabalho que, desde a primeira abordagem, mostraram total disponibilidade em colaborar no estudo, sem esse apoio não teria conhecimentos para a concretização deste trabalho.

Ao meu marido Ricardo que desde o início percorreu comigo este caminho, nem sempre fácil, apoiando-me, motivando-me e colaborando em tudo o que estava ao seu alcance, vendo sobrecarregadas as suas responsabilidades domésticas e familiares durante alguns períodos e acrescida a atenção a dar a nossa filha nas minhas ausências. Agradeço o apoio na formatação de todo o trabalho.

À minha filha Camila, a minha grande fonte de motivação e inspiração.

Aos meus pais e sogros pelo apoio e incentivo constantes e por acreditarem nas minhas capacidades, apoio vital para o alcance desta grande conquista.

A toda a equipa da Aldeia do Xisto Cerdeira Village- Home for Creativity na Serra da Lousã, por me cederem um espaço especial nas suas magníficas instalações, ao pé da natureza e com vistas fantásticas, que ajudou a florir a inspiração advinda do meu coração e por fim concluir com sucesso este sonho finalmente concretizado.

E em especial, querida amiga Catarina Bogalho, que se demonstrou disponível numa fase crucial de conclusão deste trabalho e mostrou-se de fundamental apoio, encorajamento, auxílio e amabilidade ao qual dedico gratidão eterna.

Por último e o mais importante de todos, “Gratidão à Deus e aos seus Anjos e Arcanjos”, sempre presentes em minha caminhada, com o sopro divino de força, resistência e resiliência.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CPLEESMO Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EC - Ensino Clínico

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

UCP ESMOG - Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESMOG - Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

CTL - Clube de Tempos Livres de Santa Clara

RCT - Registo Cardiotocográfico

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

CPLE/M - Curso de Pós-Licenciatura Especialização/Mestrado

ESMO - Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica

CS - Centro de Saúde

RESUMO

ENQUADRAMENTO: Os programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) são atualmente reconhecidos, como uma oportunidade para agir sobre determinantes da saúde, de modo a minimizar/controlar fatores de risco para a saúde materna, fetal ou familiar. E, para além de desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, contribui para alguns dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2018). **OBJETIVOS:** 1) Identificar as expectativas iniciais dos/as participantes; 2) Analisar a taxa de participação de homens e mulheres; 3) Descrever as características sociodemográficas dos/as participantes; 4) Descrever as características da gravidez das participantes; 5) Conhecer os ganhos em saúde dos/as participantes decorrentes da participação nos programas de preparação para o parto e parentalidade. **METODOLOGIA:** Estudo de caso de natureza descritiva e avaliativa. Incluídos no estudo 12 programas de PPP, dinamizados no âmbito do projeto Terna Aventura, projeto de extensão à comunidade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, entre 2011 e 2018. A recolha de dados foi realizada através do acesso ao arquivo documental do projeto (registos de inscrição e avaliação dos programas), e realizaram-se quatro entrevistas semiestruturadas a três casais e uma mulher, que aceitaram voluntariamente participar. Obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA:E. Na análise dos dados quantitativos procedeu-se a tratamento estatístico, e os dados qualitativos depois de transcritos, passaram pela codificação, categorização, descrição, inferência e interpretação, de acordo com as orientações de Minayo (2009). **RESULTADOS:** As expectativas maternas centraram-se na aprendizagem de habilidades, para cuidar do recém-nascido, amamentação, papel de mãe, ligação com bebé, preparar-se para o parto. Para os homens o foco foi na aprendizagem de habilidades sobre higiene do recém-nascido, conhecer as alterações da gravidez, preparar-se para o parto/nascimento e pós-parto, papel de pai. Foi maior a participação das mulheres. A maioria eram residentes em Coimbra, primeira gravidez, frequentando consultas pré-natais no serviço público, em situação de baixo risco, iniciaram a PPP entre as 28-32 semanas e terminaram entre 34-39 semanas. Relativamente aos ganhos em saúde, foram encontrados contributos na gravidez, no parto, no papel parental e na conjugalidade. **CONCLUSÕES:** Os programas de PPP do projeto Terna Aventura da ESEnC, responderam às expectativas dos seus participantes e contribuíram para aumentar a literacia. As intervenções geraram ganhos em saúde, proporcionaram a vivência da gravidez, parto e parentalidade de maneira mais segura, consciente e esclarecida. **PALAVRAS-CHAVE:** Preparação para o Parto e Parentalidade, Educação pré-natal, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermeira parteira.

ABSTRACT

Background: Preparation for Childbirth and Parenting (PPP) programs are current, as an opportunity to act on health determinants, in order to minimize / control risk factors for maternal, foetal or family health. In addition to developing confidence and promoting skills in pregnant women / couples / family to experience pregnancy, participate and transition to parenthood, it contributes to some of the 17 Sustainable Development Goals (UN, 2018). **Objectives:** 1) Identify the participants' initial expectations; 2) Analyse the participation rate of men and women; 3) Describe the sociodemographic characteristics of the participants; 4) Describe the characteristics of the participants' pregnancy; 5) Know the health gains of participants resulting from participation in PPP programs. **Methodology:** Descriptive and evaluative case study. Twelve PPP programs were included in the study, promoted under the *Terna Aventura* project, a community outreach project of the Nursing School of Coimbra, between 2011 and 2018. Data collection was through access to the project's documental file (records registration and evaluation of the programs), and four semi-structured interviews with three couples and one woman, who voluntarily agreed to participate. A favourable opinion was obtained from the Ethics Committee of UICISA:E. The analysis of quantitative data performed by statistical treatment, and the qualitative data after transcribed, went through coding, categorization, inference and description, following the Minayo's guidelines (2009). **Results:** Maternal expectations focused on learning skills, to care the newborn, breastfeeding, role of mother, bonding with the baby, preparing for delivery. For men, the focus was on learning skills about newborn hygiene, know the pregnancy changes, preparing for delivery/birth and postpartum, the role of father. The participation of women was greater. Most were residents in Coimbra, first pregnancy, attending prenatal consultations in the public service, in a low risk situation, started the PPP between 28-32 weeks and finished between 34-39 weeks. Regarding health gains, contributions were found in pregnancy, childbirth, parental role and conjugality. **Conclusions:** The PPP programs of ESEnfC's *Terna Aventura* project responded to the participant's expectations and contributed to increasing literacy. The interventions generated gains in health, provided the experience of pregnancy, childbirth and parenting in a safer, conscious and enlightened way. **Keywords:** Preparation for Childbirth and Parenting, Prenatal Education, Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health, Obstetric Nurse, Midwife.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxa de participação dos casais nas sessões	67
Tabela 2- Distribuição dos participantes em função do grupo etário	71
Tabela 3- Distribuição dos participantes em função da escolaridade.....	71
Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função da situação profissional	72
Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função do nº de filhos	73
Tabela 6 – Distribuição dos participantes em função do local de residência.....	73
Tabela 7 – Distribuição das participantes em função da gestação.....	75
Tabela 8 – Distribuição das participantes em função da paridade	75
Tabela 9 – Distribuição das participantes em função do início da vigilância pré-natal	76
Tabela 10 – Distribuição das participantes em função do local da vigilância pré-natal	76
Tabela 11 – Distribuição das participantes em função do grau de risco	77
Tabela 12 – Distribuição das participantes em função do fator de risco	77
Tabela 13 – Distribuição das participantes em função da idade gestacional quando iniciaram a participação no programa.	78
Tabela 14 – Distribuição das participantes em função da idade gestacional quando terminaram a participação no programa.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Expectativas iniciais maternas relativamente ao programa de PPP.....61

Quadro 2 – Expectativas iniciais paternas relativamente ao programa de PPP.....63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Contributos na gravidez	81
Figura 2 - Contributos no parto	81
Figura 3 – Contributos no papel parental	81
Figura 4 – Contributos na conjugalidade	82
Figura 5 – Representação esquemática geral dos contributos na gravidez.....	86
Figura 6 - Representação esquemática geral dos contributos no parto.....	89
Figura 7 – Representação esquemática geral dos contributos no papel parental.....	93
Figura 8 – Representação esquemática geral dos contributos na conjugalidade	97

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1- TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	25
2- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREPARAÇÃO PARA O PARTO/NASCIMENTO	33
3- O/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM ESMO NA GESTÃO DE PROJETOS DE PPP 41	
PARTE 2 – PERCURSO METODOLÓGICO	47
1- OPÇÕES METODOLÓGICAS	49
1.1- LOCAL DO ESTUDO	50
1.2- PARTICIPANTES NO ESTUDO	51
1.3- COLHEITA DE DADOS	52
1.4- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	53
1.5- PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	56
PARTE 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
1- SOBRE AS EXPECTATIVAS INICIAIS	61
2- PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS E MULHERES	67
3- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	71
4- CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ	75
5- GANHOS EM SAÚDE DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS DE PPP	81
5.1- CONTRIBUTOS NA GRAVIDEZ	82
5.2- CONTRIBUTOS NO PARTO	86
5.3- CONTRIBUTOS NO PAPEL PARENTAL	90
5.4- CONTRIBUTOS NA CONJUGALIDADE	94
CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

ANEXOS

ANEXO I- PROPOSTA DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR

ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA ACEDER OS ARQUIVOS DO PROJETO TERNA AVENTURA

ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA-E DA ESENEFC

APÊNDICES

APÊNDICE I- GUIÃO DA ENTREVISTA

APÊNDICE II- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III- GRELHA PARA RECOLHA DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ

APÊNDICE IV- GRELHA PARA RECOLHA DE DADOS SOBRE A TAXA DE PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES E HOMENS NOS PROGRAMAS

INTRODUÇÃO

Na última década tem-se vindo a verificar um aumento da oferta e da procura de programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) os quais, em Portugal, são geralmente oferecidos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) público e privado, em Hospitais de Apoio Perinatal e Apoio Perinatal Diferenciado, assim como nos Centros de Saúde. Também se encontram iniciativas privadas fora do contexto do SNS. O reconhecimento de que esta intervenção dirigida à população, que vive um processo de transição para a parentalidade, tem vindo a ganhar reconhecimento por facilitar este processo de transição, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de habilidades e autonomia parental relativamente ao cuidado do recém-nascido.

No Programa Nacional para a vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015) consta que:

“Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, ou Cursos de Preparação para o Nascimento, constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez. Estes cursos permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo.” (p. 1)

No Plano Nacional de Saúde (2020), é reconhecida a PPP como uma oportunidade para agir sobre alguns dos determinantes da saúde, de modo a minimizar ou controlar fatores de risco para a saúde materna, fetal ou familiar. Por outro lado, para além de desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, contribui para alguns dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2018)

Neste trabalho, cada vez mais valorizado, têm sido reconhecidas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), as competências técnicas e científicas para ministrarem este tipo de programas/cursos. Por isso, os PPP são atualmente “considerados uma intervenção valorizada na área da saúde materna e obstétrica, que se enquadram numa filosofia de ação sustentada pelos princípios da promoção da saúde, do empoderamento dos indivíduos, da autonomia e da tomada de decisão em saúde.” (OE, 2016, p.6)

Esta responsabilidade atribuída aos Enfermeiros Especialistas em ESMO, exige que estes desenvolvam competências em gestão de projetos, sendo capazes de seguir com rigor uma metodologia organizativa, de modo a coordenar as ações previstas, a

assegurar a articulação com outros profissionais, assim como estabelecer formas de contacto com as grávidas/casais que frequentam os programas (DGS, 2020)

Ao longo da nossa formação académica especializada, na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades em PPP, quer em contextos clínicos quer no projeto de extensão à comunidade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) – Projeto Terna Aventura. Esta experiência, permitiu-nos reconhecer que estes projetos beneficiam de uma organização e gestão rigorosa, assim como devem ir ao encontro das expectativas e necessidades de quem os frequenta. Por outro lado, aprendemos que a monitorização do projeto e a avaliação do seu impacto, é fundamental para produzir indicadores de resultado que permita melhorar a oferta dos serviços desenvolvidos e a garantir a qualidade das intervenções.

Perante o exposto, atendendo ao interesse pessoal pela área, considerou-se relevante realizar o presente estudo de caso, referente aos programas de PPP dinamizados no âmbito do Projeto Terna Aventura da ESEnfC, entre 2011 e 2018. Este estudo, contribui com evidência científica sobre a PPP, tendo ainda o potencial de expor os ganhos em saúde para os/as participantes, resultantes desta intervenção, assim como informar os responsáveis do projeto, que poderão introduzir melhorias.

Face ao exposto, para a pesquisa, definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as expectativas iniciais de homens/mulheres e casais nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura.
- Analisar a taxa de participação de homens/mulheres e casais nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura
- Descrever as características sociodemográficas de homens/mulheres e casais nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura.
- Descrever as características da gravidez das grávidas participantes nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura.
- Conhecer os ganhos em saúde decorrentes da participação de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.

Estruturalmente, a presente dissertação, está dividida em três partes fundamentais. Na primeira parte, consta o enquadramento teórico, com um capítulo sobre a transição para a parentalidade, outro sobre a promoção da saúde e PPP/Nascimento, terminando com um capítulo sobre o enfermeiro especialista em ESMO na gestão de projetos de PPP. Na segunda parte, apresenta-se o percurso metodológico, onde constam clarificadas as

opções metodológicas referentes ao local de estudo, participantes, forma de recolha dos dados, procedimentos formais e éticos, respetiva análise dos dados. Na terceira parte, consta a apresentação dos resultados quantitativos e qualitativos, e a discussão dos mesmos através da sua confrontação com evidência. O trabalho finaliza com as conclusões, refletindo sobre os resultados principais, expondo as limitações do estudo, assim como os contributos que se consideram para a prática, na formação e na investigação.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A transição para a parentalidade, é por sublimidade um estágio sensível aos cuidados de Enfermagem e à promoção da saúde, designadas a aperfeiçoar ou transformar o desempenho do papel parental, através da educação, apoio ou educação, o seu fundamental objetivo é influenciar o bem-estar das famílias. Ao observarmos a parentalidade como um seguimento que vai sendo edificado ao longo do tempo, na altura após o parto os pais ainda estão a fortalecer o trajeto que terão de fazer ao longo das suas vidas, dado o carácter incontornável pertencente a este processo de transição (Silva, 2017).

No decorrer dos anos, a forma como a parentalidade é vivenciada tem vindo a modificar-se, face aos desafios atuais do que é ser mãe e ser pai, sendo ultrapassados no dia-a-dia e cotidiano de um casal, uma realidade que vem se alterando consoante o passar dos anos, transformando a forma de pensar, agir, algumas tradições e conceitos.

As formas de relacionamento também se modificaram, onde podemos contar com famílias não tão numerosas, apoio familiar não tão facilitado sem a referência antiga dos pais e avós, planeamento da primeira gravidez cada vez mais tardia, casais hétero e homossexuais a serem pais, os obstáculos da relação conjugal nos padrões dos dias atuais, as inseguranças no cuidado dos filhos, principalmente os primogênitos e a possibilidade de encontrar redes de apoio a todo esse processo.

A parentalidade nos dias atuais é vista, como um dos assuntos de grande importância para a saúde e de imensa pertinência da sociedade. De acordo com a OE (2015) possivelmente o tema de saúde pública mais crucial que a sociedade enfrenta. É da responsabilidade dos enfermeiros EESMO promover a adaptação para a parentalidade em todas as dimensões, principalmente na fase pré-natal.

De acordo com a CIPE (2018, p.94), o conceito de *parentalidade*, refere-se à “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”

O *papel parental* conceitua-se como sendo papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos

membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente. (CIPE, 2018, p. 94). *Papel de pai* passar por desempenhar as responsabilidades de ser o progenitor do sexo masculino na família, de acordo com o grupo social e a cultura do indivíduo. Já o *papel de mãe* conceitua-se interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel das mulheres grávidas e mães (CIPE, 2018, p. 93).

E conseqüentemente, no que se conceitua a *adaptação à parentalidade* para a CIPE (2018, p. 2), referem-se aos comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.

Diante destes conceitos, podemos compreender que a vivência da parentalidade transpõe diversos acontecimentos importantes para ser desenvolvida de forma saudável, tanto para os pais quanto para o recém-nascido. As exigências face ao papel de mãe e pai colocam múltiplos desafios aos casais, inclusive no desejo de ter filhos, assim como no número de filhos desejado. Aquilo que os casais perspetivam relativamente à maternidade e paternidade, resultam das suas condições individuais, familiares, profissionais, e entre outras, que têm transformado a forma como a parentalidade é desejada e vivida contemporaneamente.

Bernardi, Féres-Carneiro e Magalhães (2018), realizaram um estudo sobre o adiamento do projeto parental com o objetivo de investigar os fatores envolvidos no adiamento do projeto de ter filho na atualidade. Para os autores, o desejo de ter filhos sofreu alterações significativas ao longo do tempo onde, de acordo com algumas normas sociais estabelecidas, um casal sem filhos poderia ser socialmente criticado e o fator da ausência do filho seria a ausência do casamento ou a infertilidade. Em 1960, com a revolução sexual onde deu-se o surgimento da pílula anticoncepcional, foi considerada na altura como sendo uma ameaça para a estrutura da família tradicional no que diz respeito aos costumes e a moral da época. Em 1970 a evolução do cuidado dirigido ao parto e a gravidez, houve uma problematização da saúde pelo que levou os casais a reduzirem o número de filhos. Houve também nessa altura a consolidação do movimento feminista onde uma das suas críticas era a liberdade no processo de parentalidade, onde a mesma poderia ter o direito de se recusar a vivenciá-la. A parentalidade passou a ser julgada como um processo de escolha pessoal. Atualmente,

o desejo de ter filhos, é influenciado por fatores relacionados com a intimidade, individualidade e privacidade do casal. Sobretudo, a pressão social e normas rígidas no que refere aos papéis parentais, tem conduzido ao adiamento do projeto de serem pais. Os autores referem ainda que, a parentalidade é referenciada com um investimento numeroso, uma despesa incalculável e por tempo indefinido, motivo pelo qual os casais adiam o momento ideal para serem pais, valorizando a situação de segurança financeira para a concretização da parentalidade. Em relação à conjugalidade contemporânea, a relação se concretiza de acordo com fatores que proporcione vantagens e satisfação para ambos, onde projetos individuais são levados em conta e ocupam lugar crucial na relação a dois, e a satisfação pessoal individual parecem estar em primeiro plano e são aceitos e respeitados, fator que adia os planos do casal. Neste sentido, embora os projetos se demonstrem singulares entre parceiros, são vivenciados conjuntamente na relação. Por outro lado, o papel da mulher na sociedade também se alterou, levando a mesma a assumir papéis diversos em simultâneo, como o de ser mãe, esposa e profissional. A sua integração no mercado de trabalho provocou mudanças significativas no seu papel feminino e na maternidade.

Relacionando com o avanço da medicina, para além das possibilidades da reprodução medicamente assistida para as situações de infertilidade, a biotecnologia trouxe para os casais da atualidade oportunidades antes impensáveis e ligados a novas variantes familiares. Trazendo a oportunidade de serem pais mediante ao que antes era considerado impossível, aplicando-se não somente a família nuclear, tradicional, heterossexuais, mas também a outras estruturas familiares e não convencionais, como os casais homossexuais, travestis e/ou transexuais ou até mesmo pessoas que não se identificam dentro do género feminino ou masculino (Fiorini, 2017).

Num estudo desenvolvido por Meletti e Scorsolini-Comin (2015), com o objetivo de compreender os processos de construção da conjugalidade e as expectativas em relação à parentalidade em casais homossexuais, foi verificado que os casais entrevistados procuravam circunstâncias igualitárias em relação aos compromissos domésticos e às finanças a partir de suas competências e interesses, que a vontade de serem pais e mães está presente em todos os casais, apesar destacadas a carência de planeamento financeiro e a preocupação com a educação dos filhos em relação à homossexualidade dos progenitores, tendo em vista a inclusão dos filhos na sociedade e em ambientes como a escola, que a composição da família está ancorada no respeito, companheirismo, amor e lealdade, e a conjugalidade e a parentalidade podem gerar vínculos mais conjugais e expectativas em relação à parentalidade em casais homossexuais estáveis, caso as experiências na família de origem não tenham sido positivas ou razoáveis, que independente da visibilidade atual, os casais homossexuais

ainda sofrem de preconceito, o que mostra a transição pela qual passa a sociedade em termos dos debates sobre gênero, intimidade, religião e movimentos sociais. Conjugabilidade e expectativas em relação à parentalidade em casais homossexuais

No que diz respeito ao relacionamento conjugal, num estudo de Duarte e Zordan (2016), referem tanto um afastamento do casal quanto uma aproximação como pais. Neste contexto, afirma-se que a satisfação conjugal, após o nascimento do primeiro filho está ligada à esta nova fase em que aos papéis de esposa e de marido fundem-se nos papéis de pai e de mãe, provando a sua habilidade de gerarem e cuidarem de uma nova vida, favorecendo uma satisfação parental. No caso de filhos planejados e desejados, o nascimento colabora para a satisfação conjugal por realizar um projeto compartilhado pelo casal. De acordo com esta visão, é comprovado que o nascimento de um filho obriga que a relação conjugal seja redefinida, para envolver um terceiro. Mesmo que, no princípio, os pais estejam voltados para a criação do filho, o que provoca a redução da intimidade, estes casais demonstraram uma esperança em voltarem a estar próximos, porém diante desta expectativa pensam que na vida nada volta a ser como antes. Neste sentido, o provável desapontamento desta expectativa pode vir a trazer complicações futuras, o que obriga prevenção, no sentido de facilitar os pais/casais a perceberem as alterações na intimidade trazidas por essa nova fase. Além disso, constatou-se que as modificações resultantes do nascimento do filho na rotina do casal são vistas como positivas para a satisfação conjugal. Percebeu-se que a adequação às necessidades do filho foi demonstrada como favorável para enfrentar os impactos decorrentes da parentalidade (Duarte & Zordan, 2016).

