

Determinantes Obstétricos da Competência Materna Auto-Percebida

Obstetric determinants of the self-perceived maternal competences

Determinantes obstétricos de la competencia materna auto-percibida

Susana Ferreira¹; Emília Coutinho²; João Duarte³; Betty Fernández Arias⁴

RESUMO

Enquadramento: Na transição para a parentalidade os recentes pais são desafiados ao desenvolvimento de novas competências no cuidar do seu filho, tornando-se necessário identificar os fatores que o influenciam.

Objetivo: Determinar a relação entre as variáveis obstétricas e a Competência Materna Auto-percebida (CMAP) das puérperas de um hospital da Região Norte de Portugal, no cuidar do recém-nascido (RN) de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, analítico-correlacional, não experimental e transversal. Amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 212 puérperas internadas no serviço de Obstetria. Foram excluídas do estudo todas as puérperas que não tiveram RN de termo ou cujos RN ficaram internados em cuidados intensivos neonatais. O protocolo de avaliação foi o questionário para a caracterização obstétrica e a Escala de Auto-perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais no cuidar do RN de termo de Santos & Mendes (2004).

Resultados: A gravidez planeada, a gravidez desejada, a aceitação da gravidez e a preparação para o parto está relacionada com a CMAP. As mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público apresentam uma maior CMAP. De igual forma, a experiência prévia com bebés relaciona-se positivamente com a CMAP em todas as subescalas e dimensões.

Conclusão: A predisposição da mulher/casal para ter filhos influencia positivamente a CMAP. O enfermeiro pode ter um importante papel na capacitação da mulher/casal para a tomada de decisão e o desenvolvimento de competências maternas durante a preparação para a parentalidade.

Palavras chave: percepção; competência materna; fatores obstétricos.

ABSTRACT

Background: In the transition to parenthood recent parents are challenged to develop new skills in caring to their child, making it necessary to identify the factors that interfere with this development.

Objective: To determine the relationship between obstetric variables and Maternal Self Perceived Competences (MSPC) of the mothers from a northern hospital of Portugal, in care of the term newborn (NB) between the 24 and 72 hours postpartum.

Methods: In this quantitative, descriptive, analytical and correlational, non-experimental and cross-sectional study was used a non-probability sample of convenience consisting of 212 women interned in obstetrics services. All mothers who did not have term newborns or whose infants were hospitalized in neonatal intensive care were excluded. To the data collection was used a questionnaire that enabled the obstetric characteristics of the sample and included the Maternal Self Perceived Scale of Neonatal Nursing Skills on care the term newborn, from Santos & Mendes (2004).

Results: The planned pregnancy, undesired pregnancy, acceptance

of pregnancy and preparation for childbirth influence the MSPC. Women who attended the pregnancy in a public institution have greater MSPC. Similarly, prior experience with babies relates positively with the MSPC on all subscales and dimensions.

Conclusion: The predisposition of women/couples to have children influences positively the MSPC. Nurses can play an important role in women's/couple's empowerment, to take the decision and in the development of maternal skills while preparing to parenthood.

Keywords: perception; maternal competence; obstetric factors.

RESUMEN

Contexto: En la transición a la parentalidad, los padres tienen el reto de desarrollar nuevas competencias en el cuidado de su hijo, lo que obliga a identificar los factores que interfieren con este desarrollo.

Objetivo: Determinar la relación entre las variables obstétricas y la Competencia Materna Auto-percibida (CMAP) de las puérperas de un hospital de la región norte de Portugal, en el cuidado del recién nacido (RN) a término entre las 24 e 72 horas posparto.

Metodología: En este estudio descriptivo, cuantitativo, analítico-correlacional, no experimental e transversal, se utilizó una muestra no probabilística que comprende a 212 puérperas ingresadas en la planta de Obstetricia. Fueron excluidas del estudio todas las madres que hayan tenido un RN prematuro o cuyo hijo estuviese ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatal. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario que per-

¹ Enfermeira com Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica do CHEDV – Unidade de Santa Mª da Feira. Mestre em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetricia e Ginecologia.

² Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV. PhD em Ciências de Enfermagem.

³ Professor na Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV. PhD em Ciências de Saúde.

⁴ Enfermeira com Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica do Complejo Hospitalario de Pontevedra. Mestre em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetricia e Ginecologia.

mitiu a caracterização obstétrica da amostra e inclui a Escala de Auto-percepção Materna de Competências Cuidativas Neonatais em el cuidado de los RN a término de Santos & Mendes (2004).

Resultados: El embarazo planificado, el embarazo deseado, la aceptación del embarazo y la preparación para el parto influyen la CMAP. Las mujeres que vigilan el embarazo en una institución de carácter público muestran una CMAP mayor. Del mismo modo, la experiencia previa con los bebés se relaciona de forma positiva con la CMAP en todas sus subescalas y dimensiones.

