

## INTRODUÇÃO

A evolução da Enfermagem tem contribuído para uma permanente reflexão sobre a posição do enfermeiro, num contexto social e científico de mudança. Para conceber cuidados de enfermagem consistentes, são exigidos aos enfermeiros conhecimentos específicos, um olhar crítico sobre as diferentes realidades e o desenvolvimento de competências apropriadas. Neste sentido, perante uma sociedade, cada vez mais exigente e com direito a sê-lo, o caminho é a prossecução de uma Enfermagem construída sob uma base científica própria para guiar a prática dos cuidados e para desenvolver conhecimentos que permitem novos saberes, novos comportamentos, novos caminhos e novas atuações, na procura de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Parece ser um sinal de uma etapa importante, no desenvolvimento de uma profissão, o acesso à investigação pela possibilidade de mobilizar o sentido do progresso e da inovação (Fortin, 2009). Em conformidade, para a Ordem dos Enfermeiros (2006) é imprescindível uma prática de cuidados fundamentada, através do desenvolvimento de estudos que orientem e apoiem um exercício profissional sedado em resultados de investigação. Portanto, produzir um corpo de conhecimentos através da investigação, que tem como referência a prestação de cuidados de enfermagem, representa (...) *uma área de estudo prioritária pela evidente pertinência social que os estudos realizados neste âmbito têm, como forma de promover e assegurar a qualidade e a diversidade de cuidados de enfermagem a que os cidadãos legitimamente aspiram* (Espiney [et al.], 2004, p.8).

O tempo é o pano de fundo das transformações que ocorrem ao longo da vida dos indivíduos. É sabido que os indivíduos partilham relógios biológicos e expectativas sociais mais ou menos semelhantes e evoluem através de etapas mais e menos previsíveis, de forma universal, apesar das diferenças culturais. Existe uma série de aspetos comuns que caracterizam o *guião* do seu desenvolvimento ao longo do tempo. A relação de proximidade da Enfermagem com os indivíduos permite acompanhá-los ao longo do seu ciclo de vida, durante o qual se

envolvem em processos dinâmicos de construção e desenvolvimento pessoal, sendo que neste percurso, são confrontados com determinados acontecimentos críticos. Entre esses processos evidencia-se no ciclo de vida da mulher: a maternidade, dentro da qual o trabalho de parto é considerado um evento crítico na transição para o exercício do papel maternal e para o desenvolvimento da identidade materna (Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010).

Para a maioria das sociedades, o trabalho de parto não existe como um acontecimento isolado e sem significado no ciclo de vida da mulher (Figueiredo, Costa, e Pacheco, 2002). O trabalho de parto representa um evento crítico na vida da mulher e família (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996), que perpassa todo o processo da gravidez, sob a forma de uma coleção de expectativas, e que continua a ser recordado, marcando profundamente a história da mulher e do seu filho (Kitzinger, 1984; Simkin, 1991, 1992).

Diversos autores consideram que as expectativas da mulher em relação ao trabalho de parto, ao seu próprio bem-estar e ao bem-estar do seu bebê, podem influenciar, positiva ou negativamente, o modo como o trabalho de parto é experienciado (Beaton e Gupton, 1990; Green, 1993; Maldonado, 2002; Hallgren [et al.], 1995; Waldenström, 1999; Hodnett, 2002). Entretanto, a percepção da mulher sobre a sua experiência de trabalho de parto constitui uma variável relevante a ter em conta na transição para a maternidade, pela possibilidade de uma experiência de trabalho de parto positiva conseguir facilitar o desempenho do papel maternal e o desenvolvimento de uma relação afetiva entre mãe e filho (Mercer, 2004; Gardern e Deatrick, 2006; Meleis [et al.], 2010).