Como referido inicialmente, as expectativas relacionadas com a parentalidade, os desafios que surgem na conjugabilidade, no enfrentamento face às alterações da gravidez, na reorganização familiar, são diferentes de casal para casal, exigindo antecipação de modo a se prepararem para a mudança (Hoeman, 2011).

Essas mudanças empenham necessidades de como lidar com os desafios iminentes no decorrer do tempo e um ajustamento a essas realidades, sendo essas uma propriedade intrínseca à vida. Ao longo da vida, ocorrem transformações que modificam no nível de saúde. As transições podem ser compreendidas como experiências do indivíduo, expostas como o combinado de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos sujeitos, pelos significados concedidos a essas experiências, pelos conhecimentos e aptidões na administração das modificações, bem como pelo embate destas alterações no nível de bem-estar (Hoeman, 2011).

A teoria de transições de Afaf Meleis vem auxiliar na compreensão deste estágio de mudança que é atravessada pela descoberta da parentalidade, sendo utilizada pelos profissionais de saúde em suas intervenções dirigidas aos casais que estão a vivenciar esta fase com a chegada do novo membro da família, proporcionando assim transições mais saudáveis e evitando situações indesejáveis que movem o indivíduo na direção de vulnerabilidade e risco.

No que diz respeito a natureza das transições, dentro do modelo de Meleis, o processo de vivência da parentalidade se inclui nas transições desenvolvimentais, que o indivíduo experimenta na sua perspectiva, considerando os eventos vividos que desencadeiam o processo de transição relacionados com a parentalidade e o nascimento de uma criança, nas transições situacionais que requer uma redefinição de novos papéis dos envolvidos no processo e nas transições organizacionais, onde por meio da mudança para a parentalidade, o casal experimenta uma modificação em seu ambiente social e por vezes econômico, levando a alterações na estrutura dinâmica das organizações (Costa, 2015).

Os padrões no que diz respeito a teoria de Meleis podem ser simples ou múltiplos, sequenciais ou simultâneos, mas consoante ao que rodeia a parentalidade, os eventos que provocam a necessidade de reorganizar os padrões do casal são múltiplos no que se refere o nascimento do novo membro da família, na redefinição de papéis e as mudanças no ambiente social e econômico (Costa, 2015).

As propriedades referentes a teoria abrangem ser consciente, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição, pontos críticos e eventos. No momento de vivenciar a parentalidade o casal deverá estar consciente da experiência da transição que está a ultrapassar agindo em conformidade as mudanças entre os processos e adequada resposta. O envolvimento relaciona-se com o envolvimento no processo característico da transição e não pode ocorrer sem a devida consciência. O nível de conscientização e o envolvimento adequado passam pela aceitação das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. A mudança está relacionado aos eventos que podem ser considerados críticos para o casal como a perturbação na relação, mudança da rotina, ideias ou percepções de identidade como por exemplo tornar-se pais. A diferença é outra propriedade da transição que origina na variação de comportamentos ou percepções, essa propriedade envolve a alternância nos papéis, na identidade e nos padrões de comportamento, sendo essenciais para uma visão de si mesmo e do mundo, em vez de mudanças passageiras e superficiais (Costa, 2015).

Todas as transições são movidas por um fluxo de tempo incerto e em movimento ao longo do período que se vivencia a parentalidade, variando de indivíduo para indivíduo,

rodeia o evento inaugural marcador até que a harmonia e a segurança sejam novamente alcançadas. Este intervalo de tempo é indispensável para experimentar distintas estratégias e padrões de respostas, e, incorporá-los no seu próprio conhecimento (Costa, 2015).

Os pontos críticos e eventos seriam os acontecimentos relacionados com a chegada do novo membro da família, o nascimento do filho e a descoberta da parentalidade, são relacionados com a ampliação da conscientização sobre a mudança e diferença, além do envolvimento em se dedicar com a prática de transição. Existem também pontos críticos, os quais foram indicados por um senso de estabilização na modificação das rotinas, habilidades em desempenho de novos papéis, modificação do estilos de vida e atividades de autocuidado, havendo uma fase de insegurança marcada com a oscilação, mudanças contínuas e quebra da realidade já dominada (Costa, 2015).

As condições facilitadoras e inibidoras da transição são determinadas por vários elementos do processo, sendo importante diferenciar as condições pessoais que envolvem os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de conhecimento e/ou habilidade, da comunidade e da sociedade sendo os recursos oferecidos facilitadores para a transição para a parentalidade, como exemplo o apoio dos profissionais capacitados, rede de apoio e promoção à saúde e os cursos de preparação para o parto e parentalidade dirigidos aos casais, meios estes que podem promover uma transição saudável e adequada a parentalidade (Hoeman, 2011).

O padrão de resposta, apesar de cada pessoa ter uma vivência individualizada, poder-se-á obter respostas quanto o processo de reação diante da transição. São avaliados consoante ao conhecimento, desempenho face as situações e contextos, ao impacto da ocorrência na saúde e o resultado transmite a evolução da transição que poderá ser saudável ou não saudável. A transição não saudável se deslumbra na dificuldade de desempenhar papéis, sentimentos ou comportamentos percebido pelo próprio indivíduo ou por pessoas significativas. Na transição saudável, o indivíduo consegue conduzir adequadamente os comportamentos e sentimentos associados ao novo papel e identidade a desempenhar, substituindo sentimentos de stresse por sensação de bem-estar, o que repercute na satisfação emocional e boas relações interpessoais, com maior qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, consciencialização, e energia vital, lidando adequadamente com a situação em seu ambiente inserido e percebendo a satisfação do equilíbrio alcançado. As atitudes dos indivíduos ao longo da transição são designadas de indicadores, sejam eles de processo ou de resultado, que trará noção de como o indivíduo se sente ligado, interage, sente-se situado e desenvolve confiança (Hoeman, 2011).

Os indicadores de resultado representam a qualidade de vida dos envolvidos no processo de transição. As aptidões essenciais para atingir o controlo sob os cuidados de demarcada situação englobam a vigilância e interpretação de sintomas, tomada de decisões, agilidade, fornecimento de cuidado e trabalhar em colaboração com o recetor de cuidados. Além disso, a competência se fortalece ao longo do tempo com a experiência, sendo pouco provável ser reconhecida no princípio de uma experiência de transição (Costa, 2015).

O papel do enfermeiro nos processos de transição passa pela adequada avaliação, abrangendo todo o período da transição para detetar precocemente as dificuldades e os pontos críticos a atuar, numa sequência linear de ações de enfermagem que rondeia em atitudes como avaliar, planear e implementar. De forma a auxiliar na assimilação do processo de transição, proporcionando um elo necessário entre o passado e o presente e produzindo oportunidades para o indivíduo refletir sobre as experiências de vida que irá contribuir para o crescimento e desenvolvimento de identidade e favorecer a continuidade do que necessita ainda ser ultrapassado. Facilitar a propagação dos novos conhecimentos e habilidades, fazendo luz a consciência dos comportamentos, sentimentos e objetivos envolvidos no novo papel. Criar um ambiente saudável com segurança e proteção, tendo em atenção o respeito as tradições culturais, num ambiente dinâmico e adaptável correspondente a individualidade de cada pessoa. E por último, mobilizar recursos pessoais, familiares e comunitários (Costa, 2015).

2- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREPARAÇÃO PARA O PARTO/NASCIMENTO

Desde a Carta de Ottawa emitida 1986 na primeira Conferencia Internacional sobre a Promoção da Saúde, que o objetivo da promoção da saúde “consiste em dotar as pessoas dos recursos necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controlo sobre si próprias. Neste sentido, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de avaliar as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio ambiente”, de modo a manter-se com saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde não é apenas a ausência de doença, mas define-se como a situação de bem-estar físico, mental e social. Assim, a saúde tem diferentes dimensões de conduta individual e/ou coletiva, sendo influenciada por fatores políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais. Por isso, a promoção da saúde centra-se em alcançar a equidade em saúde, reduzindo as diferenças e assegurando a igualdade de oportunidades, assim como proporcionar os meios que permitam a toda a população desenvolver o seu máximo potencial de saúde. Isto implica o acesso à informação, e possuir as habilidades e oportunidades que a levarão a fazer as suas escolhas em saúde. As pessoas não conseguem atingir o seu máximo potencial de saúde, se não forem capazes de assumir o controlo de tudo o que determina o seu estado de saúde.

A educação para a saúde é considerada pela OMS uma consagração de saberes e aprendizagens com o objetivo de promover, às pessoas e comunidades, ferramentas para melhorarem a saúde, mediante o aumento da literacia em saúde e o desenvolvimento de competências. No contexto do Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020) “O reforço da promoção e proteção da saúde deve valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais.” (DGS, 2015, p.20). Esta capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, contribui para o desenvolvimento da sua autonomia e a se responsabilizarem pela sua própria saúde.

Um estudo realizado por Neto (2016) em Coimbra, que estudou o nível de literacia em saúde da mulher grávida, obteve um nível global de literacia em saúde considerado problemático, associado a várias variáveis sociodemográficas e obstétricas. Foi verificado que 36,9% das grávidas mostraram um nível problemático de literacia em saúde no global, 33,7% apresentaram um nível de literacia suficiente. Foi verificado que as variáveis de contexto obstétrico - gravidez atual (planeamento/desejo da gravidez,

curso de PPP e vigilância da gravidez) apresentaram fatores promotores da literacia em saúde da grávida. Este estudo mostrou a importância de intervir nesta fase do ciclo vital, promovendo a literacia através da educação para a saúde.

Por outro lado, a PPP é uma oportunidade para agir sobre alguns dos determinantes da saúde, de modo a minimizar ou controlar fatores de risco para a saúde materna, fetal ou familiar. Dahlgren e Whitehead (1993) referido no Plano Nacional de Saúde (PNS, 2020), apresentam no seu modelo a organização complexa de diversos fatores (biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais) que têm influência na saúde e no bem-estar das pessoas. A promoção e proteção da saúde “visam criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde” (PNS, 2020, p.20). Assim, é importante promover a literacia das pessoas, capacitando-as para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde (George, 2014).

A PPP para além de desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, contribui para alguns dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente: erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, e melhorar a nutrição; garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos; alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas; aumentar o uso de tecnologias de base, em particular das tecnologias de informação e comunicação, para promover a emancipação das mulheres; reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países; promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável; e proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis (Organização das Nações Unidas, 2021).

Em Portugal, no que se refere ao enquadramento legal, de acordo com a lei nº 142/99 de 31 de agosto, a preparação para o parto é considerada um direito sendo parte da rotina pré-natal. De acordo com o Artigo 7.º “Incumbe especialmente ao Estado para proteção da maternidade, da paternidade, do nascituro e da criança, no domínio dos cuidados de saúde: (...) d) Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde”.

A Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017 de 2 de agosto, recomenda ao Governo que assegure “a realização de cursos de preparação para o parto em todas as unidades de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários (...)” Mais recentemente a Direção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências técnico-normativas e de

acordo com o Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, publicou orientações para os programas de PPP e também de Recuperação Pós-Parto, reconhecendo que “(...) são iniciativas de intervenção de base comunitária, desenvolvidas junto de mulheres grávidas e casais, tendo em vista contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade (p.8).” Desta forma, pretende assegurar maior equidade na oferta e adaptação das intervenções “(...) às novas vivências individuais e da conjugalidade, assim como aos aspetos evolutivos da sociedade no mundo contemporâneo (p.8)”.

No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) a gravidez é uma oportunidade para a promoção da saúde. “A gravidez é um momento do ciclo de vida em que se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural” (p.12). É por isso, um momento em que há a possibilidade de intervir no controlo ou minimização dos riscos para a saúde da mãe e do feto, através da modificação de comportamentos e hábitos nocivos. Os programas de PPP surgem como uma intervenção pré-natal que têm como objetivos “(...) desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho.” (p.63).

Atualmente, os programas de PPP “são considerados uma intervenção valorizada na área da saúde materna e obstétrica, que se enquadram numa filosofia de ação sustentada pelos princípios da promoção da saúde, do empoderamento dos indivíduos, da autonomia e da tomada de decisão em saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.6).

Foi no início do século XX que a educação pré-natal ganhou relevo, como forma de preparar a mulher para um parto sem dor e reduzir a ansiedade, geralmente após a hospitalização do parto. Na Europa, na primeira metade do século, o objetivo era de reduzir a dor durante o parto e consistia em algumas sessões. Lentamente, os objetivos foram-se expandindo, passando as sessões a focarem-se também na gravidez, na vinculação pré-natal, conjugalidade e recém-nascido. Os modelos usados para a PPP têm sido vários, consoante os contextos socioculturais, assim como os avanços do conhecimento e estudo da eficácia dos diferentes métodos. Na primeira metade do século destaca-se o uso da hipnose em sessões pré-natais (Schultze e Rhonhof) e o modelo de Velvoski, Platinov e Nikolaiev que introduz a abordagem psicoprofilática, com a visão de que a dor no parto é uma reação condicionada por estímulos culturais, sociológicos e religiosos, baseados na teoria do condicionamento clássico de Pavlov. O relaxamento, a linguagem, o pensamento positivo e a educação para o parto, eram uma forma de descondicionar o medo. As mulheres participavam ativamente realizando

exercícios respiratórios e musculares. O modelo de Grantly Dick Read, autor do “Natural Childbirth”, com a teoria de parto sem dor, trouxe uma visão diferente que se expandiu mundialmente. O parto era considerado um fenômeno natural e a dor era gerada pelo medo e tensão muscular. O método Fernand Lamaze veio acrescentar a importância da presença do pai ou acompanhante para o favorecimento do apoio emocional e envolvimento durante o parto, num ambiente de amor e carinho (Bist, Viswanath & Nautiyal, 2021).

O método Lamaze (também conhecido por psicoprofilático) é amplamente conhecido e, ao longo de décadas, estudos demonstraram a eficácia do método contribuindo para partos mais rápidos, com mais vigor e energia, com menos dor, medo e ansiedade. Atualmente, a designação do método circunda como uma filosofia de parto, que tem como dedicação a promoção do apoio, proteção ao parto natural saudável e seguro. Atualmente, a Lamaze International, anteriormente Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia, é uma organização sem fins lucrativos, que pretende promover a gravidez saudável, nascimento seguro e parentalidade precoce. Segue as recomendações da OMS para os cuidados no parto normal, pelo que estabeleceu seis diretrizes norteadoras para a prática de cuidados, que são o suporte para o conhecimento e as habilidades promovidas nas sessões: O trabalho de parto se inicia por si só; liberdade na movimentação durante o trabalho de parto; apoio contínuo no momento de parto; sem práticas invasivas de rotina; o instinto de puxar deve ser espontâneo e em posição de gravidade neutra; não deve separar a mãe do bebê com o intuito de promover a amamentação (Lamaze International, 2021).

O método de Robert Bradley surge na década de 60 e foi pioneiro no “treino do marido” o qual é designado de “coach”, o qual deverá ser preparado para apoiar e defender a mulher, aprendendo uma série de técnicas para promover o relaxamento e apoiar no parto natural (Bist, Viswanath e Nautiyal, 2021). Este método ainda é amplamente usado sobretudo nos Estados Unidos da América (Bradley, 2021).

Também a “Sofrologia” que utiliza técnicas de relaxamento e imaginação como meio de desenvolvimento do bem-estar psíquico e físico do ser humano, teve significativa expressão a partir dos anos 60 com Caycedo. No campo da maternidade, a mulher grávida aprendia a relativizar os desconfortos da gravidez, tornando-se mais consciente e aceitando melhor as mudanças corporais, e aprendendo a preparar-se mentalmente para o parto de modo a manter-se tranquila e serena. A escola de “sofropedagogia obstétrica” de Cárcer e mais tarde Leboyer que defende o “parto sem violência”, vieram completar os trabalhos de Caycedo (Conde, 2020).

A “Haptonomia”, também conhecida por “ciência da afetividade”, foi fundada por Frans Veldman em 1942. Com diferentes aplicações ao longo da vida, o “Acompanhamento haptonômico pré e pós-natal” é uma das aplicações mais conhecidas, e consiste no acompanhamento da relação afetiva entre mãe/pai/filho durante o processo de gravidez e no pós-parto (Robert, 2003). Não é um método de PPP, não se associando a uma técnica ou a determinado tipo de exercícios, ainda que sensibilize para o nascimento (Moreira, Marques & Silva, 2016).

Para além destes métodos que se foram desenvolvendo e aperfeiçoando a sua filosofia, atualmente a PPP tem vindo a incluir os benefícios de algumas terapias complementares, para o bem-estar na gravidez e durante o trabalho de parto, tal como a “Yoga” (Araújo e Prado, 2020), a “Auriculoterapia” (Silva et. al, 2020; Mafetoni, Rodrigues, Jacob & Shimo, 2019), “Mindfulness” (Duncan, Cohn, Chao, Cook, Riccobono & Bardacke, 2017); “Aromaterapia, Bola de Pilates, Cromoterapia, Masoterapia, Musicoterapia” (Conde, 2020). Também algumas estratégias têm ganho expressão a nível mundial, como o “Rebozo” (Sales et. al, 2020) e o uso terapêutico da água, tendo vindo a valorizar-se cada vez mais a PPP em meio aquático (Mendes, 2020; Conde 2020).

Conde (2020) resume os principais programas de educação perinatal que mais têm sido usados na PPP, nomeadamente:

- *Método de hipnose (autossugestão hipnótica, 1922)* - Schultze y Rhonhof, comprovam que a introdução de sessões educativas no período pré-natal, reduz o tempo para obter o estado hipnótico.
- *Método da escola inglesa (1932)* - Grantly Dick Read, entende o parto como um fenómeno fisiológico e a dor é causada pelo medo que desencadeia tensão muscular (medo-tensão-dor). O método consiste em sessões explicativas, relaxamento, técnicas respiratória e estratégias para potenciar a confiança na equipa assistencial.
- *Método da escola russa* - Velvoski, Platinov y Nikolaiev, entendem que de acordo com a teoria do condicionamento de Pavlov, que a dor no parto é uma reação condicionada por estímulos sociológicos e culturais ou religiosos. Propunham descondicionar o medo mediante informação obstétrica, relaxamento e ideias positivas. Para que a mulher tenha um papel ativo, introduzem exercícios respiratórios e musculares.
- *Método Lamaze (1960)* – Fernand Lamaze, cria um modelo que insiste na necessidade de um ambiente cordial com a presença do companheiro. As características chave do método foram a respiração profunda controlada, a massagem

leve, concentração num ponto focal e o controlo da mulher sobre o seu corpo. Atualmente a filosofia do método é diferente, focando o parto normal e natural, a capacidade inerente das mulheres para dar à luz, a importância da experiência do parto para as mulheres, e o efeito do profissional de saúde e do local de nascimento nas experiências de parto das mulheres. O foco das sessões é ajudar as mulheres a ter um parto o mais saudável e seguro possível.

- *Método da escola espanhola (1955)* - Consuelo Ruiz (matrona) autora do livro “Parto sem dor” & Aguirre de Cárcer, que funda a escola “Sofropedagogia Obstétrica e Educação Maternal” descentralizando o foco na dor no parto, em que a mulher/casal adquirem os conhecimentos necessários para enfrentar o seu parto com serenidade, diminuindo os medos e vivendo este momento com plena consciência e satisfação, porque a experiência vai repercutir-se no seu filho ao favorecer o desenvolvimento psicoafectivo.
- *Método ICEA (1960)* – Associação Internacional de Educadores para o Nascimento, que evoluciona o método Lamaze e promove que as mulheres/casais, tenham liberdade de escolha com base no conhecimento das alternativas de parto. Sua orientação é centrada no cuidado à maternidade e no cuidado ao recém-nascido integrando a família. A individualidade da mulher é respeitada assim como seu sentido de autonomia.
- *Método Bradley (1965)* - Robert Bradley, que defende que o companheiro/marido é a pessoa que deve assegurar que a sua mulher está num ambiente seguro, tranquilo e deve ter conhecimentos para a ajudar neste processo, por isso capacita os pais para serem “treinadores/coach” de suas esposas, com instrução, técnicas de relaxamento e massagem. Concebe o nascimento como um processo natural e promove que seja evitada a analgesia para a dor e o intervencionismo médico durante o parto normal e no pós-parto.
- *Método Mindfulness (1970)* - Kabat-Zinn, que enfatiza o desenvolvimento da consciência do momento presente através da meditação, yoga e atenção plena na educação para o parto. Os resultados indicam que diminui a depressão e a ansiedade relacionada com a gravidez.
- *Método do parto ativo em movimento (1970)* - Sheila Kitzinger & Janet Balaskas. Sheila Kitzinger resgata a sabedoria do corpo da mulher para parir, propondo que se sintonize com as contrações, como ela sinta que alcança harmonia e ritmo e adquira conhecimento para tomar as suas próprias decisões. A presença do companheiro/marido, a instrutora e parteira, criam o ambiente favorável para o parto.