Conclusión: La predisposición de la mujer/pareja para tener hijos influye positivamente en la CMAP. El enfermero puede tener un papel importante en la capacitación de la mujer/pareja para la toma de decisiones y en el desarrollo de competencias maternas durante la preparación para la parentalidad.

Palabras clave: Percepción; competencia materna; factores obstétricos.

INTRODUÇÃO

O puerpério representa um processo de mudança, no qual a mulher experimenta sensações de conforto e confiança enquanto cuidadora, habilitando-a para o desenvolvimento de competências cognitivo-motoras e cognitivo-afetivas no cuidado ao RN (Ramos, Faria, Oliveira & Silva, 2012).

A interação com o recém-nascido (RN) em casa é uma experiência nova, envolvendo os pais de forma muito exigente, e é nesta altura que enfrentam inúmeras dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências (Pedrosa & Mendes, 2011). Perante as adversidades, alguns pais pedem ajuda, outros tentam resolver sozinhos os obstáculos.

O enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), enquanto técnico de saúde integra uma equipa multidisciplinar, do qual se espera um papel muito importante no apoio e orientação aos pais, estimulando a sua participação ativa no cuidado ao bebé. Sendo “imprescindível identificar as necessidades de informação e os fatores que prejudiquem essa aprendizagem” (Belo, 2005, p. 16).

A atenção no pós-parto, segundo Ponce Capitán (2005) deve ser realizada por um enfermeiro especialista na área, por ser o profissional melhor qualificado para observar, identificar e compreender as mudanças psicológicas de adaptação por parte da mulher e as possíveis dificuldades apresentadas no cuidar do RN, permitindo que se estabeleça uma adequada relação emocional entre a mãe e o filho. Como refere Belo (2006, p. 136) “uma intervenção educacional bem estruturada é imprescindível para diminuir a ansiedade e a insegurança dos pais no cuidar do RN”.

Nos últimos anos, diversas investigações têm mostrado a relevância desta temática (Ponce Capitán, 2005; Belo, 2006; Melo, Brandão, Dutra, Iwazawa & Albuquerque, 2007; Pedrosa & Mendes, 2011). Contudo, o seu estudo tem sido mais exaustivo em relação às competências maternas auto-percebidas no cuidado do RN prematuro. O estudo realizado por Melo, Brandão, Dutra, Iwazawa & Albuquerque (2007) teve por objetivo identificar as informações adquiridas pelas mães durante o acompanhamento multiprofissional do pré-natal em relação aos cuidados com o bebé e conhecer qual a fonte destas informações. Já, a investigação desenvolvida por Ponce Capitán (2005) pretendeu conhecer o grau de co-

nhcimentos das puérperas sobre o seu autocuidado e cuidados ao RN no momento da alta hospitalar depois do parto. Esta autora constatou a falta de informação em relação ao autocuidado e cuidado familiar durante o puerpério, o aleitamento materno (AM) e o planeamento familiar. Das diversas variáveis referidas na literatura, a experiência prévia com bebés mostrou sempre uma relação positiva com as competências maternas cuidativas auto-percebidas (Belo, 2006), tanto motoras como afetivas referem (Lowdermilk & Perry, 2008).

Face ao exposto questionamo-nos:

Que relação existe entre as variáveis obstétricas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, número de consultas durante a gravidez, local de vigilância da gravidez, preparação para o parto, problema de saúde, tipo de parto atual, experiência prévia com bebés, AM exclusivo) e a CMAP das puérperas de um hospital da Região Norte de Portugal no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

Assim definimos o seguinte objetivo: Determinar a relação entre as variáveis obstétricas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, número de consultas durante a gravidez, local de vigilância da gravidez, preparação para o parto, problema de saúde, tipo de parto atual, experiência prévia com bebés, AM exclusivo) e a CMAP das puérperas de um hospital da Região Norte de Portugal no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, analítico-correlacional, de corte transversal. Utilizámos uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 212 puérperas internadas no serviço de Obstetrícia de um hospital da região norte que estivessem acessíveis nas semanas de aplicação do instrumento de colheita de dados. Critérios de exclusão – todas as puérperas que não tiveram RN de termo ou cujos RN ficaram internados em cuidados intensivos neonatais.

A idade das mulheres oscila entre 14 e 41 anos sendo o grupo etário dos 18 aos 34 anos o mais representativo (84,9%). Quase a totalidade da amostra é de nacionalidade portuguesa (96,7%), tem alguma crença (85,8%) e é maioritariamente católica (83,5%). A maioria é casada/união de facto (83%) e mais de metade vive com o companheiro/marido e filhos (51,9%).