Este estudo assenta no pressuposto que a construção das expectativas tem influência na própria experiência de trabalho de parto e no modo como a transição para a maternidade se processa, pois as imagens que se vão construindo durante a gravidez, sejam elas positivas ou negativas, interferem com a qualidade da experiência percebida pela mulher, marcando a passagem para uma nova condição: a de mãe (Coleman, Nelson e Sundre, 1999; O'Neal, 2001; Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002). Dentro deste contexto, emerge a problemática da investigação: *qual o significado atribuído pela mulher à experiência de trabalho de parto, a partir das expectativas construídas durante a gravidez, e de que forma este continuum [entre o que foi antecipado e o que foi experienciado] se repercute na transição para a maternidade.*

O modelo conceptual que serviu de referência para a realização do estudo foi a Teoria das Transições de Médio Alcance de Meleis [et al.] (2010), uma vez que enfatiza a importância dos cuidados de enfermagem nas mudanças condicionadas por transições na vida das pessoas, como é o caso da maternidade no ciclo de vida da mulher, dentro da qual o trabalho de parto surge como um evento crítico.

O conhecimento é poder para aqueles que o desenvolvem, para os que o usam e para todos os que beneficiam dele. A soma de conhecimentos obtida neste trabalho de investigação tem implicações ao nível dos cuidados prestados por profissionais da saúde, numa procura constante da qualidade de cuidados, sobretudo na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, transformando este trabalho numa oportunidade para (...) *to optimize and improve the childbearing experience and improve the overall health of women and newborns through discovering what types of behaviors and activities will make the experience of motherhood the best it can be* (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2002, p.9).

Assim sendo, no sentido de ampliar o conhecimento sobre o modo como as mulheres integram a sua experiência de trabalho de parto no processo de transição para a maternidade, a partir das expectativas desenvolvidas durante a gravidez, optou-se pela realização de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, com a finalidade de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados à mulher, de modo a contribuir, por essa via, para uma experiência de trabalho de parto positiva. Para a concretização do estudo foram entrevistadas mulheres, que descreveram as suas expectativas e as suas experiências de trabalho de parto, e o modo como se processou o exercício efetivo do papel materno, logo após o trabalho de parto.

A dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos:

- No primeiro capítulo, o enquadramento teórico, procede-se à revisão da literatura acerca dos principais conceitos e realidades inerentes aos temas em análise, no sentido de fundamentar a problemática, de forma lógica. Assim, entre os conceitos e os temas abordados, destacam-se: as expectativas da mulher acerca do trabalho de parto; os fatores que influenciam a avaliação da experiência do trabalho de parto; o conceito de transição para a maternidade e a Teoria das Transições de Meleis.

- No capítulo seguinte, o enquadramento metodológico, fundamenta-se a escolha da problemática do estudo e descrevem-se as opções metodológicas utilizadas, que incluem: as perguntas de investigação; o tipo de estudo; caracterização da amostra e tipo de amostragem e do contexto do estudo; o procedimento para a recolha de dados, bem como, a análise dos mesmos. Finalizamos este capítulo com os aspetos éticos garantidos na realização do estudo.

- No terceiro capítulo, numa primeira etapa, são caracterizadas as participantes do estudo e, posteriormente, procede-se à apresentação, à análise e à discussão dos resultados.

- Findamos com o quarto capítulo, no qual são apresentadas as principais conclusões deste estudo. São explanadas as reflexões finais, no que se refere às relações encontradas e são enumeradas algumas implicações do estudo para a prática clínica e sugestões para futuras investigações, sobretudo no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

## CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Descrever o quadro teórico de uma investigação é construir um sistema conceptual adaptado ao objeto da investigação, precisando os conceitos fundamentais e as relações que eles têm entre si (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Neste sentido, no presente capítulo pretendemos clarificar os principais conceitos do estudo, através da explanação da literatura, no âmbito das expectativas sobre a experiência de trabalho de parto e da percepção da experiência de trabalho de parto, na perspetiva da mulher. Procuramos, também, compreender o trabalho de parto como um evento crítico na transição para a maternidade.