Janet Balaskas, cria a corrente do “Active Birth Mouvement” e propõe a prática de yoga adaptada à gravidez.

- *Método Odent (1977)* – Michel Odent, concentra o seu trabalho em ajudar cada mulher a escolher a forma como dará à luz, seguindo seus próprios instintos e respeitando o processo biológico do parto em todos os momentos. Defende que a situação emocional da grávida é determinante no futuro tanto psíquico como físico do indivíduo. Aponta também a importância temporal do parto e dos momentos subsequentes, no desenvolvimento da pessoa. Destaca o papel das hormonas do parto (oxitocina e endorfina).
- *Método Mongan (hypnobirthing, 1989)*, Parte da premissa de que todas as mulheres têm em si o poder de usar os seus instintos naturais para alcançar o melhor parto para o seu bebé e para elas. Trabalha com as mães e suas famílias sobre as expectativas de nascimento e enfrentar de forma positiva as experiências. Há um cuidado com a linguagem, ensinam respiração, relaxamento, visualização, auto-hipnose e enfatizam que o parto não tem de ser doloroso. Promove uma educação natural e descontraída para o parto, reforçada por técnicas de hipnose. O método argumenta que, na ausência de medo e tensão, a dor intensa não precisa ser significativa durante o trabalho de parto.
- *Método Birthing From Withing (1998)* - Pam England & Rob Horowitz, que desenvolveram uma abordagem holística de preparação para o parto e pós-parto, conhecido como “dar à luz a partir de dentro”. Para além de informações sobre o parto e bebé, trabalham a introspeção e a autodescoberta a partir da própria experiência a nível interno.
- *Método Birth Works (1994)* - promove uma filosofia que desenvolve a autoconfiança, a confiança e a fé da mulher na capacidade inata de dar à luz.
- *Método Calm Birth (2005)* - Compra de CD. Com base na meditação e na medicina mente-corpo.

Hoje, os diferentes métodos de PPP têm em comum o desejo de criar nas mulheres grávidas a consciência de participar ativa e responsavelmente no nascimento de seu filho, com uma atitude de colaboração racionalizada, consciente e livre. A preparação psicológica visa basicamente descondicionalizar as ideias negativas sobre o parto, fruto de um padrão cultural, e na programação, por meio do treino adequado de novos reflexos condicionados que podem inibir as sensações dolorosas durante o parto. O ciclo vicioso de medo-tensão-dor é quebrado, então, quando o medo desaparece, uma atitude positiva em relação ao parto aparece em seu lugar. Esse treinamento é realizado por

meio de informações detalhadas sobre o parto e a relação patogênica da dor. Essa liberdade proporcionada pela informação e pelo conhecimento elimina tensões e angústias, conseguindo harmonizar o processo do parto e vivê-lo com toda a intensidade e maturidade que merece, dignificando a maternidade e proporcionando todos os elementos necessários para criar um vínculo afetivo com o bebê, o qual é essencial para o seu desenvolvimento. Portanto, o curso de Educação Materna não se encerra com o parto, mas deve ser continuado durante o puerpério, tanto na consulta quanto nas sessões de apoio e recuperação pós-parto (Conde, 2020).

As recomendações da OMS (2018) no que diz respeito ao parto, vieram influenciar a forma como se deverá ajudar a grávida/casal a preparar-se para uma experiência de parto positiva. Estas 56 recomendações, dão orientações para a adequação dos programas de PPP de modo a corresponderem às expectativas atuais das grávidas/casais no que se refere ao parto.

A OMS (2016) também publicou 49 recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, entre os quais se destaca:

“Os cuidados pré-natais de grupo prestados por profissionais de saúde habilitados podem ser oferecidos como uma alternativa aos cuidados pré-natais individuais prestados às mulheres grávidas, no contexto de uma investigação rigorosa, conforme as preferências das mulheres e desde que estejam disponíveis infraestruturas e recursos para a prestação de cuidados pré-natais de grupo.” (p.8)

Assim, a evolução do trabalho desenvolvido na área da promoção da saúde, tem vindo a adequar-se às tendências sociais, culturais e científicas, o que tem sido evidente na PPP. Esta evolução tem trazido desafios aos profissionais de saúde, especificamente aos enfermeiros especialistas em ESMO que são considerados, em Portugal, aqueles que estão mais preparados para intervir diretamente junto da grávida/casal.

3- O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESMO NA GESTÃO DE PROJETOS DE PPP

Os Enfermeiros Especialistas em ESMO têm função primordial na promoção dos cuidados dirigidos a grávida na fase pré-natal, parto e pós-parto. A dedicação, a sensibilidade e o cuidado dos profissionais de saúde envolvidos são fatores fundamentais para o favorecimento de um trabalho de parto mais seguro e uma experiência de parto mais agradável, considerando as decisões das mulheres a respeito do seu parto, sem esquecer de entender que tal acontecimento é um evento social, com efeitos culturais, obrigando um profissional especializado, com formação ético-humanística e científica para desempenhar cuidados à mulher, de forma terna, empática e segura.

Na atualidade, somente metade das grávidas preparam-se para o parto sob a gestão de um Enfermeiro Especialista em ESMO. O que desperta os profissionais a retificarem as intervenções que promovem, particularmente sendo fundamentadas com os princípios inerentes à informação e o favorecimento de horários mais flexíveis, já que, um grande número de mulheres ainda se encontram em atividade laboral.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade em ESMO da Ordem dos Enfermeiros (2016), Parecer nº4, os programas de PPP têm como objetivos, desencadear a confiança e desenvolver competências na grávida/casal/família para a fase da gravidez, parto e transição para a parentalidade, estimulando o desenvolvimento de aptidões interativas e precoces da ligação mãe/pai/filho.

De acordo com a legislação em vigor, Lei 9/2009 de 4 de Março; Regulamento nº127/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro Especialista em ESMO “Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e em situação de abortamento” sendo que o critério de avaliação refere que ele “Concebe, planeia, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Para além do mencionado no Diário da República nº 85 (2019), regulamento nº 391/2019, o Enfermeiro Especialista em ESMO, “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais

no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.

No Diário da República nº 85/2019, 2.^a série de 3 de maio, consta que as competências do Enfermeiro Especialista em ESMO dentro da área de atuação da preparação para o parto e parentalidade são as seguintes: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”.

A DGS (2020) nas orientações sobre a organização dos programas de PPP ou como refere Cursos de PPP (CPPP), no que concerne à responsabilidade organizativa, considera que:

“A sequência e a interligação dos CPPP (...) exigem o estabelecimento de uma organização comum. O/a profissional responsável pela coordenação dos CPPP (...) assegura a realização de cada curso, dinamiza, pelo menos, a maioria das ações previstas, assegura a articulação com outros/as profissionais que colaboram na realização das sessões e estabelece formas de contacto com as mulheres e os casais que frequentam os cursos. Tal profissional deve igualmente representar o “fio condutor” da generalidade das sessões que compõem ambos os cursos. Tendo em conta o enquadramento e as características destes cursos, seus objetivos, temas e atividades a desenvolver, tal responsabilidade deve ser atribuída a Enfermeiros/as Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica – EESMO, dada a abrangência da sua intervenção nos domínios da gravidez, parto e puerpério, do facto de se tratar de competências que lhes são outorgadas legalmente e de tal constituir, já, prática regular no Serviço Nacional de Saúde, em particular nos cuidados de saúde primários.” (p.19).

Esta responsabilidade atribuída aos Enfermeiros Especialistas em ESMO exige que estes desenvolvam competências em gestão de projetos e detenham um perfil de líder, capaz de seguir com rigor uma metodologia organizativa, dentro dos fundamentos da metodologia de projeto.

Campos (2011, p.264 e 265) refere que, a

“Gestão de Projetos é um conjunto de princípios, práticas e técnicas aplicadas para liderar grupos de projetos e controlar programação, custos, riscos e desempenho para se alcançar as necessidades de um cliente final. A Gestão de

Projetos requer duas etapas fundamentais: o Planejamento e o Controle de Projetos. Para que se possa criar algo há que se planejá-lo com os detalhes adequados e suficientes que sejam inerentes ao correto desempenho daquele produto e ou serviço.”

De acordo com a Capucha (2008), em seu manual prático sobre o planejamento e avaliação de projetos, evidencia que um combinado de aspetos relevantes, nomeadamente: as organizações e equipas tem de se direccionar para os resultados; para que tal seja viável, a sua atividade tem que se fundamentar no sentido claro e pertinente de objetivos; a pertinência e clareza obedecem a um bom método de planejamento e este aporta num correto diagnóstico; a perceção de que os resultados foram alcançados exige avaliação vista como atividade formativa, pedagógica e corretiva sobre as nossas condutas e atividades; a prática do planejamento e da avaliação, embora carecendo algumas competências específicas, precisa estar presente no interior das equipas e consegue ser adquirida por experiências consecutivas de utilização das técnicas e métodos de planejamento e avaliação.

No seguimento da adequada gestão dirigidas ao processo de formação das grávidas e casais no processo de pré-parto, parto e parentalidade, a DGS (2020), dispõe de orientações para a execução dos cursos de preparação para o parto e parentalidade, para que decorram com a devida equidade. E as orientações incidem na realização de uma consulta inicial para a tomada de decisão em relação a disponibilidade recomendadas a cada caso, para o ajuste de datas e horários das sessões. Importante também para avaliar o grau de literacia em saúde em particular de saúde sexual e reprodutiva, das pessoas entrevistadas. Tendo essa consulta inicial como objetivo avaliar do bem-estar físico, emocional e social da puérpera, e do casal, quando aplicável. Nas situações onde não seja possível deslocação para estar presente nas sessões, considera-se os benefícios de recorrer a ferramentas informáticas que possibilitem a participação das grávidas/casais nas sessões por meio de videoconferência. O plano de formação, independente do grau de autonomia funcional relativa que caracterize a sua organização, deve ser conservada o seguimento, pronúnciação e complementaridade entre os cursos em cada estabelecimento em que se efetuem; igualmente, por um quesito de equidade, a homogeneidade curricular destas ações formativas deve ser garantida a nível nacional. Nesse sentido, garante também a utilização de um conjunto de sessões temáticas básicas que possibilitem aperfeiçoar a preparação para a vivência da gravidez, do parto, do pós-parto e da transição e adaptação à parentalidade dos indivíduos que neles participam.

A realização de um plano de parto, acompanhada por profissional de saúde, consiste também um meio de consolidar conhecimentos em volta do processo do parto e, transversalmente, conduz a autonomia da parturiente nas diversas fases do mesmo, tal como exprimir a sua aprovação para os procedimentos clínicos de forma mais informada e esclarecida. Desta forma, abrange num texto individualizado, preparado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são propostas as vontades e preferências relativamente ao tipo de implicação pessoal e os cuidados clínicos durante o trabalho de parto e o nascimento (DGS, 2020).

Ainda de acordo com a DGS (2020), quanto aos horários de funcionamento e a periodicidade, as sessões devem ser de preferência nas entidades dos cuidados primários, em mais do que um horário de funcionamento quando possível, de forma a garantir a concretização da formação no fim da tarde ou no período pós laboral, de forma a favorecer que a mulher grávida ou puérpera, o futuro pai ou pai, ou outras pessoas de eleição que trabalhem durante o dia consigam estar presentes. No que respeita à periodicidade das sessões, é recomendável que ocorram uma a duas vezes por semana. O público-alvo destina-se, preferencialmente, a grávidas, casais /ou pessoas escolhidas pela grávida que sejam referenciados pelas Unidades Funcionais dos ACES. A nível hospitalar, estas formações terão como alvos primordiais as mulheres e casais em que são seguidos numa gravidez de médio ou alto risco acompanhada na Entidade. O início das aulas de preparação para o parto e parentalidade é flexível, considera-se a ecografia e a viabilidade fetal os aspetos evolutivos da gravidez pode-se recomenda como idade gestacional de início entre as 24 e as 28 semanas de gestação. Mas, mediante a interesse e disponibilidade da grávida/casal para a inscrição, fora desta idade gestacional, não deve ser considerado critério de exclusão, mas sim estabelecer uma razão de adaptação do modelo do a cada caso em individual.

Os cursos são ministrados em local acessível onde os formandos vivem e trabalham e com uma boa rede de transportes. É necessário a adequação das instalações como as dimensões do espaço, condições de higiene, luminosidade, arejamento, temperatura e disponibilização de instalações sanitárias mistas – consoante, tanto às sessões teóricas como as práticas. O suporte de informação dirigida às grávidas/casais devem cumprir uma direção norteadora para realização, e ser originária de fonte fidedigna, nacional ou internacional (DGS, 2020)

Para a forma de contacto, deverá ser eleito um profissional de saúde de referência para a grávida/puérpera/casal, que dirige a formação, que estará presente na maioria das sessões. Disponível e acessível mediante endereço de e-mail e telefone institucionais. Estes contactos devem ser fornecidos na consulta inicial no início do curso. Quando oportuno, é preconizado a visita à maternidade onde se prevê o nascimento, para

reduzir medos e receios relativamente ao hospital, tornando o cenário mais real e favorecendo o conhecimento da equipa que estará presente no parto, a colocação de questões relacionadas ao internamento/passagem pela maternidade. Consoante com as boas práticas, todo o processo deve ser documentado e registado com a finalidade de monitorização regular e análise estatística de parâmetros. Na estimativa das atividades deve abranger ações de monitorização continuada, (registo de Assiduidade, registo das atividades, autoavaliação periódica através da realização de planos de ação anuais e relatórios de atividades, heteroavaliação, através aplicação de questionários de satisfação às mulheres/casais). Além desses registos é pertinente a avaliação de outros critérios como: Nº total de grávidas na; Nº total de cursos por ano; Nº de grávidas que expuseram interesse em frequentar as formações e o acesso aos mesmos na idade gestacional recomendada; Nº de grávidas que concluíram o curso com número mínimo estabelecido Nº de participantes/pessoas de referência presentes, assiduidade e grau de parentesco com a grávida/puérpera; Nº dias entre o pedido da frequência e a disponibilidade iniciar o curso, tendo em consideração ao tempo de gestação da grávida; Grau de Satisfação / adequabilidade das temáticas programadas e oferecidas (DGS, 2020).

A gestão de projetos é fundamental para dar resposta a estas orientações, e adequar a organização/serviço ao dinamismo necessário, por meio de uma gestão focada em objetivos e prioridades. Segundo Campos (2011, p.264) a “Gestão de Projetos é um conjunto de princípios, práticas e técnicas aplicadas para liderar grupos de projetos e controlar programação, custos, riscos e desempenho para se alcançar as necessidades de um cliente final.” O autor refere ainda que, o Planeamento e o Controlo dos projetos, são duas etapas fundamentais. “Para que se possa criar algo há que se planejá-lo com os detalhes adequados e suficientes que sejam inerentes ao correto desempenho daquele produto e ou serviço. Em complemento há a necessidade de se ter um controle estruturado e que acompanhe todo o processo, desde o início ao término do mesmo.” (p.265). São consideradas como etapas de desenvolvimento de um projeto: *Conceção* – identificação das necessidades, viabilidade, definição de alternativas, orçamento, cronograma e equipa de trabalho; *Planeamento* - programação dos recursos humanos, materiais e financeiros, estudos e análises, geração de protótipos, análise de resultados e obtenção de aprovação da execução; *Execução/Controle*: realização das atividades programadas, monitoração e controle (acompanhamento que deverá decorrer ao longo de toda a trajetória do projeto), reajustes necessários; *Final*: encerramento do projeto, aceitação, treinamento do pessoal operacional e realocação dos recursos (p.268).

Dias, Perciuncula, Maffia & Antoniolli (2017) no estudo que desenvolveram sobre o perfil da liderança na gestão de projetos, destacam algumas competências identificadas nos gestores de projetos: negociação, tomada de decisões, liderança, comunicação e influência. Também foi considerado como competências que devem ser desenvolvidas pelos gestores de projetos: motivação, gestão de conflitos, organização de equipes, liderança e comunicação.

PARTE 2 – PERCURSO METODOLÓGICO

1- OPÇÕES METODOLÓGICAS

Considerando a natureza do objeto de estudo, as opções metodológicas seguiram a perspectiva qualitativa no âmbito do paradigma interpretativo. De entre as diferentes formas de pesquisa qualitativa, o estudo de caso foi a opção escolhida, o qual permite investigar profundamente um determinado grupo, serviço ou organização, retratando a realidade da forma mais completa possível, através de diferentes fontes de informação e revelando diferentes pontos de vista sobre a problemática em estudo (Ludke & André, 1986; Bogdan & Bilken, 1994).

O estudo de caso é uma vertente da pesquisa que engloba na sua abordagem formas específicas de colheita e análise de dados. Neste meio de investigação, recorre-se a inúmeras fontes de evidências para pesquisar um acontecimento contemporâneo (Yin, 2001). O estudo de caso tem a particularidade crucial de analisar um determinado contexto social, cultural, espacial ou outro, com a finalidade de abranger/elucidar sobre as suas especificidades (Amado, 2014).

Assim, o presente estudo de caso é descritivo e avaliativo dos Programas de PPP do Projeto Terna Aventura, tendo como linha temporal os anos de 2011 e 2018. Neste sentido, para a presente investigação, foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar as expectativas iniciais de homens/mulheres e casais nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura.
- Analisar a taxa de participação de homens/mulheres e casais nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura
- Descrever as características sociodemográficas de homens/mulheres e casais nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura.
- Descrever as características da gravidez das grávidas participantes nos programas de PPP do Projeto Terna Aventura.
- Conhecer os ganhos em saúde decorrentes da participação de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.

1.1- LOCAL DO ESTUDO

O estudo decorreu na ESEnfC no âmbito do Projeto Terna Aventura, projeto de extensão à comunidade, que está em desenvolvimento desde 2011. De acordo com as informações disponíveis no site do projeto "O Projeto centra-se essencialmente na intervenção junto da população de mulheres, homens, casais e grávidas (os), pretende dar resposta às necessidades desta população, assim como melhorar os resultados em saúde e o desenvolvimento da comunidade. De forma a poder ajudar a mulher/homem/casal a compreender o processo de gravidez e as alterações subjacentes, assim como a informar e esclarecer dúvidas relacionadas com o trabalho de parto e a parentalidade, são disponibilizadas sessões educacionais teóricas e práticas, que para além da partilha de dúvidas em grupo, permite o treino de capacidades no cuidado do recém-nascido. O projeto também tem uma componente formativa, contribuindo para a formação de Enfermeiros do Curso de Especialização de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e também do Curso de Licenciatura, promovendo o desenvolvimento de competências com vista ao exercício profissional. Integra a rede de estudos do projeto estruturante "A educação pré-natal do casal e assistência de enfermagem à família e recém-nascido no trabalho de parto" da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E).

A escolha deste local, para o desenvolvimento deste estudo, centrou-se na acessibilidade, uma vez que decorre na instituição de ensino onde se desenvolve o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e, sobretudo, porque já tivemos uma experiência de participação neste projeto de extensão durante o estágio da comunidade no 1º ano do curso.

As atividades do projeto decorrem no Pólo B da ESEnfC, sendo proporcionado espaços adequados ao desenvolvimento das atividades dos programas, especificamente laboratórios de práticas e salas de aulas, devidamente equipadas com materiais e equipamentos. De entre os espaços geralmente usados destacam-se: o Laboratório de Relaxamento (pisos -1) onde podem ser dinamizadas sessões dinâmicas com as grávidas/casais, utilizando colchões, bolas de pilates, simuladores, entre outros; o Laboratório Maria Repenico Dias (Enfermagem Materno-Infantil) (pisos 2), onde os casais poderão assistir a um parto simulado e aprenderem habilidades no cuidado ao recém-nascido preparando-se para o exercício do papel parental, com recurso a simuladores de alta fidelidade e outros equipamentos/materiais existentes. As condições de acessibilidade estão asseguradas, existindo facilidade de acesso ao parque de estacionamento, assim como elevador.

Atualmente, a equipa do projeto é composta por sete Professoras da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica,

Especialistas em ESMO, com dedicação parcial ao projeto. Podem ainda integrar o projeto, outras Enfermeiras Especialistas em ESMO externas, que colaboram parcialmente em algumas atividades, assim como estudantes dos cursos de mestrado em ESMO e licenciatura da ESEnfC.

Atualmente, o projeto oferece programas de PPP, programas de Adaptação à Parentalidade, Apoio e Aconselhamento em Aleitamento Materno, e Acompanhamento Haptonómico Pré e Pós-Natal. Existe formulário de inscrição, assim como controlo da assiduidade dos/as participantes, avaliação das expectativas iniciais e avaliação da satisfação. Ainda é solicitada autorização, para uso dos dados facultados para fins de investigação.

No que respeita aos programas de PPP, anualmente são oferecidos um a dois programas, sendo geralmente dinamizados em horário pós-laboral, para permitir a presença do pai/companheiro/a. Têm a duração média de duas horas, entre um a dois dias por semana, privilegiando-se as sessões presenciais. Contudo, recentemente, pela situação pandémica, têm sido dinamizadas sessões através de plataformas digitais e desenvolvidos materiais digitais educativos, facilitando o acesso à informação. Todas as atividades do projeto são gratuitas para os/as participantes, sendo financiadas pela ESEnfC.

Este projeto já foi reconhecido, pela WHO Regional Office for Europe, como um dos casos de boas práticas relacionadas com as áreas prioritárias da *Saúde 2020*, na sua publicação *European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals* (WHO, 2015).