A maior parte (68%) tem uma atividade laboral e somente 21,3% apresenta formação de nível superior. Mais de metade da amostra (51,4%) possui apenas um filho, 36,8% têm dois e 11,8% têm mais de dois filhos.

Como instrumento de colheita de dados, foi aplicado um questionário nos meses de Fevereiro e Março de 2011. Este consta de duas partes, a primeira referente à caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra e a segunda à Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN) criada por Marques & Sá (2004) e adaptada por Santos & Mendes (2004) que avalia as CMAP no cuidar do RN de termo.

A EAPMCCN consta de 34 afirmações tipo Lickert com cinco opções de resposta: "nunca", "raras vezes", "muitas vezes", "quase sempre", "sempre". As afirmações distribuem-se em duas dimensões atendendo ao referencial teórico de Steele & Polack referidos por Williams (1999 *cit in* Belo, 2005). A dimensão cognitivo-motora é de natureza prática ou mecânica, e está caracterizada por atividades orientadas a satisfazer as necessidades de alimentação, higiene, vestir, assegurar a temperatura corporal, proteger do perigo e promover a mobilidade do RN. Por outro lado, a dimensão cognitivo-afetiva é de natureza emocional e envolve competências maternas relacionadas com a comunicação, estimulação, sono e repouso do RN. Estas dimensões permitem identificar até que ponto a mãe se sente segura para cuidar do seu filho e satisfazer as suas necessidades. Na identificação das necessidades do RN temos por base o Modelo Teórico de Virginia Henderson.

RESULTADOS

Atendendo à caracterização da amostra, segundo as variáveis obstétricas constatámos que a maioria da amostra (99,5%) afirma ter frequentado as consultas de vigilância da gravidez. Das mulheres inquiridas verificámos que a maioria (93,9%). Esta vigilância foi realizada maioritariamente (63%) numa instituição de carácter público, seguindo-se o centro privado (20,9%) e 16,1% em centros públicos e privados simultaneamente. A maior percentagem (62,7%) de mulheres não realizou nenhuma consulta antes de engravidar.

Em relação à presença do enfermeiro nas consultas de vigilância, observámos que este esteve presente em mais da metade das consultas de vigilância (61,8%). Contudo 17% das mulheres afirmam que o enfermeiro esteve sempre ausente e 20,7% referem apenas ter estado presente às vezes.

No que diz respeito às informações prestadas nas consultas de vigilância de gravidez, verificámos que 67,5% das mulheres ficou satisfeita com a quantidade de informação que recebeu, afirmando que não gostaria de receber mais, no entanto, 32,5% gostaria de ter recebido mais informação.

A gravidez foi planeada pela maior parte da amostra (74,5%) e desejada pela mãe e pelo pai na maioria dos casos (89,2%). Quase a totalidade da amostra (97,6%) afirma que a gravidez foi aceite pelo pai e pela família.

A maioria das mulheres (65,6%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação para o parto. Cerca de um terço da amostra (34,4%) assistiu a esses cursos, contudo 71,2% das mulheres admitiram terem ido sozinhas.

A grande maioria (86,8%) da amostra não sofria de qualquer problema de saúde antes de engravidar. Durante a gravidez, 60,4% admitiram não ter tido qualquer complicação e 7,1% da amostra precisou de ficar internada durante a gravidez.

Quanto à idade gestacional, o intervalo entre as 39 e as 41 semanas de gestação é o mais predominante (65,1%) e só 7,1% da amostra tem mais de 41 semanas.

A maior parte das mulheres é primigesta (46,2%), mas

76,9% da amostra afirma que já teve experiência prévia com bebés.

O tipo de parto atual mais representativo é o eutócico (61,3%), seguido das mulheres que foram submetidas a cesariana (26,4%).

O Aleitamento Materno (AM) é praticado por 78,3% da amostra e 2,4% pratica o aleitamento artificial. No entanto, 19,3% afirma que o tipo de aleitamento é misto.

Tendo em conta os fatores obstétricos que podem influenciar a CMAP, observámos que o tipo de parto atual (eutócico ou distócico), a existência ou não, de um problema de saúde durante a gravidez, de AM exclusivo e o número de consultas durante a gravidez (≥ 6 consultas) não influencia a CMAP. Já a gravidez planeada, a gravidez desejada, a aceitação da gravidez, o local de vigilância da gravidez, a preparação para o parto e a experiência anterior com bebés influenciam a CMAP. Concretamente verifica-se que são as mulheres que planearam a gravidez as que apresentam uma menor auto-perceção da competência materna cuidativa neonatal relacionada com "alimentação", "higiene e conforto", "evitar os perigos" e "comunicação/estimulação". Pelo contrário, as mulheres que planearam a gravidez mas não para esta altura mostram uma maior CMAP em relação a "evitar os perigos" e as mulheres que não planearam a gravidez têm uma maior APMCCN na "alimentação", "higiene e conforto" e "comunicação/estimulação".