### 1.1 Construção das Expectativas associadas ao Trabalho de Parto

A criação de expectativas está, muitas vezes, associada às necessidades expressas ou às exigências de cada indivíduo (Gonçalves, Alves e Ramos; 2010); embora, diversos textos sugiram dificuldades em definir o conceito de expectativas. O modelo sugerido por Thompson e Sunol (1995) é o mais referido na literatura e identifica quatro tipos de expectativas: *a expectativa ideal* (por referência a resultados desejados ou preferidos); *a expectativa preditiva* (por referência a resultados esperados); *a expectativa normativa* (por referência ao que é suposto acontecer) e *a expectativa não-formada* (por ausência ou por incapacidade de expressão). Entretanto, De Silva (2000) propõe classificar o desenvolvimento de expectativas em relação aos seus antecedentes, particularmente, a experiência pessoal, a experiência ou opinião de terceiros, ou crenças pessoais, resultante de várias fontes de conhecimento.

Para Thompson e Sunol (1995) e Murray, Kawabata e Valentine (2001) as expectativas constituem um dos fatores que determinam a satisfação dos cidadãos com os cuidados de

saúde. Gonçalves, Alves e Ramos (2010, p. 2) definiram satisfação como o resultado de (...) *uma equação onde entram as expectativas prévias e a experiência concreta vivenciada*. A satisfação dos indivíduos pode ser vista com um processo cognitivo e emocional, focada nos significados e na importância que é atribuída aos cuidados de saúde (Alden, Hoa e Bhawuk, 2004). Por seu turno, Johansson [et al.] (2002) descreveram a satisfação como o resultado da relação entre as expectativas do indivíduo sobre os cuidados de saúde e a sua percepção sobre os cuidados prestados. Neste contexto, a insatisfação surge quando as expectativas não são atingidas ou cumpridas.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia fala-se nas expectativas da mulher sobre a experiência de trabalho de parto; a configuração da experiência de trabalho de parto sob a forma de expectativas negativas ou positivas; nos diversos fatores que influenciam a mulher na construção de expectativas em relação ao trabalho de parto; no impacto que a confirmação (ou não) das expectativas sobre a experiência de trabalho de parto tem sobre a mulher e apela-se, constantemente, à necessidade dos profissionais da saúde ajudarem a mulher a projetar expectativas realistas e positivas. São múltiplas e diversas as expectativas das mulheres em relação à sua experiência de trabalho de parto e parecem ser o resultado dos encontros e dos desencontros do quotidiano pessoal e das constantes revoluções sociais.

A gravidez representa um processo dinâmico de construção e desenvolvimento no ciclo de vida de cada mulher, compreendendo um período que medeia a concepção e o trabalho de parto. Caracteriza-se pelos seus ensaios, ansiedades, ligações e fantasias que permitem à mulher, que o projeto da maternidade se continue a construir e a dimensionar de uma forma gradual (Canavarro, 2001). A gravidez é uma fase singular na vida da mulher, que exige uma reorganização psicológica, relacional e social e a resolução de tarefas desenvolvimentais, pelo que também são diferentes as preocupações das mulheres nos diferentes momentos desse processo (Colman e Colman, 1994; Canavarro, 2001). Uma dessas tarefas é a progressiva construção de expectativas em torno do acontecimento do trabalho de parto.

À medida que se aproxima a data do trabalho de parto, a realidade da experiência que a mulher enfrentará e a sua inevitabilidade ameaçam, por vezes, a serenidade da gravidez (Kitzinger, 1984). A fase final da gravidez é, sobretudo, um período que se pode acompanhar por uma ambiguidade de sentimentos: por um lado, a satisfação por terminar uma gravidez bem-sucedida e confrontar-se pela primeira vez com o seu bebé e, por outro lado, um aumento da ansiedade face à aproximação do trabalho de parto (Colman e Colman, 1994), um acontecimento inteiramente desconhecido, no caso das mulheres primíparas.