1.2- PARTICIPANTES NO ESTUDO

Os/As participantes nesta investigação são grávidas/casais, homens e mulheres que frequentaram os programas de PPP do Projeto Terna Aventura da ESENC entre 2011 e 2018. Foram incluídos no estudo todos/as os/as participantes que constam no arquivo documental do Projeto Terna Aventura e que deram o seu consentimento informado, para que os seus dados pessoais pudessem ser usados para efeitos de investigação no âmbito do projeto. Desta forma, integraram no estudo 235 participantes, 119 mulheres e 116 homens; maioritariamente apresentavam idades compreendidas entre a faixa etária dos 28-34 anos, grau de escolaridade superior, com situação profissional de emprego, e residentes em Coimbra. Maioritariamente eram nulíparas com gravidez de baixo risco, frequentando consultas pré-natais em serviços de saúde públicos.

Participaram também no estudo, três casais e uma grávida (sete participantes), que se disponibilizaram para participar em entrevista semiestruturada, os quais haviam

participado nas atividades do projeto em 2014 (um casal), em 2015 (um casal), em 2016 (uma grávida), e em 2018 (um casal). Estes participantes foram contactados através do grupo fechado do *facebook* “Terna Aventura”, cujos membros foram participantes em programas de PPP do projeto, após informação sobre o estudo.

Não foram definidos o número de sujeitos a participar na entrevista, apenas integrando aqueles que se disponibilizaram. Por este motivo, os critérios de saturação poderão não ter sido alcançados, todavia verificam-se conceções, explicações e sentidos atribuídos pelos participantes que têm alguma regularidade na apresentação (Minayo, 2009).

Tendo em conta o método de seleção dos/das participantes e a natureza do tipo de estudo, os resultados não são passíveis de ser generalizados para a população, sendo apenas representativos da população estudada. Todavia, poderão ser válidos no contributo para a perceção de fenómenos semelhantes, ocorridos em contextos idênticos e para a realização de estudos posteriores.

1.3- COLHEITA DE DADOS

No sentido de dar resposta aos objetivos do estudo, foram usados métodos qualitativos e quantitativos na recolha de dados, especificamente a *pesquisa documental* e *entrevistas semiestruturadas* (atendendo à situação pandémica Covid-19, não foi possível realizar *focus group* tendo-se optado pela entrevista individual).

A investigação documental, compreende um meio não interativo de obter recolha de dados, na extensão da qual não há obrigatoriamente reciprocidade entre investigador e participantes. Investigando e analisando os registos e documentos, o investigador conseguirá delinear, de modo retrospectivo, um fio condutor na informação que recolhe, no sentido de rever os factos e de facultar prováveis interpretações aos mesmos, tratando depois a informação individualmente ou triangulando-a com dados de outras fontes, nomeadamente a entrevista (Vieira, 2011).

Foi realizada *pesquisa documental* para: a) identificar as expectativas iniciais, b) analisar a taxa de participação, c) descrever as características sociodemográficas e as características da gravidez, acedendo ao arquivo documental do projeto Terna Aventura, nomeadamente registos em documentos de inscrição e avaliação dos programas de PPP. Para a recolha destes dados foi elaborada uma grelha de registos. (ver Apêndice 3 e 4)

Esta recolha de dados decorreu nas instalações da ESEnfC, no período compreendido entre abril ao julho de 2019.

Para Amado (2014), a entrevista é uma forma vantajosa para compreender os seres humanos e para obter esclarecimentos nas mais diferentes extensões. Também é um

recurso de conduzir ‘clara informação’ do/a informante para o/a investigador/a, sendo um veículo de informação, detém pressupostos como emoções, influências interpessoais e outros que têm de ser ponderados, é também uma interlocução direcionada para fins reais.

Foram realizadas quatro *entrevistas semiestruturadas* para: conhecer os ganhos em saúde decorrentes da participação nos programas de PPP, através do relato da experiência vivida e significados atribuído à participação. Todas as entrevistas decorreram em dia e hora negociada com os/as participantes, nos dias 16 e 23 de janeiro e 13 de fevereiro de 2021, decorrendo maioritariamente às 15h no Sábado e/ou Domingo, usando a plataforma digital Colibri/Zoom devido à época de confinamento da pandemia Covid-19. As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos a uma hora.

Atendendo à inexperiência da investigadora, optou-se pelo recurso a um guião de entrevista (Apêndice 1) onde foi possível definir e registar, numa ordem lógica para o investigador, o fundamental do que se pretendia obter, embora na interação fosse dada autonomia de resposta ao/à entrevistado/a (Amado, 2014).

No primeiro contacto foram informadas as linhas gerais do trabalho de investigação a realizar, apresentada a investigadora, exposta a temática, relevância e objetivos do estudo, assegurando os princípios éticos inerentes à investigação, solicitando a colaboração da mulher/homem ou casal no intuito de efetuar uma abordagem direta e pessoal ao sujeito de forma a obter respostas sinceras e corretas, que traduzissem o mais fidedignamente possível, o seu ponto de vista, opiniões e sentimentos, relativamente à sua experiência em participar nos programas de PPP.

Fez-se uma primeira entrevista de ensaio que serviu como validação do guião, não tendo havido necessidade de proceder a alterações, mas verificámos a necessidade de controlar com maior rigor a conversação de modo a não induzir respostas. Procurou-se, portanto, empreender esforço no sentido de ajudar os/as participantes a responder, através do aprofundamento ou reformulação das questões. Procedeu-se à gravação das entrevistas através da plataforma digital usada, as quais depois foram preservadas em suporte áudio, informático e papel, para que o seu acesso fosse possível, quando necessário.

1.4- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Diversos são os requisitos éticos a seguir numa pesquisa de natureza qualitativa, como é o caso do estudo de caso (Amado, 2014), os quais não devem ser descuidados, de maneira a conservar o grau de exigência indispensável à credibilidade do estudo.

Vieira (2011) menciona que numa pesquisa desta natureza, vai ao encontro de duas questões de ética diferenciadas: uma está relacionada com o contacto entre investigador/a e os participantes investigados; a outra questão recai sobre diversos aspetos, particularmente, o risco do plágio, a propriedade intelectual e a provável criação de dados. Para a mesma autora, diversos são os motivos que estabelecem a relevância das questões éticas numa investigação qualitativa, porque: a) a pesquisa realizada pode provocar mal aos participantes envolvidos; b) a preferência deve ser empregada no bem-estar de quem é estudado; c) no percurso de uma pesquisa os entrevistados nunca deverão correr riscos superiores àqueles que teriam no seu cotidiano; d) o valor da questão de investigação deve ser relativizada; e) não devem ser usadas estratégias de investigação camufladas; f) os participantes abrangidos devem ser completamente esclarecidos dos propósitos do investigador e das intenções da investigação; g) os indivíduos abrangidos deverão dar a sua aprovação através de um consentimento informado; h) se por algum motivo algo tiver que ser ‘sacrificado’, nesse caso sacrifica-se a pesquisa e jamais os indivíduos envolvidos na pesquisa; i) o investigador tem por hábito ser um ‘instrumento vivo’ de recolha de dados, e em algumas investigações está presente no cotidiano de vida dos sujeitos que estuda; j) a investigação precisará ser orientada tendo em entendimento que os seus efeitos deverão colaborar de alguma forma para a beneficiação da vida dos indivíduos envolvidos.

Um dos princípios fundamentais determina que a pesquisa não deverá ser danosa para os participantes. O ponto crucial é a atenção do investigador perante riscos de prejuízos que podem lesar os sujeitos, mesmo do ponto de vista psicológico, pela sua participação na investigação em causa (Almeida & Freire, 2008). Para Vieira (2011), a preocupação do investigador não deverá estar envolta somente nos prejuízos dos seus participantes, mas também na produção relevante para o bem-estar das pessoas envolvidas. O senso de Justiça também deve estar presente, ao qual o tratamento entre os participantes deve ser num regime de igualdade, sobretudo no que se refere a distribuição de riscos e benefícios decorrentes.

Procurou-se desde início, garantir que estes princípios éticos estivessem presentes, pelo que foi pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E), da ESEnfC, que foi emitido como favorável a 03/04/2019 (Anexo 3).

O acesso ao local de estudo foi inicialmente negociado informalmente com a Coordenadora do projeto Terna Aventura, sendo à posteriori obtido através de um pedido de autorização, à Senhora Presidente da ESEnfC, o qual foi autorizado (Anexo 2).

A participação ocorreu voluntariamente e através de consentimento informado, pelo que no estudo apenas se incluiu os/as participantes nos programas que deram o seu consentimento prévio para uso dos dados em investigação no âmbito do projeto, assim como foi obtido o consentimento informado dos/das participantes para a entrevista (ver Apêndice 2). Foi facultada informação sobre os objetivos da investigação e da entrevista, sobre os seus direitos e deveres de cada uma das partes envolvidas (investigadora/participante) e à designação do estudo efetuado, como iria ser efetuado, sobretudo com a gravação áudio das entrevistas, sobre o anonimato e confidencialidade dos dados, de maneira que pudessem decidir quanto à sua participação, ou não. Foram informados de que, pela sua participação, não se esperavam danos para os próprios, e destacou-se os benefícios da investigação, que se associavam à importância de produzir indicadores que mostrem os resultados globais num período alargado do projeto, os quais poderão contribuir para as decisões futuras relativas ao projeto, assim como os resultados do estudo poderão no futuro ajudar na adequação de intervenções planeadas potenciando os ganhos em saúde. Todos/as os/as participantes na entrevista fizeram-no de forma voluntária, com conhecimento da possibilidade de abandono da participação no estudo em qualquer momento sem qualquer penalização, assim como tomaram conhecimento acerca da gratuitidade do estudo. O consentimento informado foi obtido através da aceitação em participar no estudo, depois de lida a informação sobre a investigação, antes de iniciar a entrevista. Foi enviada a folha de consentimento informado por meios digitais, a qual foi assinada e devolvida.

Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos/as participantes, não facultando a informação recolhida a terceiros que não estivessem envolvidos na investigação. Na recolha de dados documentais e na transcrição das entrevistas, os nomes dos/as participantes foram omitidos, bem como os nomes de outras pessoas ou locais referidos pelos participantes. Na apresentação e análise de dados, assim como na discussão, as unidades de registo são atribuídas, de forma codificada, aos participantes que as produziram usando nomes fictícios (Álvaro, Ana, Rosa, Patrício, Eva, Jacinto, Isabel).

Outro ponto fundamental do estudo é a veracidade da transcrição da entrevista, contando com a autenticidade com que se escrevem os resultados (Amado, 2009; Bogdan & Biklen, 1994), portanto, a particularidade mais relevante de um investigador deve ser a sua dedicação com a fidelidade aos dados que obtém, criar ou mudar dados revela a falta de respeito mortal de um cientista” (Bogdan & Biklen, 1994). Para Amado (2009), o que coloca sob prova a ética de investigador é como ele protege e utiliza os dados recolhidos da pesquisa. Assim, procurou-se apresentar os dados da forma mais

fidedigna possível, traduzindo verdadeiramente, o que foi pronunciado durante a entrevista ou encontrado transcrito a nível documental.

De modo a corresponder à constante no Regulamento de Proteção de Dados, todo o material recolhido para a investigação, desde os consentimentos informados, as grelhas de registo com informação documental, as gravações áudias, e as entrevistas transcritas, estão na posse da investigadora em local seguro inacessível a terceiros e serão destruídos após a conclusão do estudo.

1.5- PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise final de toda informação da recolha de dados, obtida através da pesquisa documental do arquivo do projeto Terna Aventura e entrevista aos/às participantes dos programas, ocorreu de acordo com a natureza dos dados existentes. No caso de dados quantitativos utilizou-se do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, apresentando-se os resultados de forma descritiva e em tabelas. Para análise dos dados qualitativos obtidos nas entrevistas, foi usada análise de conteúdo seguindo as orientações de Minayo (2009).

Depois da transcrição das entrevistas procedeu-se à sua leitura minuciosa e atenta, verificando a sua correspondência com o ficheiro áudio, e procedeu-se a análise de conteúdo temática, de acordo com as orientações de Minayo (2009), em que o conceito central é o tema, o qual é um feixe de relações que pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, ou um resumo.

Minayo (2009) destaca, como procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, utilizados a partir da perspetiva qualitativa, os quais devem ocorrer de forma sequencial: a *codificação*, a *categorização*, a *descrição*, a *inferência* e a *interpretação*.

Na fase de *categorização* o material deverá ser decomposto em partes - em que cada parte dependerá da unidade de registo (referem-se aos elementos obtidos através da decomposição do conteúdo da mensagem) e da unidade de contexto que é escolhida - distribuindo-as em categorias, e fazer uma descrição do resultado da categorização. Neste processo deverão ser considerados os seguintes princípios:

- Homogeneidade – cada categoria deve ser obtida a partir dos mesmos princípios utilizados para toda a categorização. Apesar de poder ser utilizado diferentes critérios de classificação do material a ser utilizado, o importante é que todo o conjunto de material analisado seja sujeito aos mesmos critérios.
- Exaustividade – as categorias devem dar conta de todo o conjunto do material a ser analisado.

- Exclusividade – um determinado aspeto do conteúdo do material a ser utilizado não pode ser classificado em mais de uma categoria.
- Objetividade – as categorias devem ser concretas, isto é, não devem ser expressas em termos abstratos que trazem muitos significados.
- Adequação – a categorização deve ser adaptada ao conteúdo e ao objetivo que se pretende alcançar.

Durante este processo foi importante a codificação das unidades de registo, de forma a indexar ou categorizar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas e/ou significados que se lhe relacionam. Desta forma, todo o texto que se refere à mesma coisa ou exemplifica a mesma coisa foi codificado com o mesmo código Gibbs (2009). De acordo com a análise efetuada, criou-se uma estrutura constituída por categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo.

PARTE 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1- SOBRE AS EXPECTATIVAS INICIAIS

No que respeita às expectativas face ao programa de PPP, das grávidas e seus companheiros, verificou-se que de forma global se centraram em quatro categorias: relacionadas com o “recém-nascido”, com a “gravidez”, com o “parto” e com o “pós-parto”.

No que se refere às *expectativas maternas* (Quadro 1) relacionadas com o *recém-nascido*, maioritariamente manifestaram a expectativa de aprender sobre os cuidados gerais necessários. Algumas grávidas especificaram que desejavam aprender sobre o banho/higiene do recém-nascido, sobre o sono e como acalmar o bebé, sobre questões relacionadas com a segurança, e sobre a preparação da chegada do bebé com a preparação do enxoval. Também referiram esperar aprofundar conhecimento sobre bem-estar do recém-nascido e seu desenvolvimento, assim como sobre estimulação neuro-sensorial. Relativamente à *gravidez*, maioritariamente referiram esperar adquirir auto-confiança/segurança e conseguir sentir-se tranquila e reduzir a ansiedade durante a gravidez. Pretendiam aprender sobre fisiologia da gravidez, e preparar-se para a gravidez e mudança. Também aprender exercícios para a gravidez e musculatura do pavimento pélvico, sobre desconfortos da gravidez e como solucionar problemas, e sobre gravidez saudável e manter peso. Relativamente ao *parto*, a maioria esperava preparar-se para esta experiência, aprender sobre técnicas de relaxamento e respiração que ajudassem durante o trabalho de parto, aprender sobre fisiologia do parto e como manter a tranquilidade, reduzir o medo e manter o auto-controlo, e sobre alívio da dor. Desmistificar crenças relacionadas com o parto, também era uma das expectativas de algumas grávidas. Com enfoque no *pós-parto*, referiram interesse em aprender sobre aleitamento materno, sobre recuperação pós-parto, sobre ligação afetiva com o seu bebé, conjugalidade e como manter a tranquilidade e auto-controlo.

Quadro 1 – Expectativas iniciais maternas relativamente ao programa de PPP

Categorias	Subcategorias	N
Recém-nascido	Aprender sobre cuidados gerais	33
	Aprender sobre banho/higiene	7
	Aprender sobre o sono	2

	Aprender a acalmar o bebé	2
	Segurança	2
	Bem-estar e desenvolvimento	2
	Estimulação neuro-sensorial	1
	Preparar chegada do bebé/enhoal	2
Gravidez	Adquirir autoconfiança/segurança	12
	Sentir-se tranquila e reduzir ansiedade	12
	Aprender sobre fisiologia da gravidez	11
	Preparar-se para a gravidez e mudança	8
	Aprender exercícios para a gravidez e musculatura pavimento pélvico	4
	Aprender sobre desconfortos e a solucionar problemas	3
	Aprender sobre gravidez saudável e manter peso	2
Parto	Preparar-se para o parto	34
	Aprender técnicas de relaxamento, respiração e que ajudem durante o trabalho de parto	27
	Aprender sobre fisiologia do parto	22
	Manter tranquilidade, redução do medo e autocontrolo	10
	Aprender sobre alívio da dor	5
	Desmistificar crenças	4
Pós-parto	Aprender sobre aleitamento materno	12
	Recuperação pós-parto	9
	Ligação afetiva mãe-bebé	6
	Conjugalidade	5
	Manter tranquilidade e autocontrolo	2

No que se refere às *expectativas paternas* (Quadro 2) relacionadas com o *recém-nascido*, verificou-se que não diferem muito das expectativas maternas. Maioritariamente, os pais desejavam aprender sobre cuidados gerais ao seu filho, sobre banho/higiene e sobre como vesti-lo. Também revelaram expectativas de aprender sobre bem-estar e saúde do bebé, sobre choro e segurança. Relativamente à *gravidez*, a maioria pretendia aprender sobre fisiologia da gravidez, para apoiar a sua

companheira e ajudá-la a minimizar desconfortos. Ser participativo durante a gravidez, desmistificar crenças e reduzir a ansiedade durante a fase de gravidez, foram também algumas das expectativas identificadas. Com enfoque no *parto*, pretendiam informar-se e preparar-se para ajudar a sua companheira, aprender técnicas de relaxamento, respiração para a ajudar durante o trabalho de parto, ajudá-la nos momentos de desconforto, dor e stresse, e ainda desmistificar crenças relacionadas com o parto. Relativamente ao período *pós-parto*, mantiveram a expectativa de se informarem e prepararem para ajudar a companheira, aprender sobre aleitamento materno, e reduzir o medo de ser pai pela primeira vez. A conjugalidade, ligação afetiva com o seu filho e sobre a gestão familiar, foram também algumas das expectativas referidas pelos pais participantes.

Quadro 2 – Expectativas iniciais paternas relativamente ao programa de PPP

Categorias	Subcategorias	N
Recém-nascido	Aprender sobre cuidados gerais	16
	Aprender sobre banho/higiene	9
	Aprender como vestir	4
	Bem-estar e saúde do bebé	4
	Aprender sobre choro do bebé	2
	Segurança do bebé	1
Gravidez	Aprender sobre fisiologia da gravidez	6
	Aprender como ajudar a minimizar desconfortos da gravidez	3
	Como dar apoio à grávida	3
	Ser participativo na gravidez	1
	Desmistificar crenças com a gravidez	1
	Reduzir ansiedade e nervosismo	1
Parto	Informar-se e preparar-se sobre o parto para ajudar a companheira	19
	Aprender sobre fisiologia do parto	5
	Aprender técnicas de relaxamento, respiração e que ajudem durante o TP	3
	Ajudar no desconforto, dor e stresse	3
	Desmistificar crenças	1

Pós-parto	Informar-se e prepara-se sobre o pós-parto para ajudar a companheira	8
	Aprender sobre aleitamento materno	4
	Reduzir o medo de ser pai pela primeira vez	9
	Conjugalidade	8
	Ligação afetiva pai-bebé	3
	Gestão familiar	1

As expetativas, dos homens e mulheres participantes neste estudo, assemelharam-se às que foram encontradas em outros estudos evidenciando expetativas comuns e individuais de acordo com a experiência que cada um desejava ou esperava viver. Relativamente aos homens, o estudo de Pousa (2012) também evidenciou que, as principais expetativas que os pais têm em relação às sessões de PPP são a aquisição de informação, conhecimento e o apoio dos profissionais, no sentido de os auxiliarem a entender qual o seu papel e de como conseguiriam auxiliar a companheira durante o trabalho de parto e parto. Os pais revelaram ter expetativas e curiosidade em relação ao seu papel durante o trabalho de parto, manifestando cada vez mais interesse em estarem presentes neste momento, apresentando-se cada vez mais participativos e envolvidos nas sessões de PPP. Os pais revelam a importância que estas sessões têm para si e para a mulher, considerando-as vantajosas e essenciais para o seu desempenho e, em alguns casos, para o auxiliar na decisão de assistir ou não ao trabalho de parto.

De acordo com a autora Gonsalves (2017), a dor é a fonte dos medos e preocupações dos casais, nomeadamente a falta de conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto e de como a equipa irá atuar nessa altura. Por outro lado, a gravidez e o nascimento, do filho, colaboram como uma fase de transformações para a mulher e o homem, com modificações e incertezas que seguem o domínio de novos papéis e obrigações antes inexistentes, incluindo-se as referidas com os filhos, com a casa e com os demais membros da família. Pode-se perceber uma diferença entre as expectativas das mães sobre os filhos, e as expectativas dos pais, o amor nas duas vertentes, a mãe reflexiona vivenciar o momento, o pai toma noção da realidade de ser pai e preocupa-se com o futuro, na gestão da família e da criação do filho. No que respeita à convivência conjugal, a maioria dos casais a vivenciar essa fase, esperam encontrar alegrias e o desejo de convívio harmonioso. Para outros, intensifica os desentendimentos, muito deles relacionados com o medo. A preocupação e receio dos casais, seja no instante

do parto ou na parentalidade, reduzem após o nascimento do filho, depois de tudo ter corrido bem.