Em relação à gravidez desejada verificámos que a gravidez não desejada se relaciona com uma maior CMAP nas subescalas "alimentação", "higiene e conforto", pelo contrário, a APMCCN é menor quando a gravidez é apenas desejada pelo pai.

Atendendo à variável aceitação da gravidez, constatámos que as mulheres apresentam uma maior CMAP em relação à "comunicação/estimulação" quando a gravidez não é aceite pelo pai ou pela família.

No que se refere ao local de vigilância da gravidez, as mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público, apresentam uma maior APMCCN em cinco das seis subescalas, concretamente no "sono e repouso", "evitar os perigos", "alimentação", "manutenção da temperatura corporal" e "comunicação/estimulação". Nestas três últimas subescalas são as mulheres que vigiaram a gravidez exclusivamente no privado as que apresentam a menor CMAP. Já as mulheres que vigiaram a gravidez de forma simultânea num centro público e privado apresentam menor CMAP em relação a "evitar os perigos", "sono e repouso".

Quanto à preparação para o parto, as mulheres que a realizaram mostram uma menor CMAP nas subescalas "alimentação", "sono/repouso" e "comunicação/estimulação" que aquelas que não a realizaram.

Para finalizar constatámos que a experiência anterior com bebés influencia a APMCCN em todas as subescalas "alimentação", "higiene e conforto", "manutenção da temperatura corporal", "evitar os perigos", "sono e repouso" e "comunicação/estimulação". Assim, podemos afirmar que as mulhe-

res que tiveram experiências prévias com bebés manifestam uma maior APMCCN.

DISCUSSÃO

No que se refere aos fatores obstétricos que podem influenciar a CMAP, observámos que a gravidez planeada, a gravidez desejada, a aceitação da gravidez, o local de vigilância da gravidez, a preparação para o parto e a experiência anterior com bebés influenciam a CMAP. Já o tipo de parto atual (eutócico ou distócico), a existência ou não, de um problema de saúde durante a gravidez, de AM exclusivo e o número de consultas durante a gravidez (≥ 6 consultas) não influencia a CMAP. Também Pedrosa & Mendes (2011) constataram que o tipo de parto não influencia as competências maternas no cuidar do RN de termo.

Em relação ao AM, este é praticado por 78,3% da amostra e 2,4% pratica o aleitamento artificial. No entanto, 19,3% afirmam que o tipo de aleitamento usado é o misto. A nível nacional não existem estatísticas acerca da real incidência e prevalência do AM (Levy & Bértolo, 2012). Segundo Brito, Alexandrino, Godinho & Santos (2011), os estudos nacionais apontam para uma alta incidência do AM à data da alta da maternidade, entre 67% a 100%. Contudo, comparativamente com o estudo realizado por Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos (2011) intitulado “A experiência do aleitamento materno” realizado no Centro Hospitalar do Porto, Unidade Maternidade Júlio Dinis, os resultados da nossa investigação refletem uma percentagem mais baixa na prevalência do AM exclusivo à saída do Hospital. A supracitada Maternidade apresenta uma prevalência de AM exclusivo de 94,3% na altura da alta, que consideramos como resultado desta instituição estar apreciada como Hospital Amigo dos bebés pela OMS/Unicef, tendo por objetivo o cumprimento dos dez passos para o sucesso do AM.

No que se refere ao tipo de parto atual, o mais representativo é o eutócico (61,3%). Dos partos distócicos (38,7%), o mais prevalente é o parto por cesariana (26,4%). Após consultar as taxas de cesariana na instituição onde realizámos o estudo, estes resultados demonstram uma diminuição no número de cesarianas relativamente aos anos anteriores, que vão de encontro com as preocupações governamentais e medidas propostas para reduzir a taxa de cesarianas durante o ano de 2010 (Administração Regional de Saúde do Norte, 2010), no entanto, estes valores estão ainda acima dos recomendados pela OMS.