Há uma altura na vida da mulher em que o que está em causa são as suas expectativas, as esperanças e os receios mais profundos acerca do trabalho de parto (Kitzinger, 1984). Segundo Peterson (1996) o trabalho de parto, pela sua natureza e intensidade, não é um evento neutro: ele envolve sobrecarga emocional e inúmeras vulnerabilidades, sob a forma de níveis elevados de ansiedade, medo e diversas expectativas. Alguns autores consideram que as expectativas em relação ao trabalho de parto durante a gravidez podem influenciar, positiva ou negativamente, a maneira como o próprio trabalho de parto é experienciado (Beaton e Gupton, 1990; Green, 1993; Waldenström, 1999; Hodnett, 2002).

Uma combinação paradoxal parece afetar a grávida face à antecipação do trabalho de parto: expectativas positivas e expectativas negativas. De facto, diversos estudos têm procurado investigar as ligações entre o tipo de sentimentos e as expectativas no período pré-natal e as experiências de trabalho de parto e os resultados parecem ser inequívocos: sentimentos de ansiedade, desenvolvidos durante a gravidez, estão associados a expectativas negativas, e reportam-se a uma experiência negativa de trabalho de parto (Heaman [et al.], 1992; Green, 1993; Waldenström, 1999; Gibbins e Thomson, 2001); por outro lado, sentimentos de confiança e controlo, sob a forma de expectativas positivas acerca do trabalho de parto, parecem ser responsáveis pela atribuição de um significado positivo à experiência (Waldenström, 1999; Gibbins e Thomson, 2001). Outros estudos de investigação (Beaton e Gupton 1990; Green, 1993) concluíram que as expectativas relacionadas com o trabalho de parto podem afetar o modo como as mulheres experienciam o período pós-parto.

A experiência de trabalho de parto que a mulher cria segundo as suas expectativas é determinado por um vasto conjunto de fatores, os quais têm a ver com as normas que vigoram na cultura e sociedade à qual pertence, mas também com diversas dimensões de âmbito pessoal (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002). O modo como cada mulher previamente concebe o seu próprio trabalho de parto, determina múltiplas categorias importantes do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência. Na verdade, muitos fatores têm sido identificados e discutidos no sentido de perceber melhor a forma como a mulher antecipa o trabalho de parto (Pacheco [et al.], 2005). Por isso, é importante explorar as expectativas das mulheres em relação à experiência de trabalho de parto, a fim de compreender como elas podem ser ajudadas a desenvolver as expectativas realistas e identificar esses fatores de modo a capacitá-las para atingir os seus objetivos para o trabalho de parto, possibilitando, em última instância, que usufruam de experiências de trabalho de parto mais satisfatórias e positivas.

Com o objetivo principal de estimar adequadamente a antecipação da grávida em relação ao parto, Costa [et al.] (2005) traduziram e validaram um instrumento – o *Questionário*

*de Antecipação do Parto* (QAP). O QAP avalia diferentes dimensões da forma como a grávida antecipa a sua experiência de parto, e que se espelham, segundo as autoras, através de seis subescalas: 1) planeamento e preparação para o parto; 2) expectativas quanto ao parto; 3) preocupações com a saúde e consequências adversas do parto; 4) expectativas quanto ao pós-parto; 5) expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro; 6) expectativas quanto ao suporte social (pessoas significativas e profissionais da saúde). De acordo com as características psicométricas, o QAP é o primeiro instrumento em Portugal com o propósito de avaliar a antecipação que a grávida faz do parto. Como implicações para a prática, Costa [et al.] (2005) referem-se ao QAP como uma ferramenta prática de forma a poder ser facilmente utilizada por profissionais da saúde, em contexto diversificados. Assim, através da aplicação do instrumento poder-se-á identificar as mulheres, durante a gravidez, com uma antecipação negativa da experiência de trabalho de parto e, portanto, em risco de adaptação à gravidez, ao trabalho de parto e ao pós-parto.