Num outro estudo de Morgado, Pacheco, Belém e Nogueira (2012), as grávidas que frequentaram a PPP em comparação com as que não fizeram PPP, mostraram menos preocupações com a saúde e consequências adversas do parto, planeando e preparando-se para o parto de forma mais positiva. Revelaram esperar adquirirem mais formação sobre alívio da dor durante o trabalho de parto, sobretudo sobre anestesia epidural e treinar métodos de respiração e relaxamento, de modo a sentirem-se preparadas para o momento. Também apresentaram expectativas mais positivas quanto aos cuidados com o bebé e relação com o companheiro, acreditando que seriam capazes de cuidar do seu filho, prontamente a seguir ao parto.

2- PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS E MULHERES

Conforme exposto na tabela 1, foi realizada a análise da taxa de participação dos casais nas sessões do curso de PPP do Projeto Terna Aventura, sendo possível constatar que no ano de 2011, no primeiro programa as grávidas apresentaram uma taxa média de participação de 9,4% em confronto com o companheiro que obteve uma taxa média de 6% participadas. Já no segundo programa do ano de 2011, a grávida compareceu a uma taxa média de 8,6%, enquanto o companheiro 6,5%.

No ano de 2012, no qual funcionou um único programa de PPP, a taxa média de participação das grávidas foi de 10,2%, e dos companheiros de 6,5%.

No ano de 2014, que contou com dois programas de PPP, no primeiro programa registou-se uma taxa média de participação de grávidas de 10,8%, e do seu companheiro de 7%. No segundo programa, registou-se uma taxa média de 6,2% na participação de grávidas, e uma taxa média de 5,1% na participação dos companheiros.

No ano de 2015, que também contou com dois programas de PPP, no primeiro programa registou-se uma taxa média de 5,9% na participação de grávidas, e o seu companheiro de 4,5%. No segundo programa foi registada uma taxa média de 7,6% na participação das grávidas, e uma taxa média de 6,5% na participação dos companheiros.

No ano de 2016, também contou com dois programas de PPP, todavia, os registos de presença do segundo programa foram extraviados e se perderam do arquivo. No primeiro programa, a participação das grávidas foi em média de 6,5% e os companheiros de 4,1%.

No ano de 2017 apenas foi realizado um único programa de PPP, onde se verificou que a participação das grávidas foi em média de 6,3% e os companheiros de 4,5%.

No ano de 2018 foram realizados dois programas de PPP, em que foi registado no primeiro programa uma taxa média de participação das grávidas de 7,7%, e dos companheiros de 6,4%. Já no segundo programa, a participação das grávidas foi em média de 6,7% e dos companheiros de 4%.

Os dados nos mostram que, no elo temporal do estudo (2011 a 2018), que são as grávidas que maioritariamente participaram mais nos programas de PPP, quando

comparadas aos seus companheiros. Podemos também constatar que, foi no ano de 2012 que os companheiros obtiveram maior taxa de participação, quando comparado aos outros anos, assim como foi no segundo programa do ano de 2018 que obtiveram menos participação.

Após esta interpretação pode-se constatar que se torna importante a maior estimulação para a participação dos homens nas aulas de Preparação para o Parto e parentalidade, eludindo que o mesmo é sujeito crucial e trás benefícios fundamentais para o sucesso da gravidez, parto e pós-parto e cuidados ao recém-nascido.

Tabela 1- Taxa de participação dos casais nas sessões

Taxa de participação dos casais nas sessões		Grávidas	Pai/ Companheiro
2011	Programa 1	Mini - 4 Máx – 14 Média: +/- 9,4 sessões	Mini - 0 Máx – 9 Média: 6 sessões
	Programa 2	Mini - 5 Máx – 11 Média: +/- 8,6 sessões	Mini - 4 Máx – 14 Média: +/- 6,5 sessões
2012	Programa	Mini - 7 Máx – 16 Média: +/- 10,2 sessões	Mini - 0 Máx – 11 Média: +/- 8,7 sessões
2014	Programa 1	Mini - 6 Máx – 18 Média: +/- 10,8 sessões	Mini - 5 Máx – 10 Média: 7 sessões
	Programa 2	Mini - 3 Máx – 11 Média: +/- 6,2 sessões	Mini - 2 Máx – 11 Média: +/- 5,1 sessões
2015	Programa 1	Mini - 3 Máx – 9 Média: +/- 5,9 sessões	Mini - 0 Máx – 8 Média: +/- 4,5 sessões
	Programa 2	Mini - 3 Máx – 14	Mini - 0 Máx – 14

		Média: +/- 7,6 sessões	Média: +/- 6,5 sessões
2016	Programa 1	Mini - 1 Máx – 11 Média: +/- 6,5 sessões	Mini - 0 Máx – 10 Média: +/- 4,1 sessões
	Programa 2	Sem folha de frequência.	Sem folha de frequência
2017	Programa	Mini - 2 Máx – 14 Média: +/- 6,3 sessões	Mini - 1 Máx – 14 Média: +/- 4,5 sessões
2018	Programa 1	Mini - 5 Máx – 14 Média: +/- 7,7 sessões	Mini - 0 Máx – 14 Média: +/- 6,4 sessões
	Programa 2	Mini - 2 Máx – 12 Média: +/- 6,7 sessões	Mini - 0 Máx – 9 Média: 4 sessões

3- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Para analisarmos ao pormenor as características sociodemográficas dos participantes do Projeto Terna Aventura da ESEnfC, foi investigado dados como grupo etário, escolaridade, situação profissional, número de filhos e residência.

De acordo com a distribuição dos participantes em função do grupo etário que consta na tabela 2, podemos constatar que a idade predominante ronda dos 28 a 34 anos de idade, tendo mulheres a 53,8% e homens a 51,7%. Podemos também constatar que o grupo etário de maiores de 42 anos de idade representa uma menor predominância contando com as mulheres a 1,7% e os homens a 3,5%.

Tabela 2- Distribuição dos participantes em função do grupo etário

Grupo Etário	Mulheres	Homens
	(N) %	(N) %
21 - 27 anos	(18) 15,1%	(13) 11,2%
28 - 34 anos	(64) 53,8%	(60) 51,7%
35 – 41 anos	(35) 29,4%	(39) 33,6%
≥ 42 anos	(2) 1,7%	(4) 3,5%
Total	(119) 100,0%	(116) 100,0%

No que diz respeito a distribuição dos participantes em função da escolaridade com exposta na tabela 3, pode-se considerar que a mulher apresenta uma escolaridade a nível do ensino básico (9º ano) de 2,5% enquanto o homem apresenta um percentual de 5,2%. Quando comparados no ensino secundário (12ºano), a mulher apresenta 19,5% e o homem 32,2%. No ensino superior, com o curso de Bacharelato ou Licenciatura, a mulher apresenta um percentual de 44,1% e o homem de 38,3%. Nos cursos de Pós-Licenciatura e Mestrado as mulheres apresentam um percentual de 29,7% e os homens de 17,4%. Nos cursos de Doutoramento, a mulher apresenta um percentual de 4,2% e os homens de 4,3%. Dando-nos uma representatividade que as mulheres apresentam um maior percentual no ensino superior quando comparadas aos homens.

Tabela 3- Distribuição dos participantes em função da escolaridade

Escolaridade	Mulheres	Homens
	(N) %	(N) %
Ensino Básico		
9º ano	(3) 2,5%	(6) 5,2%
Ensino Secundário		
11º ano	---	(3) 2,6%
12º ano	(23) 19,5%	(37) 32,2%
Ensino Superior		
Bacharelato/Licenciatura	(52) 44,1%	(44) 38,3%
Pós-Licenciatura/Mestrado	(35) 29,7%	(20) 17,4%
Doutoramento	(5) 4,2%	(5) 4,3%
Total	(118) 100,0%	(115) 100,0%

Em consideração a distribuição dos participantes em função da situação profissional como representado na tabela 4, maioritariamente tanto o homem e a mulher encontram-se empregados, a mulher com um percentual de 95,7% e o homem 98,2%. A análise também contou com um percentual de participantes que encontravam-se numa fase de estudos, a mulher com 0,8% e o homem com 0,9%.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função da situação profissional

Situação profissional	Mulheres	Homens
	(N) %	(N) %
Empregada(o)	(110) 95,7%	(109) 98,2%
Desempregada(o)	(4) 3,5%	(1) 0,9%

Estudante	(1) 0,8%	(1) 0,9%
Total	(115) 100,0%	(111) 100,0%

De acordo com a distribuição dos participantes em função do número de filhos representados na tabela 5, a grande maioria ainda não são pais, ambos mulher e homem contam com um percentual de 90%, casais com um filho contam com um percentual de 9,2% e com dois filhos um percentual de 0,8%.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função do nº de filhos

Nº de filhos	Mulheres	Homens
	(N) %	(N) %
0	(107) 90,0%	(107) 90,0%
1	(11) 9,2%	(1) 9,2%
2	(1) 0,8%	(1) 0,8%
Total	(119) 100,0%	(119) 100,0%

De acordo com a análise da distribuição dos participantes em função do local de residência (tabela 6), apresenta uma grande diversidade de participantes advindo de localidades próximas a Coimbra, mas maioritariamente residem em Coimbra, contando para ambos, mulher e homem com um percentual de 86,7%. Seguidos de residirem em Penela com percentual de 5,1%, Mealhada com percentual de 2,5%, Condeixa com um percentual de 1,7%, Lousã com um percentual de 0,8%, Cantanhede com um percentual de 0,8%, Montemor-o-Velho com percentual de 0,8%, pombal com percentual de 0,8% e Semide com um percentual de 0,8%.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes em função do local de residência

Local de residência	Mulheres/Homens
	(N) %

Coimbra	(103) 86,7%
Cantanhede	(1) 0,8%
Condeixa	(2) 1,7%
Lousã	(1) 0,8%
Mealhada	(3) 2,5%
Montemor-O-Velho	(1) 0,8%
Penela	(6) 5,1%
Pombal	(1) 0,8%
Semide	(1) 0,8%
Total	(119) 100,0%

4- CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ

No contexto desta investigação, foi analisado as características da gravidez das participantes, recorrendo a dados em função da gestação, paridade, início da vigilância pré-natal, grau de risco, fator de risco, idade gestacional quando iniciaram a participação no programa e idade gestacional quando terminaram a participação no programa.

Como consta na tabela 7, referente a distribuição das participantes em função da gestação, podemos verificar que a maioria das mulheres estiveram grávidas pela primeira vez durante a sua participação no programa, contando com uma percentagem de 73,5%, seguidos de grávidas pela segunda vez com 19,5% e terceira vez com percentual de 7,0%.

Tabela 7 – Distribuição das participantes em função da gestação

Gesta	N	%
1	83	73,5%
2	22	19,5%
3	8	7,0%
Total	113	100,0%

De acordo com a tabela 8, 90,3% das mulheres estiveram grávidas do primeiro filho, 8,8% estiveram grávidas do segundo e 0,9% estiveram grávidas do terceiro. Demonstrando que maioritariamente no curso, frequentaram maioritariamente mulheres grávidas pela primeira vez.

Tabela 8 – Distribuição das participantes em função da paridade

Para	N	%
0	102	90,3%
1	10	8,8%

2	1	0,9%
Total	113	100,0%

De acordo com a tabela 9 que traduz a distribuição das participantes em função do início da vigilância pré-natal, demonstra que 53,6% das participantes iniciaram a sua vigilância entre as 5 a 8 semanas de gestação, sendo a maioria, seguidas das grávidas que iniciaram a vigilância com menos de 4 semanas contando com um percentual de 26,8% e mais de 9 semanas com um percentual de 19,6%.

Tabela 9 – Distribuição das participantes em função do início da vigilância pré-natal

Início da vigilância pré-natal	N	%
≤ 4 semanas gestação	26	26,8%
Entre as 5 – 8 semanas gestação	52	53,6%
≥ 9 semanas gestação	19	19,6%
Total	97	100,0%

No que se refere ao local da vigilância pré-natal, como consta na tabela 10, a grande maioria das grávidas foram seguidas no serviço público, contando com um percentual de 82,8%, seguido de grávidas que foram seguidas apenas no serviço privado com percentual de 10,3% e por último, grávidas que foram seguidas tanto no serviço privado quanto no público, com um percentual de 6,9%.

Tabela 10 – Distribuição das participantes em função do local da vigilância pré-natal

Local da vigilância pré-natal	N	%
Apenas no privado	12	10,3%
No privado e público	8	6,9%
Apenas no público	96	82,8%

Total	116	100,0%
--------------	-----	--------

De acordo com a distribuição das participantes (tabela 11) consoante a função de risco, a grande maioria das grávidas que frequentaram os programas de Preparação para o Parto e Parentalidade encontravam-se em situação de baixo risco, apresentando um percentual de 67,0% seguido do risco médio com um percentual de 30,7% e alto risco com um percentual de 2,3%.

Tabela 11 – Distribuição das participantes em função do grau de risco

Grau de Risco	N	%
Baixo risco (0-2)	59	67,0%
Médio risco (3-6)	27	30,7%
Alto risco (≥ 7)	2	2,3%
Total	88	100,0%

Em relação as grávidas que frequentaram os programas de Preparação para o Parto e Parentalidade durante o recorte temporal do estudo em vigor, de acordo com o que demonstra a tabela, 91,7% das grávidas apresentavam fator de risco relacionado a paridade, 83,3% apresentavam fator de risco consoante a idade, 15,5% apresentavam fator de risco por terem diabetes gestacional, 7,1% por anemia, 3,6% por doença cardíaca, 3,6% por infeção urinária, 2,4% por hipertensão arterial, 1,2% por restrição do crescimento intrauterino e 1,2% por infertilidade (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das participantes em função do fator de risco

Fator de Risco	N	%
Paridade	77	91,7%
Idade	70	83,3%
Diabetes gestacional	13	15,5%
Anemia	6	7,1%
Doença cardíaca	3	3,6%

Infeção urinária	3	3,6%
HTA	2	2,4%
RCIU	1	1,2%
Infertilidade	1	1,2%
Cesariana anterior	1	1,2%
Gravidez gemelar	1	1,2%
Outras perturbações clínicas	8	9,5%

De acordo com a distribuição das participantes em função da idade gestacional que iniciaram a participação no programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, maioritariamente iniciaram entre as 28 – 32 semanas, contando com um percentual de 52,5%, seguidos das grávidas que iniciaram com menos de 27 semanas com um percentual de 34,8% e seguidos de grávidas que iniciaram com mais de 33 semanas com 12,7% (tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das participantes em função da idade gestacional quando iniciaram a participação no programa.

Idade Gestacional	N	%
≤ 27 semanas	41	34,8%
Entre as 28 – 32 semanas	62	52,5%
≥ 33 semanas	15	12,7%
Total	118	100,0%

Consoante a tabela 14 que retrata as participantes em função da idade gestacional quando terminaram a participação no programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, 77,9% das grávidas terminaram a sua participação entre 34 – 39 semanas, 15,9% terminaram com menos de 33 semanas e 6,2% terminaram a sua participação com mais de 40 semanas de gestação.

Tabela 14 – Distribuição das participantes em função da idade gestacional quando terminaram a participação no programa.

Idade Gestacional	N	%
≤ 33 semanas	18	15,9%
34 – 39 semanas	88	77,9%
≥ 40 semanas	7	6,2%
Total	113	100,0%

5- GANHOS EM SAÚDE DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS DE PPP

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos referentes aos ganhos em saúde, de acordo com os procedimentos de análise dos dados qualitativos descritos anteriormente. Da análise de conteúdo das entrevistas, definiram-se quatro áreas temáticas e que caracterizam os ganhos em saúde dos/das participantes no estudo.

Contributos na gravidez (Figura 1)

Contributos no parto (Figura 2)

Contributos no papel parental (Figura 3)

Contributos na conjugalidade (Figura 4)

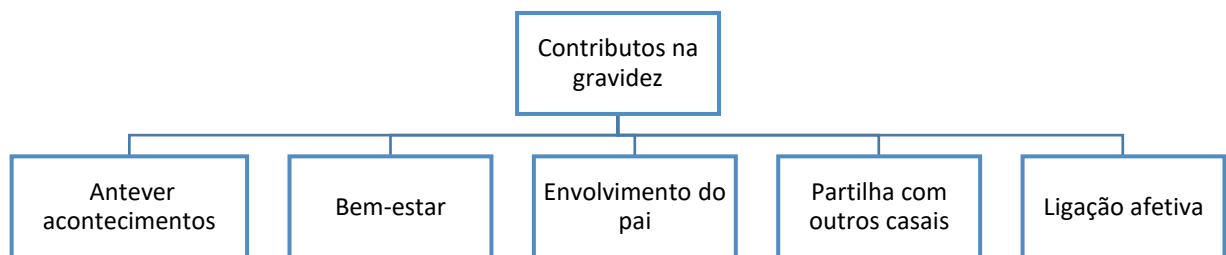


Figura 1 - Contributos na gravidez

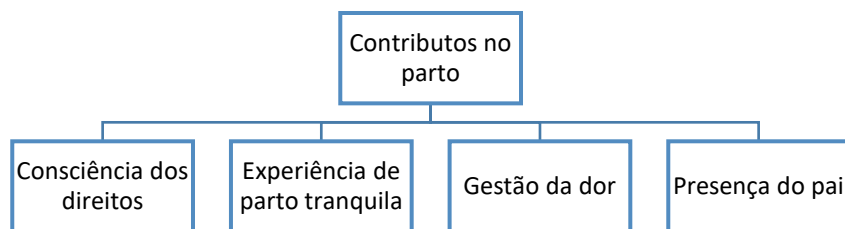


Figura 17 - Contributos no parto

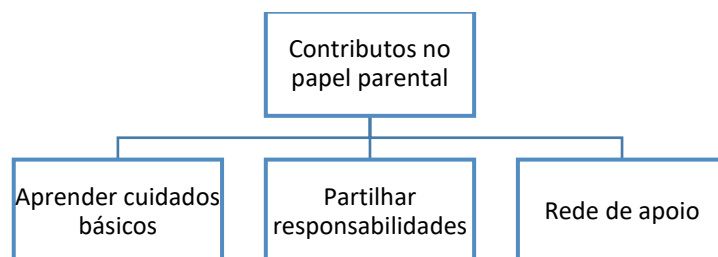


Figura 56 – Contributos no papel parental

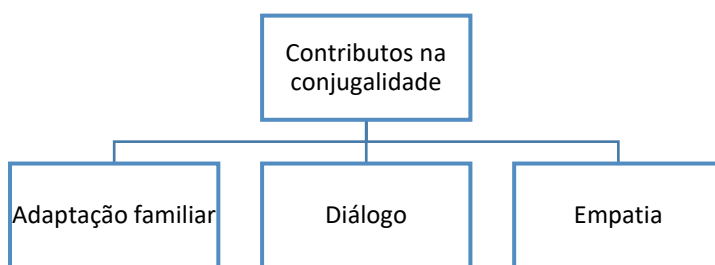


Figura 4 – Contributos na conjugalidade

5.1- CONTRIBUTOS NA GRAVIDEZ

Os contributos na gravidez e parto, decorrentes da participação nos programas de PPP, emergiram com enfoque no antever acontecimentos, no bem-estar, no envolvimento do pai, na partilha com outros casais, na ligação afetiva criada ao longo do programa, tal como exposto na Figura 1.