Quanto ao planeamento da gravidez, apurámos que a mesma foi planeada pela maior parte da amostra (74,5%), não obstante, a maioria (62,7%) não realizou nenhuma consulta antes de engravidar. Também verificámos que as mulheres que planearam a gravidez apresentam uma menor auto-perceção da competência materna cuidativa neonatal relacionada com “alimentação”, “higiene e conforto”, “evitar os perigos” e “comunicação/estimulação”. Relevante é também a elevada percentagem de mulheres que não realizou nenhuma consulta antes de engravidar, tendo em conside-

ração que já tinha inicialmente planeado a sua gravidez. Isto evidencia um défice em relação ao planeamento familiar, apesar de afirmarem que planearam a gravidez. A Direção Geral da Saúde (DGS, 2008) no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva refere que as consultas de planeamento familiar constituem momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concecionais, com vista a uma futura gravidez, conforme é preconizado na Circular Normativa nº 2 da Administração Regional do Norte de 16/01/06. Acrescenta ainda que todos/as utentes da consulta de planeamento familiar devem estar informados sobre a importância da programação de uma gravidez. Nenhuma mulher que pretenda engravidar, deve interromper o uso do método contraceutivo que o casal utiliza, sem por exemplo, iniciar pelo menos dois meses antes da data de interrupção do método contraceutivo a suplementação com ácido fólico (DGS, 2008). Segundo Cruz (2009), este problema referente ao baixo nível de participação dos usuários no sistema de saúde está relacionado com o nível cultural da população e da necessidade de investimentos na educação e na saúde. Uma população que não desenvolva uma consciência crítica, torna-se impossibilitada de adquirir um entendimento da realidade na qual está inserida, e perceber que são cidadãos de direitos e estes não estão a ser garantidos. Contudo, a nível nacional, a DGS informa na sua página web que a consulta de planeamento familiar é gratuita e existente nos Centros de Saúde e em alguns Hospitais e Maternidades do país. Destina-se a apoiar e informar os indivíduos ou casais, para que estes possam planear uma gravidez no momento mais apropriado, proporcionando-lhes a possibilidade de viverem a sua sexualidade de forma saudável e segura. Nesta consulta é feita a avaliação do estado de saúde da mulher ou do casal, avaliando-se, também a eventual existência de riscos ou doenças para a mãe ou para o futuro bebé (DGS, 2012).

Em relação à gravidez desejada, observámos que na maioria dos casos (89,2%) a gravidez foi desejada tanto pela mãe como pelo pai. Sendo assim, a percentagem de mulheres que desejou a gravidez, é ligeiramente superior ao estudo realizado por Fernández Arias (2011), em que 87,4% das mulheres em estudo, desejou a sua gravidez. Procurou-se identificar se a gravidez desejada influenciaria a APMCCN, assim como a todas as subescalas que a compõe, tais como: “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e comunicação/estimulação. Verificámos que a gravidez não desejada se relaciona com uma maior CMAP nas subescalas “alimentação”, “higiene e conforto”. O conceito de gravidez desejada ou não desejada é uma avaliação feita pela mulher no momento da conceção, no entanto, todo o contexto afetivo relativo a esta avaliação pode modificar-se ao longo da gravidez, pela influência de diversos fatores ou circunstâncias, acontecendo com muita frequência que crianças nascidas de gravidezes não desejadas se tornaram desejadas na altura do nascimento.

Atendendo à variável aceitação da gravidez, a grande maioria da amostra (97,6%) afirma que a gravidez foi aceite

pelo pai e pela família. No estudo da relação entre o facto de a gravidez ser aceite ou não e a APMCCN, realizámos um teste U de Mann-Whitney entre a aceitação da gravidez e a CMAP. Constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas para a subescala “comunicação/estimulação”. As mulheres apresentam uma maior CMAP em relação à “comunicação/estimulação”. Não foram encontrados estudos na revisão bibliográfica realizada que analisassem esta possível relação, contudo consideramos que o facto de a gravidez ser aceite pelo pai e pela família, se traduz em bem estar para a grávida que naturalmente se relaciona saudavelmente com o seu filho.

Ao analisar o número de consultas realizadas durante a gravidez, observámos que a maioria da amostra (99,5%) afirma ter frequentado as consultas de vigilância da gravidez, no entanto 6,1% não o fez de forma adequada. Estes resultados vão de encontro com o estudo já referido realizado por Fernández Arias (2011), em que a maior parte das puérperas (97%) realizou mais de 6 consultas durante a gravidez, enquanto 3% não a realizou adequadamente. Segundo Cordeiro (2006), a gravidez não vigiada é ainda uma realidade da prática obstétrica. Santos, Moura, Pinho, Almeida & Maio (2011) referem que existe uma menor percentagem de gravidezes não vigiadas, demonstrando a melhoria da informação e do acesso aos cuidados de saúde. Contudo, afirmam que há que continuar a implementar medidas para que 100% das gravidezes sejam adequadamente vigiadas. Para estes autores, os programas de vigilância de gravidez têm vindo a ser bem-sucedidos, mas existem ainda falhas no seguimento obstétrico. De referir que no nosso estudo apenas considerámos o número de consultas não tendo em conta a data em que a primeira consulta foi realizada, o que pode justificar os níveis mais elevados deste estudo.