- **Antever acontecimentos**

No discurso dos/das participantes, sobressaiu a importância que o programa de PPP teve no **antever acontecimentos** que permitiu maior **segurança** às/aos participantes, na medida em que tiveram acesso a informação sobre o que era esperado acontecer na gravidez:

“Pra mim a gravidez foi muito mais fácil (...), eu não trazia cá nada e por isso foi mais fácil não é!? Deu-nos muita segurança em todas as fases do processo, porque estamos a antever uma série de acontecimentos.” (Álvaro)

“Ajudou-nos no que era esperado acontecer durante a gravidez e parto.” (Eva)

“Eu acho que daquilo que me lembro, na altura, primeiro é tudo novo, vamos para um mundo desconhecido, o facto de ter o feedback de alguém que passou pelo assunto, conhecedora da matéria que nos possa a dar algumas luzes do que vamos passar, tendo em conta que estamos sozinhos e a nossa família é de longe, nos ajudou.” (Patrício)

Por outro lado, emergiu nos discursos que esta antevisão dos acontecimentos conduziu a uma maior **compreensão** dos mesmos, ajudando o casal a desmistificar situações e a tomar consciência dos acontecimentos:

“Contribuiu para que o parto e a gravidez corressem bem (...)Tive uma clara noção de tudo que estava a passar, os desconfortos da gravidez, tinha acesso a toda a informação

para compreender o que estava a se passar comigo e isso me contribuiu bastante.”
(Ana)

“Na parte da amamentação é o que muito queria fazer, quando percebi que não era um mar de rosas, saber os custos envolvidos, o que representa para o bebé, como se guarda, como se tira, a livre demanda, isso nos transmite tudo para pós-parto, desmistificar um pouco e objetivar tudo aquilo que ouvimos e compreender mais um pouco. É uma das sessões que mais me marcou, vocês tinham bebés, mamilos costurados, um momento que peguei no bebé e pensei, nossa vou ser mesmo mãe!”
(Isabel)

“Ajudou para estarmos em sintonia com as coisas, quando o pai não estar presente o pai perde conhecimento do que vai acontecer e perde-se a sintonia, depois do nascimento do nosso filho, no momento que acontecia algo compreendíamos juntos o que estava a passar!” (Eva)

Desta forma, alguns dos/das participantes consideraram que esta previsibilidade dos acontecimentos, lhes permitiu **saber agir** em algumas situações:

“Saber o que vai acontecer e ter estes cenários presentes, e percorrer a todos de forma a saber como agir, dá-nos grande confiança e segurança, isso é fundamental, pois depois fazemos tudo naturalmente (...). Em termos gerais, previsibilidade é o mais importante, ter uma noção do que vai acontecer e prever as ações que vão se passar e agir, as várias sessões nos deram isso. E só para mim isso já foi importante.” (Álvaro)

“Eu vou guardar para sempre um momento em particular em que eu pensei que se eu não estivesse naquelas aulas tinha corrido muito mal. Eu comecei com muito comichão no fim da gestação, fazia as 40 semanas na altura, como fui avisada nas sessões eu me dirigi para a maternidade e chegando lá me mandaram logo fazer análises e estava com colestase gravídica e foi aí que então decidiram induzir o meu parto.” (Rosa)

- **Bem-estar**

Os/As participantes referiram também que a participação nos PPP lhes ajudou a viver a gravidez com maior **bem-estar**, sobretudo porque sentiram **redução da ansiedade e stresse**:

“Foi bastante útil, bom ter essas iniciativas, ajudou-me a estar numa maternidade mais tranquila com menos ansiedade. Não queria perder nenhuma aula.” (Eva)

“Ajudou a reduzir e diminuir o estresse do desconhecido. (...) Ajudou-me a gerir expectativas, conhecer o desconhecido através das perspetivas dos profissionais de saúde que me ajudou a gerir a ansiedade. (...) Recordo-me de uma das sessões com

relaxamento, onde até pensei em minha falecida mãe, com momento relaxante e tranquilizante que me deixou bem com a situação.” (Rosa)

“Durante a gravidez, penso que a informação torna as pessoas mais tranquilas, permitiu-me viver a gravidez de uma forma mais tranquila, principalmente quando se é a primeira, nós temos dúvidas que nem sabíamos que tínhamos, além de abstrair porque a gravidez pelo menos para mim é vivida com ansiedade, criar ferramentas para estar mais tranquila.” (Isabel)

- **Envolvimento do pai**

No discurso dos/das participantes emergiu que, pela participação no programa de PPP, ocorreu maior **envolvimento do pai** associada a dinâmicas que facilitavam este envolvimento:

“Na questão do pai, há aqui dois ou três aspetos muito importantes, as vezes o pai não é considerado como estando grávido, ou seja a grávida somos nós e centra-se muito ali, é o parto porque dói muito, mas nas aulas de preparação para o parto, havia preocupação com o pai, por exemplo, as aulas eram presenciais e os pais tinham acesso a uma barriga para que pudessem perceber o que era carregar aquele peso durante os nove meses, o pai era convidado a ajudar a mãe nos exercícios, ou seja, havia sempre uma preocupação em envolver o pai para que ele não estivesse ali só a fazer companhia ou fosse só um acessório, o pai era considerado como uma parte envolvente, eu acho que isso é muito importante para o homem, porque ele não tem uma compreensão emocional do que a mulher passa, tem uma racional, mas se tiver essa noção emocional, já é muito bom.” (Ana)

“Sendo pais de primeira viagem, todas as contribuições são fundamentais! Estou a lembrar das aulas de respiração, relaxamento, os pais que colocaram a barriga postiça para sentirem o peso, a mala da maternidade.” (Rosa)

“A mãe passa pela angústia e nós passamos pela angústia dela, que é pior ainda. (...) quando se vai para a maternidade, quando se fala, fala-se para a mãe, o pai simplesmente esta lá.” (Álvaro)

- **Partilha com outros casais**

Os momentos de **partilha com outros casais** foram apreciados e considerados muito importantes, para que se sentissem mais confiantes:

“Depois era a questão social, ver que não estava sozinha, os sintomas que tenho as outras pessoas também, fiz amigos para a vida inteira.” (Isabel)

“A partilha de conhecimento com casais também eles inexperientes, foi muito importante, porque vimos que os medos em relação a maternidade não eram só nossos. Lembro-me de perguntar a um casal sobre a questão das visitas ao recém-nascido, e nos informou que passaram por situações de invasão de privacidade e bastante complicadas.” (Rosa)

“Houve uma aula que tivemos um casal que foi dar o seu contributo, isso foi positivo, ouvir o quem estava a passar pelo que íamos passar pelos próximos meses, é tudo novo mas foi um contributo que vai nos dando uma luz do que vamos passar e isso é sempre importante. (...) Tivemos partilhas importantes de outros casais que nos deixou mais confiantes, e nos ajudaram nas dificuldades, na amamentação por exemplo.” (Patrício)

- **Ligação afetiva**

Nos discursos emergiu que a participação no programa de PPP, foi uma experiência importante no que respeita à **ligação afetiva** que se gerou entre participantes e que deixou recordações positivas:

“(...) o nascimento do meu filho foi um dos acontecimentos mais importantes da minha vida, extraordinário e fora de série e todas as pessoas que tiveram comigo durante o processo de gravidez e nascimento tem um lugar importante no meu coração, por que testemunharam, até a sala em que estive causa uma sensação mágica em mim, eu não sei explicar ao certo, mas sei que aconteceu comigo uma revolução emocional, sei que aquelas pessoas que lá estiveram ainda me tocam, aquele espaço toca-me, tenho um carinho enorme por todos, pelos outros pais que as vezes vou encontrando, e ocupam um lugar especial. Não consigo exemplificar quais foram as sessões, acho que foi a vivência em si de todo o processo. Tudo o que aconteceu no projeto Terna Aventura que me impactou.” (Ana)

“Não sei se todas as pessoas passaram pelo projeto Terna Aventura sentiram o mesmo que nós, foi um feliz acaso do universo juntar aquelas pessoas naquele curso, porque foi muito importante naquela altura e trouxe pessoas eternas para nossas vidas.” (Rosa)

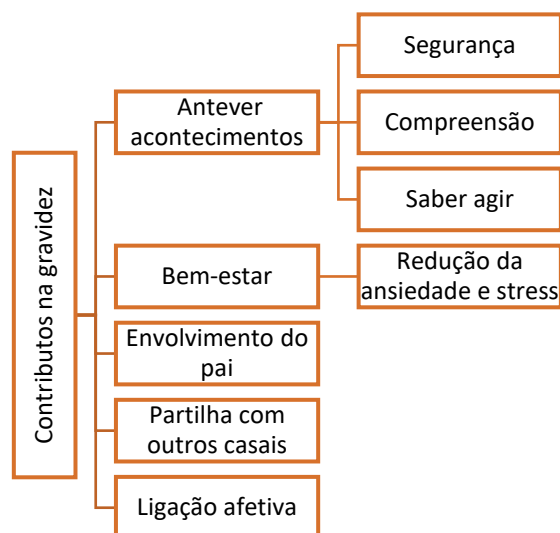


Figura 148– Representação esquemática geral dos contributos na gravidez

Apesar de não serem generalizáveis, os contributos na gravidez que emergiram no estudo, já foram referidos por outros autores, nomeadamente por Frias, Ressurreição, Lobão & Rodrigues (2021), os quais referiram que as ações de formação de PPP dirigida aos casais grávidos, são um meio de transmissão de informação que promove uma oportunidade de antever os acontecimentos da gravidez e parto, com a realização prévia de exercícios físicos específicos que permitem enfrentar este acontecimento transcendental com uma atitude positiva e em ótimas condições.

Também Silva (2013), nos resultados de sua investigação, mostraram que a participação dos casais nas aulas de PPP reduz os níveis de ansiedade e depressão e promove o bem-estar na vivência de maternidade.

No que diz respeito ao envolvimento do pai nas sessões de PPP, Pousa (2012) em sua investigação, refere que os pais têm grande preocupação e vontade de conhecer o seu papel enquanto apoiante da mulher, durante a gravidez e trabalho de parto, os quais têm vindo a demonstrar interesse em estar presentes neste momento, assim como mais comprometidos e envolvidos nas sessões formativas de PPP.

Os receios e as dúvidas são numerosos para os casais grávidos, assim torna-se benéfico promover oportunidades de partilha com outros casais e com profissionais qualificados, investindo nos bons resultados futuros, auxiliando na autonomia e proporcionando experiências mais enriquecedoras. A dinâmica verbal, a reflexão e a obtenção de informação científica colaboram para a diminuição dos medos e naturalmente para o alívio da ansiedade referente à gravidez (Silva, 2015).

5.2- CONTRIBUTOS NO PARTO

Os contributos no parto, decorrentes da participação nos programas de PPP, emergiram com enfoque na consciência dos direitos, no parto tranquilo, na gestão da dor, e na presença do pai, tal como exposto na Figura 2.

- **Consciência dos direitos**

Na perspetiva dos/das participantes, ter participado no programa de PPP, permitiu que tivessem **consciência dos direitos** pela possibilidade que lhes foi dada de elaborar o seu **plano de parto**:

“(...) o plano de parto, nós optamos em fazer, mas não o entregamos, foi importante fazer, mas sentimos que existiu uma boa relação entre os profissionais da maternidade.”
(Rosa)

“Mas estávamos conscientes dos nossos direitos e do que queríamos, mas optamos por não entregar o plano de parto.” (Patrício)

- **Experiência de parto tranquila**

Os/As participantes referiram também que estarem preparados permitiu sentirem-se mais seguros e terem uma **experiência de parto tranquila**,

“Eu acho que fui muito bem preparada para o parto, correu tudo bem e eu tinha a clara noção do que estava ali a acontecer, portanto isso, permitiu ter um parto pacífico, eu acho que é importante estarmos tranquilas com calma e a perceber sobre o que ali vai acontecer. Senti que estava a ser ajudada em todos os momentos, estava a perceber tudo que estava a acontecer, sabia mais ou menos quanto tempo faltava para a criança nascer, senti o princípio das dores, para mim ajudou-me imenso.” (Ana)

“Arrebentaram as águas, estava a ir constantemente à casa de banho, fiquei com uma hemorroida. Tudo isso foram coisas que foram faladas nas aulas dos tempos do trabalho de parto, do que pode acontecer e que nem sempre seriam as mil maravilhas, apesar de estar a passar pela primeira vez pela experiência, não foi propriamente ao desconhecido, porque foi tudo muito bem falado e abordado nas sessões.” (Rosa)

“Deu-nos a noção de previsibilidade, não só no sentido do momento, mas para sabermos o que vai acontecer e nos sentirmos em segurança. Tudo pode acontecer, podem se ter várias variantes, mas nós sabemos todos os caminhos, todos os cenários.”
(Álvaro)

- **Gestão da dor**

A **gestão da dor** durante o trabalho de parto, foi um ganho obtido pela participação no programa de PPP, considerado por algumas das participantes, sobretudo através dos **exercícios respiratórios** que aprenderam:

“No parto, na questão dos exercícios de respiração e no momento da expulsão e após a expulsão eu sabia o que ia acontecer, quando me puseram oxitocina eu sabia que eu ia ter mais dores.” (Ana)

“No momento do parto, esqueci um pouco do que aprendi, mas depois lembrei e comecei a fazer os exercícios de respiração.” (Eva)

“Lembro-me de uma senhora a berrar e perder o controlo, eu fui observando, e a parte da respiração ficou tão no meu inconsciente das aulas, das sessões que no momento que começaram as minhas dores de contração intensas, lembro-me de usar as respirações que aprendi para não entrar em pânico. (...) lembro-me na altura da indução, de uma médica passar ao lado do quarto que eu estava e me elogiar enquanto fazia exercícios que aprendi nas sessões. (...) e depois foi no momento da expulsão, utilizei a respiração que aprendi nas aulas.” (Rosa)

Uma das participantes referiu importância das aprendizagens durante a PPP para conseguir manter a **concentração** necessária durante o trabalho de parto:

“(...) porque naquele momento, nós não podemos nos distrair, não podemos falhar, aquilo é uma coisa tão importante que queremos estar ali centradas no que está a acontecer.” (Ana)

Também, uma das participantes, utilizou **estratégias não farmacológicas**, aprendidas durante o programa de PPP:

“Técnicas de contrações, massagens, banho quente, ir a bola de pilates, tudo que aprendi tentei aplicar dentro do possível, conforme o que eu fui me lembrando, se eu não tivesse feito as aulas não saberia como reagir.” (Eva)

Em relação à analgesia **epidural** uma das participantes referiu vantagens no que aprendeu na PPP, que ajudou a comportar-se adequadamente e a manter-se calma e tranquila:

“Em relação a epidural, tive acesso a informação que me permitiu fazer e perceber o que estava a passar e comportar-me de forma adequada (...)” (Ana)

“O processo de explicarem nas sessões como se coloca a epidural me ajudou a perceber o processo e me acalmar e ficar mais tranquila.” (Rosa)

- **Presença do pai**

Nos discursos dos/das participantes emergiu o contributo para a **presença do pai** no parto, de modo a manter a sua **tranquilidade** e a da mulher, assim como estar preparado para **assistir ao nascimento**:

“A partilha foi importante, queria estar lá na hora do parto, estar presente. (...) assisti o momento da expulsão do meu filho, se eu não tivesse ido as sessões não me sentiria preparado para lá estar, foi importante para me preparar para o que iria acontecer.” (Jacinto)

“Quando entrei na sala de partos vi mais do que era suposto ter visto, mas não houve grande preocupação, ela ficou ao colo da “Rosa”, daquilo que me tinha sido falado nas aulas, aquilo era importante, aquele primeiro contacto entre a mãe e o bebé.” (Patrício)

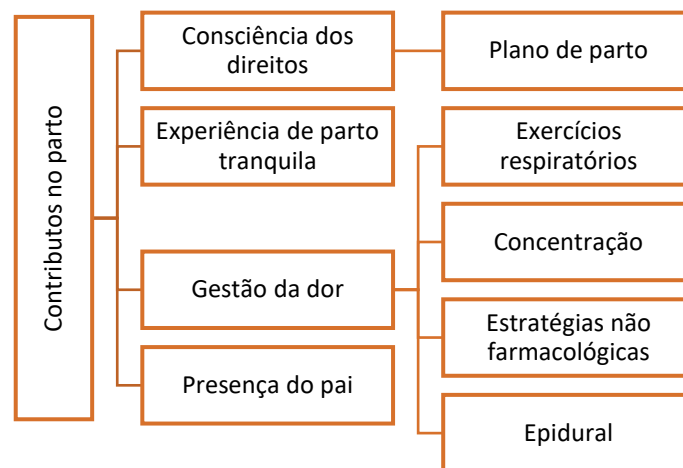


Figura 169- Representação esquemática geral dos contributos no parto

O casal tem o direito de estar envolvido nas decisões envolventes do seu bem-estar e o do seu recém-nascido, com exceção a situações de urgência médica que não seja possível esse envolvimento consciente. Ainda, a grávida tem o direito de conhecer exatamente os benefícios e prejuízos que cada procedimento, exame ou manobra médica pode causar a ela e ao seu recém-nascido (Torres & Rached, 2017).

De acordo com Serqueira (2019), os cursos de preparação para o parto promove a literacia em saúde que objetiva a promoção da tomada de decisão e participação ativa da do casal capacitando-os para a vivência e experiência positiva, tranquila, gratificante e responsável da gravidez e parto.

A presença do pai é crucial durante todo percurso da gravidez, incluindo o parto, com exceção de possível impossibilidade ou oposição por parte da grávida. A presença do

pai como apoiador durante a gravidez e parto é considerada com toda a certeza peça fundamental para a vivência de uma experiência positiva (Serqueira,2019).

5.3- CONTRIBUTOS NO PAPEL PARENTAL

Os contributos no papel parental, decorrentes da participação nos programas de PPP, emergiram com enfoque no aprender cuidados básicos, partilhar responsabilidades e rede de apoio, tal como exposto na Figura 3.

- **Aprender cuidados básicos**

No discurso dos/das participantes emergiu que a participação no programa de PPP lhes permitiu **aprender cuidados básicos** ao recém-nascido, o que lhes permitiu maior **confiança parental** que lhes permitiu enfrentar os desafios com menos ansiedade e mais segurança:

“(...) senti impacto nos primeiros tempos enquanto mãe, foram nessas aulas que eu aprendi a mudar a fralda a dar o banho, eu não sabia como seria porque na minha família não havia nascimentos há muitos anos. (...) a amamentação, como a criança devia se deitar na cama.. Repare que isso foi há 5-6 anos e nós ainda temos essas informações bem presentes, lembro-me muito bem das aulas e desses conteúdos, dos temas, foram tão importantes que ainda hoje utilizamos esses conhecimentos” (Ana)

“(...) quando a criança nasce é sempre tudo muito novo e quem é pai e mãe pela primeira vez é tudo novo literalmente, mas com as aulas passamos por um processo de pré moderação, e eu acho que para nós a questão foi mesmo essa, deu-nos mais confiança quando iniciamos o processo a sério quando a criança nasceu. E liberou-nos da ansiedade, quanto mais preparados menos ansiedade. Nós passamos por variadíssimas ferramentas, nomeadamente as coisas mais básicas que não sabíamos, a manipulação da criança, o banho, a mudança da fralda, o vestir, o despir, o posicionamento do colchão, a colocação da criança no carro, os cintos de segurança. , foi também saber fazer as coisas, acho que não tivemos problemas nos cuidados ao nosso filho, parece simples mais não é. (...) De uma forma genérica, nestas ações mecânicas foram importantes para estarmos mais a vontade e a parte emocional.” (Álvaro)

“Na forma de pegar na criança, vestir e despir, banho, não iria de todo preparado naqueles primeiros dias de vida da criança se não tivesse frequentado as aulas de preparação para o parto. Foi fundamental para desempenhar o papel de pai com mais segurança.” (Jacinto)

“(...) quando vamos para a nossa realidade, pode não ser igual, mas nos abre os horizontes para descobrir que existem várias formas de cuidar de um bebê.” (Isabel)

Também referiram que contribuiu com informação segura sobre amamentação que lhes permitiu ter **sucesso na amamentação**:

“Relativamente à amamentação, foi importante porque eu tive uma série de informações sobre como eu deveria amamentar, sobre a bomba, sobre os mamilos de silicone, e tive acesso também as fontes de pesquisas. Eu deveria ter prestado mais atenção nestas sessões, porque depois tive muitas dificuldades, porque para mim a amamentação na altura não era uma coisa que me preocupava muito, eu achava que era só colocar boca da criança na mama e depois eu vi que não, mas tive acesso a essa informação muito importante sobre esse assunto. Eu devia ter prestado mais atenção! Depois acabei por amamentar por quatro anos e meio, apesar de achar que deveria ter prestado mais atenção a sessão de amamentação e ter valorizado aqueles conhecimentos, depois consegui superar as minhas dificuldades. Eu só não amamentei mais porque a irmã mais nova nasceu, mas ele diz que o meu leite é melhor! Se eu não tivesse tido as aulas eu colocaria a chupeta na boca do meu filho com um pouco de açúcar!” (Ana)

“Contribuiu para o sucesso da minha amamentação que durou 4 anos de idade do meu filho.” (Eva)

“O custo benefício é incalculável e não é negociável, mesmo que se opte por não amamentar, fazem uma decisão mais consciente e pelo menos foi permitido acesso a informação sobre o assunto.” (Isabel)

- **Partilhar responsabilidades**

Para alguns participantes também ajudou a integrar melhor o pai nos cuidados ao recém-nascido de modo a **partilhar responsabilidades** com a mãe:

“A mãe vive o processo de maneira diferente, mas o pai tem que ser puxado para essa realidade. O meu marido assumiu o papel de dar o banho, e isso ajuda a criar a ligação, é o momento deles (pai e filho). Ao invés de perder tempo com as perguntas do género, como se faz, foi meter a mão na massa, porque já tínhamos aprendido nas aulas de preparação para o parto. Fez-nos ganhar tempo!” (Isabel)

“Ajudar na integração do homem nos cuidados e apoios gerais com o bebé e deixa-los ajudar à maneira deles, mas deixá-los ajudar (...). Colaborou em tudo, como pegar no bebé que é diferente do que pegar em outros, dar banho, mudança das fraldas, cuidar do umbigo, se eu não tivesse frequentado não sei como seria, apesar das dificuldades que tive.” (Eva)

“(...) os pais fogem muito, quanto menos à vontade e preparados para o desafio, muitas das vezes nos afastamos por insegurança. Para não fazermos algo que não estamos à vontade e não sabemos. As sessões das aulas de preparação para o parto, ajudaram-me para estarmos à vontade (...).” (Álvaro)

- **Rede de apoio**

Também emergiu dos discursos que, a participação no programa de PPP criou uma **rede de apoio**:

“A avaliação que eu faço deste curso é máxima, pois só tenho coisas positivas a referenciar relativamente a equipa que se formou, a família que se formou. Depois disso se refletiu em saber lidar com os sucessos e insucessos das situações vivenciadas. Criamos uma rede de apoio ao participar pelo projeto Terna Aventura. Mensagens, redes sociais e apoios para a vida. Dos professores e participantes. Uma criação de uma família.” (Isabel)

Contudo, esta rede de apoio deverá manter-se no pós-parto, como complemento:

“Esse complemento no programa foi importante, sem ele não seria suficiente. São coisas diferentes. Depois do nascimento surgiram dúvidas diferentes daquelas antes do parto. A preparação para o parto foi importante até o parto, tudo que veio em seguida em relação a parentalidade foi no programa de recuperação pós-parto. Foi um complemento muito importante.” (Patrício)

“As aulas de preparação para o parto não foi o suficiente, o programa de recuperação pós-parto foi fundamental devido a partilha que nos foi dada, fizemos amizades e trocamos experiências, e tudo isso fez com que não nos sentirmos sós, determinados receios precisavam ser partilhados, as aulas para mim foram encaradas como momento de convívio. Para mim, não seria suficiente se tivesse só a primeira parte. Porque além de nos proporcionar partilhas e amizades, crescemos a ser pais numa pequenina comunidade. Temas como etapas, birras, amamentação entre outros assuntos, tivemos uma perspetiva de outros pais, nos permitiu perceber melhor e conseguir lidar melhor com a situação.” (Rosa)

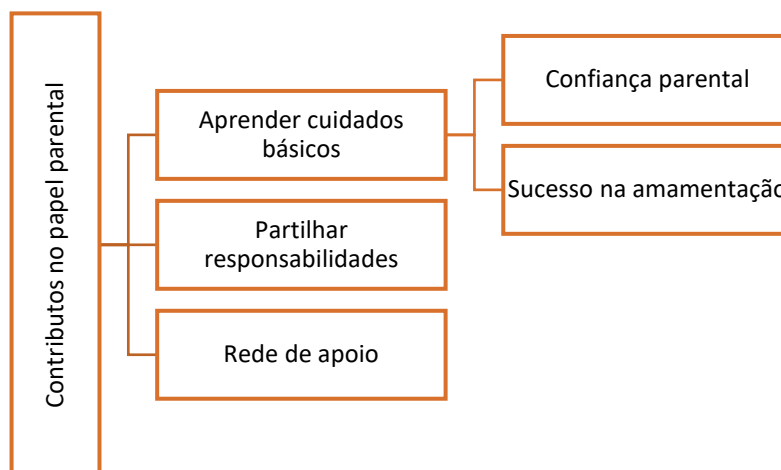


Figura 194– Representação esquemática geral dos contributos no papel parental

É imprescindível para o desenvolvimento dos programas de PPP, para promover o desenvolvimento da confiança materna nos cuidados ao recém-nascido, a qual proporciona a promoção do contacto e vinculação precoce com o feto, informação sobre o aleitamento materno, puerpério e cuidados ao recém-nascido. As dúvidas relacionadas ao papel parental preocupam muito os pais, o que causa ansiedade ao cuidar do recém-nascido, o receio de não conseguir amamentar e/ou a existência de mitos e crenças que precisam de ser desmistificados (Recomendação Nº2/2012 MCEESMO/OE).