Das informações prestadas nas consultas de vigilância da gravidez, 32,5% da amostra gostaria de ter recebido mais informação. Estes resultados são mais positivos que os encontrados por Oliveira, Patel & Fonseca (2004) que verificaram que a maioria das puérperas estudadas (85%) realizou a vigilância pré-natal, contudo uma parte significativa (35,3%), não recebeu qualquer tipo de orientação, afirmando a necessidade de rever as práticas educacionais realizadas com as gestantes durante as consultas de vigilância. Na investigação realizada por Ponce Capitán (2005), constatou-se que 82% das puérperas afirmam que apesar de terem conhecimentos sobre o seu autocuidado e cuidados a ter com o RN, gostariam de receber informação organizada antes da alta hospitalar. Estudos mais recentes, como o realizado por Ma (2010), mostram resultados mais satisfatórios, em que 6% das puérperas afirmam não ter recebido orientações suficientes sobre o autocuidado, mas apresentam um conhecimento satisfatório. Para Ponce Capitán (2005), é importante a implicação da EESMOG no apoio profissional oferecido às puérperas e a necessidade de assegurar às mesmas o seguimento com a presença destes enfermeiros nos cuidados continuados. Na nossa investigação constatámos que nas consultas de vigi-

lância da gravidez, 17% das mulheres afirmam que o enfermeiro esteve sempre ausente nas consultas e 20,7% referem ter estado presente às vezes. Estes resultados desfavoráveis são ainda mais preocupantes se tivermos em consideração que muitos dos enfermeiros que asseguram as consultas de vigilância da gravidez não são enfermeiros especialistas.

Em relação ao local de vigilância da gravidez, as mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público, apresentam uma maior APMCCN em cinco das seis subescalas, concretamente na “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Curiosamente, as puérperas que vigiaram a gravidez numa instituição pública e privada, em simultâneo, apresentam uma menor CMAP no que se refere a “evitar os perigos”, “sono e repouso”. Isto permite-nos refletir que o facto da mulher complementar a vigilância da sua gravidez em dois tipos de instituições não oferece garantia de capacitação das mães em melhores competências cuidativas neonatais. Nas subescalas “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal” e “comunicação/estimulação” são as mulheres que vigiaram a gravidez no privado as que apresentam a menor APMCCN. No estudo realizado por Pedrosa & Mendes (2011), contrariamente aos resultados obtidos na nossa investigação, verificou-se que as competências maternas são independentes do local de vigilância da gravidez.

No nosso estudo verificámos que a vigilância da gravidez foi realizada maioritariamente (63%) numa instituição de carácter público, seguindo-se o centro privado (20,9%) e 16,1% em centros públicos e privados simultaneamente. De igual forma, Fernández Arias (2011) verificou este facto, 24,4% das puérperas em estudo realizaram a vigilância da gravidez num centro público e privado em simultâneo. Isto permite-nos pensar numa certa insegurança ou desamparo por parte das grávidas que sentem necessidade de recorrer aos dois serviços, apesar das dificuldades socioeconómicas em que se encontra o país. Mas como já foi referido, esta dupla vigilância da gravidez não demonstra resultados favoráveis na auto-perceção materna das suas competências cuidativas no cuidado ao RN de termo.

Quanto à preparação para o parto, a maioria das mulheres (65,6%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação para o parto. Das mulheres que assistiram (34,4%) a estes cursos, 71,2% admite ter ido sem a companhia de alguém da sua referência. No estudo já referido, realizado por Fernández Arias (2011), também se depararam com o facto da maioria das mulheres (68,9%) não terem frequentado nenhum curso de preparação para o parto; e daquelas que o realizaram, 78,5% frequentaram-nos sozinhas. Estes resultados estão muito abaixo do esperado para as mulheres que têm na preparação para o parto, um direito reconhecido pela legislação de Proteção à Maternidade e Paternidade e Assistência ao Parto (Couto, 2006). Para Couto (2006, p.197), a preparação para o parto deve ser entendida, socialmente, como “um momento privilegiado para a mulher grávida, para a sua família, como estratégia política de educação para

a saúde com resultados evidentes e duradouros". Por outro lado, Cunha (2008), afirma que o companheiro deve ser estimulado e incentivado a participar ativamente nesta preparação.

A preparação para o parto influencia a CMAP em relação à "alimentação", "sono/repouso" e "comunicação/estimulação". As mulheres que não realizaram preparação para o parto mostram uma maior CMAP nestas subescalas que aquelas que a realizaram. Contudo, não podemos esquecer que estes resultados são contraditórios, já que a preparação para o parto está cientificamente comprovada como benéfica para a mãe e para o filho, sendo um direito contemplado na legislação para todas as grávidas do Sistema Nacional de Saúde (Cunha, 2008). Segundo Santos (2007), a preparação para o parto nas suas várias conceções, consiste essencialmente num método de educação física e psíquica, através de informação sobre o processo gravídico, trabalho de parto, parto, pós-parto e os cuidados ao RN, favorecendo o desempenho da mulher e preparando-a para o seu futuro papel de mãe (Santos, 2007). Os benefícios das aulas de preparação para o parto não se limitam ao trabalho de parto e parto, permitem também que os pais se sintam preparados para cuidar melhor do seu filho, o que irá proporcionar um ambiente mais calmo e tranquilo (Pousa, Madureira & Lobo, 2010).

Consideramos que os resultados encontrados nesta investigação, podem-nos orientar para algumas linhas de atuação, assim partilhando da opinião de Rodrigues & Miranda (2009), que consideram necessário traçar algumas metas como aumentar a percentagem de grávidas que frequentam os cursos de preparação para o parto e aumentar a percentagem de grávidas que participam nestes cursos com pelo menos doze sessões. A partir da nossa investigação não conseguimos conhecer em que condições foram realizados estes cursos de preparação, quais os profissionais a lecionar estes cursos e durante quanto tempo os realizaram, por estes motivos, consideramos que estes fatores podem afetar a qualidade proporcionada, refletindo-se nos resultados obtidos neste estudo. Ainda somos cientes que na instituição onde foi realizada a nossa investigação, as grávidas podem realizar uma visita guiada à sala de partos e duas sessões de esclarecimento no final da gravidez, que incorretamente algumas grávidas e profissionais de saúde denominam preparação para o parto. Este facto, pode ter sido um dos fatores que tenha condicionado estes resultados. Por outro lado, Cunha (2008) afirma que os profissionais que ministram os cursos de preparação para o parto devem ter competências pedagógicas que deem resposta às necessidades do casal, que para além de manterem atualizados os conteúdos programáticos das aulas teóricas, deverão ter em conta a uniformização de procedimentos não só no seu local de trabalho mas também a obtida através de uma boa articulação e cooperação com o hospital de referência. Assim, a formação dos profissionais é uma mais valia para a qualidade da assistência.

Para finalizar abordamos a experiência anterior com bebés. Ainda que a maior parte das mulheres deste estudo

seja primigesta (46,2%), muitas das puérperas (76,9%) afirmam que já tiveram experiência prévia com bebés. Procuramos desta forma identificar se a experiência prévia com bebés influenciaria a APMCCN. Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas "alimentação", "higiene e conforto", "manutenção da temperatura corporal", "evitar os perigos", "sono e repouso" e "comunicação/estimulação". Assim, podemos afirmar que a experiência prévia com bebés se relaciona com a CMAP de forma direta, isto é, as mulheres que tiveram experiências prévias com bebés manifestam uma maior APMCCN.

Resultados similares aos obtidos no nosso estudo foram encontrados na investigação já mencionada, realizada por Belo (2006) que afirma que as mães com mais experiência prévia com bebés evidenciam uma perceção muito mais elevada nas suas competências cuidativas neonatais. Segundo Canavarro (2006), as experiências prévias proporcionam às mães alguma perícia para lidar com o RN e diminuem ansiedades e/ou medos características de situações desconhecidas.

CONCLUSÃO

Face aos objetivos inicialmente definidos concluiu-se que a gravidez planeada, a gravidez desejada, a aceitação da gravidez, o local de vigilância da gravidez, a preparação para o parto e a experiência anterior com bebés se relacionam com a CMAP.

O EESMOG pode ter um importante papel na capacitação da mulher/casal. As sessões de educação para a saúde dirigidas à mãe/família permitem fortalecer e incrementar os seus conhecimentos e favorecer a tomada de decisão e o desenvolvimento de competências maternas durante a preparação para a parentalidade.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde do Norte (2010). *Medidas para reduzir à taxa de cesarianas na região norte de Portugal*. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte. Acedido em 22, Junho, 2011, em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf
- Belo, H. M. A. M. (2005). *Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo: Estudo de Factores Associados*. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Escola Superior de Altos Estudos. Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Belo, H. M. A. M. (2006). *Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo. Interações*. 11, 131-145. Acedido em 10, Janeiro, 2011, em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/202/212>
- Brito, H., Alexandrino, A. M., Godinho, C., & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 209-214. ISSN 0873-9781.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 978-989-558-081-1
- Cordeiro, A. (2006). Gravidez não vigiada – A experiência da MAC em 2004. *Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, XVI(4), 12-16.
- Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(2), 190-198. Acedido em 07, Outubro, 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200007&lng=en&nrm=iso