No que diz respeito à partilha de responsabilidade entre o casal, Mendes (2014) refere que, no passado, o parto era considerado um assunto dirigido para mulheres mas, foram ocorrendo mudanças sociais que inseriram o homem, incentivando-o a assumir papel importante e ativo nesta fase, próximo à grávida e ao futuro bebé. Nos dias atuais, existe a partilha de responsabilidades no cuidado ao recém-nascido, onde o homem mostra-se competente e empenhado nesta função, usufrui dos seus direitos parentais de acordo com a legislação presente, conta com recursos disponíveis de apoio a uma transição para a parentalidade saudável, como a sua participação nas consultas de vigilância da gravidez e a participação nos programas de PPP. Por outro lado, a oferta, a acessibilidade e a qualidade dos programas de PPP, é ampla e têm-se mostrado progressivamente uma prioridade para as entidades de saúde responsáveis, estando disponíveis tanto nos serviços públicos como nos privados e mostrando-se como uma verdadeira rede de apoio. Os casais recorrem a redes de suporte para o apoio nos momentos de crise, como a própria família, amigos ou outros significantes. Quando o sistema familiar e de amigos não é suficiente, os profissionais de saúde poderão intervir de forma eficaz nesta rede de apoio. Os enfermeiros especialistas em ESMO sendo titulares de competências que lhes possibilitam, entre outras, dominar as dinâmicas facilitadoras de resolução da crise, encontram-se em disposição privilegiada para

providenciar apoio durante o período da maternidade, sob a forma de ensino e aconselhamento nas sessões de PPP.

5.4- CONTRIBUTOS NA CONJUGALIDADE

Os contributos na conjugalidade, decorrentes da participação nos programas de PPP, emergiram com enfoque na adaptação familiar, no diálogo e na empatia, tal como exposto na Figura 4.

- **Adaptação familiar**

Uma das participantes considerou que sentiu a **relação fortalecida** após o nascimento, contudo foi necessária uma adaptação individual, quer sua quer do companheiro, a qual poderia estar mais facilitada se no programa de PPP este assunto fosse aprofundado:

“A nível do casal, temos aqui alguma ambiguidade, uma das coisas que senti era que eramos uma família nós os 3, fortalecendo a nossa união de forma sólida e coesa, mas, na verdade com o nascimento de um filho temos que fazer um grande esforço de adaptação individual, porque apesar de termos a noção do que temos que fazer e aprendemos isso nas aulas de preparação para o parto, depois há a ação, e depois há pessoas que vem nos visitar a dar opiniões e depois não estás a fazer bem, e depois a criança esta cheia de fome, e teu leite não é o suficiente, e isto as vezes é um pouco complicado, nós temos que nos adaptar a uma criança que precisa de nós, temos que aguentar noites mal dormidas, temos que aguentar a opinião dos outros, as nossas hormonas estão agitadas, temos uma série de emoções fortes, temos que fazer uma adaptação individual e em casal e às vezes essa adaptação leva o seu tempo, as vezes os homens podem se sentir um pouco inseguros, e esta adaptação não é fácil, me apercebi o porque que muitos casais se separavam, eu tive que me adaptar enquanto mãe e esposa e ele enquanto pai e esposo e cada um tem o seu tempo. Senti-me que logo após o nascimento estávamos mais fortalecidos, mas ao longo de alguns meses houve necessidade de adaptação principalmente da minha parte, porque tive que lidar com muitos sentimentos diferentes, passava muito tempo sozinha em casa, depois não falava com ninguém, tinha que digerir muita coisa sozinha e acho que ele também estava a fazer o caminho dele de adaptação, o casal teve que fazer o esforço normal na adaptação. Foi um processo, em que alguns momentos foram difíceis. Sugiro uma sessão para adaptação do casal.” (Ana)

Por outro lado, emergiu que permitiu a ajudar a lidar com as **alterações no quotidiano**, assim como a **gerir responsabilidades**:

“Ajuda-nos a vivenciar as alterações que o bebé causa com a sua chegada, a tentar entender que as rotinas já não são as mesmas, pensamos que ao chegar o bebé, vamos adicionar, mas estamos a alterar todo o nosso quotidiano. Temos que lidar com essa dualidade, queremos ser os melhores pais, mas também fazíamos viagens todo o mês ou por ano, e toda a informação fornecida nas sessões, nos ajudou a lidar com estes processos de adaptação e acontecimentos.” (Isabel)

“O casal deixa de ser um casal na palavra que se conhecia e passa a ser uma equipa e é bom que a equipa saiba o que se fazer para não se passar. A mim o que parece, que ao saber quais seriam as responsabilidades, permitiu que pudéssemos gerir essa bomba que nos caiu de uma forma mais tranquila.” (Isabel)

- **Diálogo**

A participação na PPP permitiu aos casais mais oportunidades de **diálogo**, o que contribuiu para **evitar conflitos**, tornando a relação mais harmoniosa:

“Enquanto casais, do grupo de preparação para o parto, nos encontrávamos no pós-parto, e isso nos permitia desabafar e evitar zangas e coisas menos boas no relacionamento. E acabamos por nos apoiar muito enquanto casal.” (Rosa)

“Enquanto casal, quanto mais inseguros estamos, podemos afetar o casal, nos momentos em que a mãe tem mais instabilidade emocional, é importante o pai ter esse conhecimento prévio para poder saber o que é valorizável, criar harmonia, a criança nasce de uma forma mais equilibrada e isso vai impactar na criança, pois a criança é o que é pela relação que estabelecemos com ela, quando um casal não está bem transmite-se para criança, quanto maior a harmonia do casal, mais fácil torna-se o passar pelo processo. Com isso vamos ter ganhos futuros.” (Álvaro)

Por outro lado, o diálogo reduziu ansiedade e receios relacionados com a **sexualidade**, assim como permitiu **encontrar soluções**:

“Nas aulas, haviam temas que eram falados e vínhamos a refletir e pensar para casa, por exemplo o regresso às atividades sexuais. Era promovido o diálogo entre nós como casais. Recordo da professora a falar com o grupo e dizer que as coisas fluíam com calma, e assim foi acontecendo connosco. Reduziu a ansiedade e receios, percebemos que as pessoas são diferentes, não há fórmulas mágicas e as coisas foram evoluindo. As coisas foram faladas e não reprimidas.” (Rosa)

“O curso é 90% para a mulher, 10% para o homem, não vejo problema com isso, na prática a única coisa que eu fiz foi estar presente, mas nós falamos sempre que

tínhamos dúvidas e ficávamos mais perto de encontrar uma solução, as coisas expostas nas aulas seguiam connosco no caminho para casa, ao jantar, falávamos muito sobre os temas, costumávamos interiorizar o que nos foi ensinado. Não tivemos problemas em relação a adaptação conjugal, somos um casal com muita compreensão e diálogo e as coisas foram normais e fluíram normalmente.” (Patrício)

- **Empatia**

Em alguns discursos dos/das participantes revelaram a importância da **empatia** para com o/a companheiro/a, nomeadamente através da **compreensão mútua**:

“(…) ter atenção aos sentimentos dele para poder se compreender mutuamente.” (Eva)

“O pai e a mãe passam por percepções e sensações diferentes, e é importante o pai compreender e estar sensível a isso e isso também me ajudou. há muitos momentos durante a gravidez e após o nascimento, estou a falar em relação a mãe, se o pai souber se posicionar corretamente nestes momentos de uma forma complementar, eu acho que pode ser muito positivo, nós não passamos pelas mudanças hormonais e emocionais que a mulher passa, portanto aí podemos ter um papel fundamental, mas para isso devemos compreender a situação, porque senão podemos fazer uma leitura errada em determinadas situações. Nessa parte emocional, ajuda-nos muito. E depois em todas as outras partes, esta tudo associado.” (Álvaro)

“Mas, se perceberem a angústia, acho que é melhor para os dois.” (Ana)

Por outro lado, esta empatia também se manifestou através de uma maior proximidade ao outro, de modo a **apoiar e ajudar**:

“O pai é visto de uma maneira muito distante, o pai pode ter muito mais importância, até mesmo como apoio para mãe, muito mais do que em outros tempos, temos que estar mais próximos, as aulas de preparação para o parto me ajudaram muito nisso, (…)” (Álvaro)

“A interferência externa enquanto casal, que não tivemos, entre nós era uma questão muito abordada e que foi ouvida nas aulas. O facto do homem estar presente nas aulas, o ajuda a perceber e estar preparado para apoiar e ajudar de uma forma eficaz a mulher.” (Rosa)

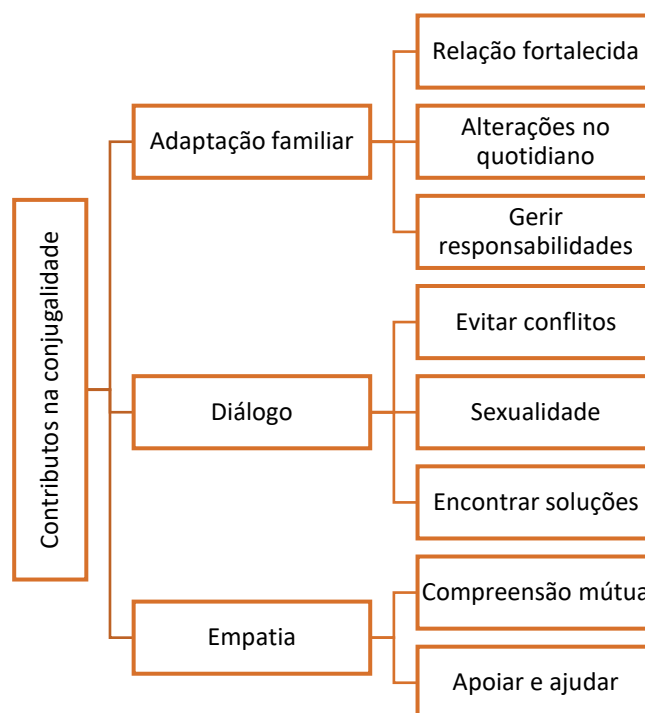


Figura 209 – Representação esquemática geral dos contributos na conjugalidade

Dentro do contexto familiar, o nascimento de um filho é considerado um acontecimento importante, pois promove nos pais um processo irreversível, que influencia a sua identidade, funções e papéis, assim como em toda a família. Pode ser considerado como um momento marcado por grande ansiedade e estresse, dependendo da capacidade da família se autorregular neste momento de transição e mudança de hábitos. Atualmente, o casal que se encontra envolvido num processo ativo ao longo do período gestacional, adquire competências adaptativas ao processo parental, desenvolvendo uma relação parental harmoniosa e gratificante. É crucial, o desenvolvimento de estratégias pelos profissionais de saúde envolvidos no seguimento desses casais, de forma a favorecer o enfrentamento do processo de parentalidade e conjugalidade saudável, criando estratégias que auxiliem nesta etapa, de forma a contribuir para manter a união do casal e auxiliar na formação de uma família feliz (Mendes, 2014).

CONCLUSÕES

A concretização desta investigação foi uma oportunidade de descoberta e um constante desafio na caminhada que agora se conclui. A excelência da prestação de serviço do Projeto Terna Aventura da ESEnfC, manifesta-se como um nível de qualidade para o atendimento a sua população de grávidas e casais participantes, no que diz respeito a Preparação para o Parto e Parentalidade, traduzida como ganhos em saúde evidentes.

Assim, com o presente estudo, objetivou-se identificar as expectativas de homens/mulheres e casais, analisar a taxa de participação de homens/mulheres e casais, descrever as características sociodemográficas de homens/mulheres e casais, descrever as características da gravidez das grávidas participantes e conhecer os ganhos em saúde decorrentes da participação.

Este estudo tornou-se pertinente na medida em que, demonstrou indicadores que mostraram os resultados globais num período alargado, dos quais deram visibilidade ao trabalho desenvolvido e que irão contribuir para resultados futuros relativamente ao projeto, deste modo, com os achados dos resultados encontrados será possível potenciar a intervenções planeadas para maiores ganhos em saúde. Os programas de PPP precisam ser cada vez melhor geridos e preparados, para atender às necessidades e oferecer conteúdos de maior importância e qualidade, para a promoção da literacia em saúde dos seus participantes, tendo em conta a experiência vivida e o seu grau satisfação, identificando as possíveis falhas e carências na oferta, de forma a proporcionar melhorias futuras com uma visão inovadora e criativa.

No que diz respeito às expectativas referidas tanto pelas mulheres como pelos homens, as mesmas não diferem muito, sendo comum o interesse pelo desenvolvimento de habilidades nos cuidados gerais ao recém-nascido, relação afetiva com bebé, exercício da parentalidade, e preservação das células estaminais. As mulheres pretendiam aprender sobre exercícios pré-parto, fisiologia do trabalho de parto e parto, amamentação e aleitamento materno, enquanto que os homens se focavam em preparar-se para apoiar a grávida, durante o trabalho de parto e parto, cuidados pós-parto e sobre os seus direitos de paternidade. Desta forma, as mulheres esperavam adquirir autoconfiança, segurança, tranquilidade e controlo da ansiedade, preparando-se para o papel de mãe. Ambos consideravam importante a partilha de experiências nas sessões de PPP, atendendo à situação de serem mãe e pai de “primeira viagem”. Esta

recolha de expectativas iniciais, permitiu a adequação de cada programa dinamizado, com oferta de sessões teóricas e práticas, ajustado às expectativas individuais.

Em relação a taxa de participação, verificou-se que é necessário estudar formas de incentivar a maior participação dos homens, nos programas de PPP, uma vez que é uma forma de se prepararem para os desafios da paternidade, assim como contribuir para uma vivência da gravidez mais positiva e participarem no momento do nascimento.

Relativamente às características da gravidez, não foi uma surpresa confirmar que, a maioria das mulheres eram nulíparas, em situação de baixo risco, com frequência de consultas pré-natais regular em serviço de saúde público. De facto, são as mulheres e homens que estão a viver uma primeira gravidez, que mais procuram estes programas.

Foram identificados alguns ganhos em saúde, dos relatos obtidos pelas entrevistas, onde emergiram contributos na gravidez, no parto, no papel parental e na conjugalidade. Os contributos na gravidez que sobressaíram foram a aquisição de conhecimentos de forma a anteverem conhecimentos e assim sentirem-se mais seguros e sabendo como agir; maior bem-estar durante a gravidez uma vez que sentiram menos stress e ansiedade; maior envolvimento do homem/pai, a possibilidade de partilharem experiências com outras grávidas e casais, e a ligação afetiva que se estabeleceu com todos os intervenientes. No que respeita aos contributos no parto, sobressaiu o fato de terem adquirido maior consciência dos seus direitos no parto, sobretudo pela possibilidade de elaborarem o seu plano de parto; terem conseguido viver uma experiência de parto tranquila; conseguindo gerir a dor usando os conhecimentos aprendidos na PPP, como os exercícios respiratórios, a concentração, estratégias não farmacológicas; e a maior participação do pai no nascimento. Os contributos que emergiram para o papel parental, confirmam que as aprendizagens sobre os cuidados básicos ao recém-nascido lhes deu confiança, assim como permitiu obter sucesso na amamentação; ajudou-os na reorganização da vida familiar através da partilha de responsabilidades parentais; e por fim, ofereceu-lhes uma rede de apoio, pela possibilidade de manterem contato com os intervenientes na PPP. Os contributos na conjugalidade também foram significativos, na medida em que a adaptação familiar foi facilitada, sobretudo pela relação conjugal fortalecida ao longo das sessões de PPP, conseguindo adaptar-se às alterações do quotidiano mais facilmente, e ajudando a que gerissem as responsabilidades familiares; o incentivo à comunicação permitiu ao casal dialogar mais, o que evitou conflitos, permitiu entendimento a nível da sexualidade, e incentivou à procura de soluções; por fim, gerou maior empatia entre o casal.

Considerando a natureza do estudo e as questões de fidelidade e validade inerentes, assim como a experiência da investigadora, considera-se que o presente trabalho

apresenta algumas limitações. Os dados encontrados não podem ser generalizados, sendo apenas uma representação daqueles que aceitaram participar no estudo. A seleção dos participantes foi condicionada pela sua disponibilidade e vontade em participar, o que levou a que não fosse possível escolher os melhores informantes, assim como condicionou o número de entrevistas realizadas. O desenvolvimento do trabalho em plena pandemia Covid-19, gerou algumas dificuldades na realização das entrevistas, as quais tiveram de ser desenvolvidas remotamente, não permitindo criar o melhor ambiente propício à partilha de sentimentos e vivências significativas.

Todavia, considera-se que os resultados obtidos na sua generalidade, mostram a relevância do trabalho desenvolvido no projeto Terna Aventura, o qual tem potencial para continuar, assim como estes resultados mostram importantes resultados para a avaliação do seu impacto, assim como contribuem para informar os gestores do projeto que poderão usá-los na adequação dos programas futuros.

Também se considera que, estes resultados, podem ajudar à reflexão sobre a formação dos enfermeiros especialistas em ESMO, no que respeita à PPP, assim como sobre a avaliação dos modelos de projetos de PPP existentes, dinamizados por estes enfermeiros especialistas. É fundamental incentivar à garantia da qualidade dos programas que são oferecidos, investigando a sua adequação às expectativas e necessidades de quem os frequenta, e avaliando os ganhos em saúde que resultam dessas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L.S., & Freire, T. (2008). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ªed.). Braga, Portugal: Psiquilíbrios.

Amado, J. (2014). Manual de investigação qualitativa em educação. Recuperado de <https://digitalisdsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/35271/1/Manual%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20qualitativa%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Araújo, M. A. N., & Prado, B. G. L. (2020). A Prática do Yoga no Pré-natal: redução do estresse e outros achados. Revista Psicologia, Diversidade E Saúde, 9(3), 374–387. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i3.3051>

Bist, L. Viswanath. L & Nautiyal, R. (2021). Childbirth preparation: concept article.

European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 8(3), 2197-2206. doi:2515-8260

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto Editora.

Bradley. (2021). O método Bradley . Recuperado de <http://bradleybirth.com/>

Campos, L. F. R. (2011). Gestão de projetos. Escola Técnica aberta do Brasil. Paraná, Curitiba: E-Tec Brasil.