- doi: 10.1590/S0104-11692006000200007.
- Cunha, F. P. S. (2008). Preparação para o parto no Centro de Saúde de Ílhavo: contributo prático da vigilância pré-natal. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 9, 21-24. ISSN 1646-3625.
- Cruz, A. C. D. (2009). *Gravidez precoce: Da gravidez planejada à não desejada - Um estudo com as adolescentes atendidas na unidade básica de saúde do distrito Oeste de Manaus*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Instituto de Ciências Humanas e Letras. Acedido em 17, Julho, 2011, em: http://www.ppgss.ufam.edu.br/attachments/007_Ana%20Cristina.pdf
- Direcção Geral da Saúde. PORTUGAL. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. *Saúde reprodutiva - Planeamento familiar (orientações técnicas 9)*. Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada. Acedido em 19, Agosto, 2012, em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAA> ISBN 978-972-675-182-3.
- Direcção Geral da Saúde. PORTUGAL (2012). *Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em 12, Agosto, 2012, em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065715AAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Fernández Arias, B. (2011). Práticas Obstétricas segundo a OMS. Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de SMOG e elaborada sob orientação da Professora Doutora Paula Nelas e Professor Doutor João Duarte. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. ISBN: 978-972-96436-1-3.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- Ma, R. T. K. (2010). *Conhecimento das Puérperas sobre o Autocuidado e o Cuidado com o Recém-nascido*. Monografia apresentada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Unidade Universitária de Dourados.
- Marques, S. M. N. & Sá, M. G. S. (2004). Competências Maternas Auto-percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*, 11, 33-41. Acedido em 14, Janeiro, 2011, em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=36&id_rev=5&id_edicao=10
- Melo, J. M., Brandão, E. H. S., Dutra, S. M. V., Iwazawa, A. T., & Albuquerque, R. S. (2007). Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(2), 280-286. Acedido em 12, Março, 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200010&lng=en&tlng=pt doi:10.1590/S0104-07072007000200010.
- Mendes, I., Cortesão, C., Sousa, G., & Carvalho, S. (2011). Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo em primíparas. *Revista Nursing*, 275(23), 12-19. ISBN/ISSN: 0871-6196.
- Oliveira, A. P. R., Patel, B. N., & Fonseca, M. G. M. Dificuldades na amamentação entre puérperas atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos, Feira de Santana/BA. (2004). *Sitientibus*, Feira de Santana, 30, 31-46. Acedido em 18, Agosto, 2012, em: http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/30/dificuldades_na_amamentacao.pdf
- Pedrosa, A. & Mendes, I. (2011). *Transição para a parentalidade e competências maternas do cuidar do recém-nascido de termo*. Publicação em Actas de Eventos Científicos. Coimbra: XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem organizada pela Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Acedido em 17, Junho, 2012, em: http://www.esenfc.pt/docentes/pcDetails_G.php?id=3136
- Ponce Capitán, M. A. (2005). Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Profesión* 6(3) 14-19.
- Pousa, O. M. T., Madureira, C. S. A. S. P., & Lobo, A. S. L. R. (2010). *Preparação para o Parto e Parentalidade*. In Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto. Contributos. Corrente Dinâmica, 19-25. Acedido em 10, Junho, 2011, em: <http://www.correntedinamica.com/lvr-congrabril2010.pdf>
- Ramos, S., Faria, N., Oliveira, E. A., & Silva, I. S. S. (2012). O ajustamento materno na gravidez tardia: contributos para a prática de Enfermagem. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4. Acedido em 22, Novembro, 2012, em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigo=30843>
- Rodrigues, A. & Miranda, M. J. (2009) Um olhar sobre a preparação para o parto pelo método psicoprofilático. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 10, 37-40. ISSN 1646-3625.
- Santos, M. U. R. C. (2007) *Preparação para o parto - Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia de Saúde da Universidade do Algarve em Faro. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Instituto Politécnico de Beja. Acedido em 21, Janeiro, 2012, em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/781/1/tese%20-%20todos%20capitulos.pdf>
- Santos, V., Moura, M., Pinho, J. P., Almeida, V., & Maio, J. (2011). Características sócio-demográficas das puérperas e seguimento das puérperas. O Que Mudou em 17 Anos? *Acta Medica Portuguesa*, 24:6 877-884. Acedido em 19, Julho, 2012, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/6/877-884.pdf>
- Santos, E. M. & Mendes, I. M. (2004). EAPMCCN: um instrumento para avaliação das competências maternas auto-percebidas no cuidar do recém-nascido de termo. *Referência, in press*.