Capucha, L. (2008). Planeamento e avaliação de projetos: guião prático (1ªed.). Lisboa, Portugal: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

Conde, J. (2020). Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. Revista para profesionales de la salud. 3(24), 44-97.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). CIPE Versão 2018: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, L. (2015). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Enfermagem Brasil, 15(3). Doi: 10.33233/eb.v15i3.181

Decreto-Lei nº391/2019 de 03 de maio. Diário da República nº85/2019 – II Série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº110/2019 de 09 de setembro. Diário da República nº172/2019 – I Série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº175/2017 de 02 de agosto. Diário da República nº148/2019 – I Série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº142/99 de 31 de agosto. Diário da República nº203/1999 – I Série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Dias, D., Perciuncula, G., Maffia, J., & Antonioli, P. (2017). Perfil da Liderança na Gestão de Projetos: Uma Pesquisa com Profissionais da Área. *Revista de Gestão e Projetos*, 8(1), 72-89. doi: 10.5585/gep.v8i1.486

Direção Geral de Saúde (2020). Cursos de preparação para o parto e recuperação pós-parto – Equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral da Saúde. (2015). Vigilância do pré-natal de baixo risco. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal: Autor.

Duarte, E. & Zordan, E. (2016). Nascimento do primeiro filho: transição para a parentalidade e satisfação conjugal. *Perspectiva*, 40(152), 65-76.

Duncan, L.G., Cohn, M.A., Chao, M.T., Cook, J.G., Riccobono, J. & Bardacke, N. (2017). Benefícios da preparação para o parto com treinamento de atenção plena: um ensaio clínico randomizado com comparação ativa. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 140 doi: 10.1186/s12884-017-1319-3

Fiorini, L.G. (2017). Subjetividades em transição, parentalidades contemporâneas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(2), 91-102.

Flick, U. (2005). Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa, Portugal: Monitor – Projectos e Edições, Lda.

Frias, A., Ressurreição, A., Lobão, A., & Rodrigues, C. (2021). Preparação para o parto: Análise de conceito (pp. 25-37). Ponta Grossa – PR: Atena

George, F. (2014). Sobre Determinantes da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>

Gibbs, G. (2009). Análise de dados qualitativos. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Gonsalves, M. P. (2017). Gestar, parir e maternar: Impressões do Medo em um grupo de casais grávidos. IV Congresso Nacional de Educação, CONEDU. Recuperado de [TRABALHO_EV073_MD1_SA18_ID8027_11092017235809.pdf](https://editorarealize.com.br/Trabalho_EV073_MD1_SA18_ID8027_11092017235809.pdf) (editorarealize.com.br)

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ªed.). Lisboa, Portugal: Lusodidacta

Javier, S. C. (2020). Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. Revista para profesionales de la salud, 3(24), 44-97.

Lamaze International. (2021). As seis práticas de parto saudáveis do Lamaze. Recuperado de <https://www.lamaze.org/>

Mafetoni, R.R., Rodrigues, M.H., Silva, F.M.B., Jacob, L.M.S., & Shimo, A.K.K. (2019). Efetividade da auriculoterapia sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. Texto Contexto Nursing, 28(1), 1-14. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0110

Meletti, A., & Scorsolini-Comin, F. (2015), Conjugalidade e expectativas em relação à parentalidade em casais homossexuais. Psicologia: Teoria e Prática, 17(1), 37-49.

Mendes, C. (2020). Nascimento e parentalidade: preparação para o parto, parentalidade e recuperação pós-parto. Recuperado de <https://www.bybebe.pt/pt/livro-nascimento-e-parentalidade-de-carlos-carraco-mendes.html>

Mendes, M. J. (2014). Participação dos pais nos cursos de preparação para a parentalidade. (Relatório de estágio). Instituto Politécnico de Santarém, Portugal.

Minayo, M.C.S. (2009). Pesquisa social: teoria, método e criatividade (28ªed.). Petrópolis, Brasil: Vozes

Moreira, R., Marques, R., & Silva, T. (2016) Haptonomia: Outra Forma de Acompanhamento no Pré e Pós-natal. In. M. Nené, R. Marques, & M. Batista (Eds.), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa, Portugal: Lidel – edições técnicas.

Morgado, C., Pacheco, C., Belém, C., & Nogueira, M. (2012). Efeito da variável da preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: Estudo comparativo. Revista referência (2)12 17-27.

Neto, S. (2016). Literacia em saúde e vigilância da gravidez (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4024/1/SilviaSalgueiraSousaNeto%20DM.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica: Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto (Parecer nº4/2016). Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia/ parteiras. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Recomendação Nº2 /2012 MCEESMO/OE - Recomendações para a preparação para o nascimento. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Organização das Nações Unidas. (2021). Objetivos de desenvolvimento sustentável. Recuperado de <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

Organização das Nações Unidas. (2018). Recomendaciones de la OMS, cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Recuperado de [9789275321027_spa.pdf \(paho.org\)](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial da Saúde. (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;sequence=2>

Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde: In Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, Ottawa, Canadá, 17-21 novembro 1986. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pousa, O. M. T. (2012). Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: Contributos para a prática de enfermagem. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do porto, Portugal.

Robert, J. (2003). Haptonomia: Ciencia de la afectividad: El acompañamiento afectivo haptonómico desde la concepción hasta la muerte (1ªed.). Zaragoza, Espanha: Fundación de la Haptonomía-CIRDH

Sales, W.B., Oliveira, A.S.C., Rocha, E.S., Constantino, A.E.A., Gerônimo, C.A.S., Elesbão, J.V.G., Fonseca, J.D.M., Cavalcante, R.N.S., Silva, R.B. & Pontes, I.E.A. (2020). The rebozo technique in the care of women in the pregnancy-puerperal cycle: an integrative review. *Research, Society and Development*, 9(3), 1-18. doi: 10.33448/rsd-v9i7.3740

Serqueira, C. S. P. (2019). Literacia em saúde da grávida: Estudo de alguns fatores intervenientes. (Relatório final). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Silva, E. A. T. (2013). Gestação e preparo para o parto: Programas de intervenção. *O mundo da saúde*, 37(2) 208-215. doi: 10.15343/0104-7809.2013372208215

Silva, H.L., Almeida, M.V., Diniz, J.S., Leite, F.M., Moura, M.A., ... Amorim, M. H. (2020). Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco. *Acta Paul Enferm*, 33(1), 1-8. doi: 10.37689/acta-ape/2020AO0016

Silva, M. (2017) Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Recuperado de [file:///C:/Users/catar/Downloads/D2016_10002023002_21520001_3%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/catar/Downloads/D2016_10002023002_21520001_3%20(4).pdf)

Silva, M. C. T. (2015). Impacto do programa de preparação para a parentalidade na satisfação da mulher com o parto: Gestão de cuidados de saúde. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Torres, K., & Rached, C. (2017). A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios. *International Journal of health management review* 3(2). doi: 10.21902/jhmreview.v3i2.126

Vieira, C. (2011). Relatório do programa, conteúdos e métodos de ensino das matérias da unidade curricular de Metodologia da Investigação em Educação II. Universidade de Coimbra, Psicologia e Educação, Portugal.

Who (2015). Nurses and midwives: A vital resource for health. World Health Organization. Recuperado de https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/287356/Nurses-midwives-Vital-Resource-Health-Compendium.pdf?fbclid=IwAR1kv8wIkdH-d1PcGojaUC_x4xVIIiy-4rxclT-ZifVzudWEOEALETZ5-51c

Yin, R. K. (2001). Estudo de caso: planejamento e métodos (2ªed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA ACEDER OS ARQUIVOS DO
PROJETO TERNA AVENTURA

De: ESENFC <esenfc@esenfc.pt>
Enviado: 2 de maio de 2019 11:41

Para: kaamilahdani@yahoo.com.br

Cc: Rosa Maria Santos Moreira ; 'Teresa Maria de Campos Silva'

Assunto: FW: Solicitação de autorização para aceder ao arquivo do projeto de extensão Terna Aventura

Anexos: Parecer aprovado pela comissão ética.pdf

Sinal. de seguimento: Dar seguimento

Estado do sinalizador: Sinalizado

Exma. Senhora
Enfermeira Danielle Marques,

Na sequência do email de V. Exa, encarrega-me a Senhora Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Doutora Aida Cruz Mendes, de informar **que foi autorizado o solicitado.**

Mais informo que deste despacho será dado conhecimento às Senhoras Professoras Rosa Moreira e Teresa Silva, para os devidos efeitos.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado,

Carla Martins

De: danielle marques [<mailto:kaamilahdani@yahoo.com.br>]

Enviada: sexta-feira, 26 de abril de 2019 13:44

Para: esenfc@esenfc.pt

Assunto: Solicitação de autorização para aceder ao arquivo do projeto de extensão Terna Aventura

Exma. Sra. Presidente da ESEnFC

Prof. Doutora Aida da Cruz Mendes

No âmbito do trabalho de dissertação do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEnFC, pretendo desenvolver um estudo de caso descritivo avaliativo dos programas de Preparação para Parto e Parentalidade, do projeto de extensão da ESEnFC Terna Aventura – Preparação para o parto e parentalidade, entre os anos de 2011 ao 2018. Pretendo incluir neste estudo todos/as os/as participantes nos programas de preparação para o parto e parentalidade, que constam no arquivo do Projeto Terna Aventura e de entre os que deram o seu consentimento informado para que os seus dados pessoais pudessem ser usados para efeitos de investigação no âmbito do projeto. Pretendo ainda seleccionar um grupo de participantes nos programas, que aceitem participar numa entrevista semi-estruturada ou integrar num *focus group*. Informo que estão garantidos todos os princípios éticos inerentes à investigação, tendo sido obtido parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA-E (em anexo).

Neste sentido, venho solicitar autorização para aceder ao arquivo do projeto de extensão Terna Aventura para recolha de dados, nomeadamente registos em documentos de inscrição e avaliação nos programas e gravações de entrevistas dos/das participantes. Acrescento que está garantido o apoio da equipa do projeto, na pessoa da orientadora Prof. Rosa Moreira e co-orientadora Prof. Teresa Silva, caso venha a ser autorizado por V. Exa.

Certa da melhor atenção e com os mais respeitosos cumprimentos

Danielle Marques Correa

"Conhece todos os teus erros, desiste todos os teus erros, mas ao fazer a tua alma humana, age apenas contra a tua alma humana." Carl Gustav Jung

ANEXO 2

PROPOSTA DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

PROPOSTA DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR

DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO/TRABALHO DE PROJETO/ESTÁGIO

(Artigo 16º, do Regulamento Geral do Funcionamento do Ciclo de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem e Artigo 20º, do Decreto Lei nº 115/2013, de 7 de agosto)

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Responsável pela Unidade Curricular de Dissertação: Prof. Doutora Maria Neto da Cruz
Leitão

Estudante: Danielle Marques Correa

Contacto Telem.: 916274472

E-Mail: kaamilahdani@yahoo.com.br

Orientador proposto: Prof. Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira

Contacto Telem.: 962659147

E-Mail: rosa@esenfc.pt

Co-orientador proposto: Prof. Teresa Maria Campos Silva

Contacto Telem.: 966980820

E-Mail: tmes@esenfc.pt

Justificação da proposta de co-orientação: Não se aplica

Grupo de investigação da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde

Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

A Educação Pré-Natal do Casal e Assistência de Enfermagem à Família e Recém-nascido no Trabalho de parto.

Responsável do Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Prof. Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira

Título da Dissertação

Preparação para o Parto e Parentalidade – Estudo de Caso no âmbito do Projeto Terna
Aventura da ESEnFC

Assinaturas:

Estudante Danielle Marques Correa

Orientador Rosa Maria dos Santos Moreira

Co-Orientador Teresa Maria Campos Silva

Responsável pela Unidade Curricular de Dissertação Maria Neto da Cruz Leitão

Responsável pelo projeto estruturante da UICISA-E Rosa Maria dos Santos Moreira

Aprovado em Comissão Permanente de 13 de março de 2019
A Presidente do Conselho Técnico-Científico

Ananda Maria Fernandes
Prof.ª Doutora Ananda Maria Fernandes





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

PROPOSTA DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR

DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO/TRABALHO DE PROJETO/ESTÁGIO

(Artigo 16º, do Regulamento Geral do Funcionamento do Ciclo de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem e Artigo 20º, do Decreto Lei nº 115/2013, de 7 de agosto)

PROJETO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO TRABALHO DE PROJETO ESTÁGIO

(Máximo 250 palavras)

No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015) consta que “Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez.”

Os Enfermeiros Especialistas em ESMO têm competência técnica e científica para ministrar este tipo de programas/cursos (Mesa do Colégio da Especialidade de ESMO, 2012).

Assim, considera-se importante desenvolver investigação acerca deste tipo de intervenções de promoção da saúde durante a gravidez, para obter indicadores de resultado.

Objetivos:

- Identificar as expetativas iniciais de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.
- Analisar a taxa de participação de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura
- Descrever as características sociodemográficas de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.
- Descrever as características da gravidez das grávidas participantes nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.
- Conhecer os ganhos em saúde decorrentes da participação de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.

Metodologia:

Estudo de caso descritivo avaliativo dos programas de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto tema Aventura da ESEnfC entre os anos de 2011 ao 2018. A recolha dos dados será através do arquivo do Projeto Terna Aventura da ESEnfC e através de Entrevista/*Focus Group*.

Resultados esperados:

Pretende-se com esta investigação obter indicadores que mostrem os resultados globais num período alargado do projeto, os quais poderão contribuir para as decisões futuras relativas ao projeto, assim como os resultados do estudo poderão no futuro ajudar na adequação de intervenções planeadas potenciando os ganhos em saúde.

ANEXO 3

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA-E DA ESENF

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer Nº 563/ 02-2019

Título do Projecto: Preparação para o parto e parentalidade – estudo de caso no âmbito do projeto Terna Aventura da ESENFC

Identificação das Proponentes

Nome(s): Danielle Marques Correa

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Investigador Responsável/Orientador: Prof. Rosa Moreira e Prof. Teresa Silva

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Verificando-se um aumento da oferta e da procura de programas e cursos de preparação para o parto e parentalidade e sendo os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica os profissionais com competência técnica e científica para os ministrar, o objetivo deste estudo é identificar as expectativas iniciais de homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura, analisar a taxa de participação dos mesmos, descrever as suas características sociodemográficas e as características da gravidez, conhecer os ganhos em saúde decorrentes na participação neste programas.

A data prevista para a colheita de dados será março de 2019 e o término em abril de 2019, no âmbito de um estudo de caso, descritivo e avaliativo.

Segundo as investigadoras os participantes serão grávidas, casais, homens /mulheres que frequentaram os referidos programas entre 2011 e 2018. Serão incluídos todos os participantes que aceitaram prestar o seu consentimento para efeitos de investigação no âmbito do projeto.

É referido que será disponibilizada informação prévia e que será assegurado o anonimato, e adicionalmente serão garantidas a autonomia e a voluntariedade.

Contudo, foram colocadas algumas questões às investigadoras relacionadas com os aspetos infra:

- É referido que serão incluídos "aqueles que aceitem facultar dados através de contacto telefónico", o que não será de se permitir devido à violação ética intrínseca de utilização de contacto sem consentimento, tendo as investigadoras referido que iriam reconsiderar atentas à referida violação.

- É ainda referido que pretendem seleccionar um grupo de participantes por forma a ser efetuada uma entrevista semi-estruturada ou integrar um *focus group*, que integra assim um formato de colheita de dados para além dos dados integrantes do arquivo, tendo as mesmas esclarecido que será feito um convite no *grupo fechado do facebook* "Terna Aventura 2016" cujos membros são participantes nos programas de preparação para o parto e parentalidade, a informar sobre o estudo e a pedir a colaboração através da participação na entrevista ou *focus group* a qual se realizará na ESENFC em data e hora oportuna a combinar com os participantes.

- No guião da entrevista as investigadoras mencionam um pedido de autorização para gravação das mesmas mas nada é referido quanto ao seu arquivo ou eventual destruição pelo que se adverte para a necessidade de conformação com o atual Regulamento de Proteção de Dados, tendo as investigadoras mencionado que iriam ter em atenção o recomendado e proceder à informação subjacente bem como iriam assegurar que a gravação será destruída

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

após término do estudo.

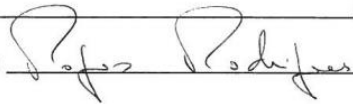
- Foi anexada a folha de informação ao participante bem como o formulário de consentimento informado (CI), tendo a Comissão de Ética advertido que estando o formulário de CI apresentado de forma muito parca deveriam as investigadoras tornar a folha de informação como parte integrante, não se esquecendo contudo que o mesmo deve ser fornecido em cópia aos participantes. As investigadoras esclareceram que já era sua intenção anexar a informação e fornecer em duplicado ao/à participante, pelo que se comprometeram a tornar este aspeto mais claro no projeto do estudo.

Sendo assim, e com o compromisso de mudança dos referidos itens somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:



Data: 03/04/2019 O Presidente da Comissão de Ética:



APÊNDICES

APÊNDICE 1

GUIÃO DE ENTREVISTAS

GUIÃO DE ENTREVISTA

Procedimentos:

1. Informar os participantes sobre as linhas gerais do trabalho de investigação a realizar.
2. Apresentação dos investigadores, temática, relevância e objectivos do estudo.
3. Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas e garantir que o seu tratamento de dados será realizado mantendo o anonimato.
4. Solicitar a colaboração da mulher/homem ou casal o intuito de efetuar uma abordagem direta e pessoal ao sujeito de forma a obter respostas sinceras e corretas, que traduzam o mais fidedignamente possível, o seu ponto de vista, opiniões e sentimentos, relativamente à sua experiência em participar nos programas de preparação para o parto e ~~parentalidade~~.
5. Pedir autorização da mulher/homem ou casal para a gravação das entrevistas em suporte digital.
6. Agradecer a mulher/homem ou casal pela sua colaboração.

Unidades de análise	Questões
Ganhos em saúde decorrentes da participação nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura.	1. Ter participado no programa de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura contribuiu de alguma forma para o sucesso da sua gravidez? De que forma? 1.1. Quer explicar melhor com exemplos? Contributos para a mulher e casal? 2. E relativamente ao parto (independentemente do tipo de parto), como sente ter sido o contributo desta participação? Em que momentos do parto? E porquê? 2.1. Quer explicar melhor com exemplos? Contributos para a mulher e casal? 3. Que contributos ou benefícios sente ter havido para o exercício do papel parental (papel de mãe/pai) relativamente aos cuidados ao seu filho/a? Porquê? 3.1. Pode explicar melhor com exemplos do dia-a-dia? 4. Independentemente de ambos terem frequentado as sessões do programa ou apenas um elemento do casal (a grávida), como analisa/analisa ter sido esta experiência? 4.1. Como analisa/analisa ter sido as vantagens para o seu companheiro/a em ter participado neste programa? 4.1. O que ganhou cada um e em particular o casal? Porquê? Pode/podem explicar melhor com exemplos?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONCENTIMENTO INFORMADO



SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE



SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

O meu nome é Danielle Marques Correa, sou Enfermeira a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar investigação no âmbito do projeto Terna Aventura da ESEnfC com os objetivos de conhecer as expectativas e a taxa de participação dos homens/mulheres e casais nos programas de preparação para o parto e parentalidade do Projeto Terna Aventura, assim como descrever as características sociodemográficas e da gravidez e conhecer os ganhos em saúde decorrentes da sua participação.

Para este estudo não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais e a participação não envolve custos aos seus participantes. Vai ter a oportunidade de colaborar no desenvolvimento do conhecimento sobre o impacto destas iniciativas, que são oferecidas à população que pretende preparar-se para o parto/nascimento assim como para a parentalidade, as quais são fundamentais para melhorar a qualidade das intervenções futuras.

A sua participação é voluntária, não terá qualquer custo e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido/a, podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-ei que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de, em qualquer momento, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si.

O uso da informação recolhida destina-se exclusivamente para fins de investigação. É garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador. Se tiver qualquer dúvida ou preocupação sobre o estudo, agora ou em qualquer altura, poderá contactar-me através do número de telemóvel: 916 274 472

Obrigada pela colaboração.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Danielle Marques Correa, sobre “Preparação para o Parto e Parentalidade - Estudo de caso no âmbito do Projeto Terna Aventura da ESEnfC”, fui informado/a sobre os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e caráter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, às quais obtive resposta satisfatória. Com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do/a participante

_____ Data ____ / ____ /2019

Assinatura da investigadora

_____ Data ____ / ____ /2019

APÊNDICE 3

RECOLHA DE DADOS - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E
CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ

RECOLHA DE DADOS

ANO	Nº PROGRAMA	Nº PARTICIPANTE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

	MULHER	HOMEM
IDADE		
ESCOLARIDADE		
PROFISSÃO		
Nº FILHOS		
LOCAL RESIDENCIA		

CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ

INÍCIO VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL (VPN)	
LOCAL VPN (c.s /maternidade / privada)	
IG (aquando o início Terna Aventura)	
IG (na última sessão do TA)	
GESTA / PARA	
ÍNDICE OBSTÉTRICO	
RISCO OBSTÉTRICO / FATOR DE RISCO	
OUTRAS OBSERVAÇÕES	

APÊNDICE 4

RECOLHA DE DADOS – TAXA DE PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES E HOMENS
NOS PROGRAMAS

TAXA DE PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS

Ano/ Programa	Mulheres		Homens		Outros	
	Nº participantes	Nº sessões	Nº participantes	Nº sessões	Nº participantes	Nº sessões
2018/p1						
2018/p2						
2017						
2016/p1						
2016/p2						
2015/p1						
2015/p2						
2014/p1						
2014/p2						
2012						
2011/p1						
2011/p2						