Outras investigações pretenderam descrever a forma como as mulheres primíparas antecipam a experiência de trabalho de parto, em diferentes momentos da gravidez. Pacheco [et al.] (2005) demonstraram que à medida que o termo da gravidez se aproxima, os níveis de ansiedade aumentam, bem como as preocupações, os medos, as incertezas e o sentimento de risco relativamente ao trabalho de parto. As autoras constataram que, de uma forma geral, no 2.º trimestre da gravidez, as grávidas antecipam o suporte por parte de figuras significativas, estão moderadamente preocupadas com o seu bem-estar e o do bebé, e antecipam a dor e o medo no trabalho de parto. No 3.º trimestre de gravidez, a antecipação da dor, do medo, de preocupações com a saúde, de falta de controlo e de confiança intensificam-se. As conclusões do estudo revelam que se a mulher tem uma visão mais fantasiada do trabalho de parto no 2.º trimestre da gravidez, esta visão é corrigida no 3.º trimestre, assemelhando-se mais ao que provavelmente será a sua experiência, o que revela uma mudança desenvolvimental importante com efeitos positivos na adaptação da mulher ao trabalho de parto e pós-parto.

A maior parte das mulheres descreve um conjunto de emoções, que são específicas, quando questionadas sobre a antecipação da experiência de trabalho de parto, sendo o medo e a ansiedade as emoções mais representativas (Figueiredo, Costa e Pacheco; 2002).

O medo é uma das respostas mais prevalentes quando a grávida reflete e imagina a sua experiência de trabalho de parto. Assim, o medo do trabalho de parto não é um problema isolado, pois está associado a determinadas características pessoais da mulher, principalmente níveis de ansiedade mais elevados, baixa autoestima, depressão, insatisfação com o seu parceiro e falta de apoio (Saisto e Halmesmäki, 2003). Entretanto, autores como Waldenström

(1999) e Salomonsson, Wijma e Alehagen (2010) concluíram que o medo é capaz de influenciar o curso da gravidez, o trabalho de parto e a ligação mãe-filho no período pós-parto.

Sobre as expectativas criadas em torno da experiência de trabalho de parto, muitas mulheres associam frequentemente o medo, referindo-se sobretudo, à elevada preocupação relativa à severidade da dor (Ip, Chien e Chan, 2003), bem como ao seu próprio bem-estar e ao bem-estar do recém-nascido (Green, 1993; Gibbins e Thomson, 2001). O medo aumenta a experiência de dor (Colman e Colman, 1994). Embora a importância dada à dor no trabalho de parto varie de sociedade para sociedade é uma experiência reconhecida como intrínseca e esperada, em todas as sociedades (Figueiredo, Costa e Pacheco; 2002). Os investigadores, Ip, Chien e Chan (2003) verificaram que as grávidas expressam preocupações relativas à sua própria capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto. Muitas mulheres esperam, ainda, que a dor possa ser controlada, com ou sem analgesia (Gibbins e Thomson, 2001).

Autores nacionais e internacionais (Beaton e Gupton, 1990; Green, 1993; Figueiredo, Costa e Pacheco; 2000) concordam que a gravidez se caracteriza pela presença de elevados níveis de ansiedade, sendo que a antecipação do medo e da dor associados ao trabalho de parto, são designadas como algumas das causas que justificam a acentuada prevalência de ansiedade pela mulher, quando se aborda o tema das expectativas em relação à experiência de trabalho de parto.

Entretanto, o controlo percebido é identificado, por um vasto número de estudos, como um dos mais importantes preditores de uma experiência de trabalho de parto positiva (Gibbins e Thomson, 2001). Também Green (1993) identificou a perda de controlo como um dos principais medos mencionados pelas mulheres. Kitzinger (1984), numa interpretação mais antropológica, reconhece que uma mulher em trabalho de parto poderá ser detentora de um poder imenso de autocontrolo, de escolha, de decisão voluntária e de cooperação ativa com os profissionais da saúde.

Beaton e Gupton (1990), com base na análise resultante de entrevistas a grávidas no 3.º trimestre, verificaram que aquelas mulheres desenvolvem expectativas detalhadas acerca da experiência de trabalho de parto, bem como dos papéis das figuras de suporte e dos profissionais da saúde. Outros autores (Ip, Chien e Chan; 2003) mostram que as grávidas têm elevadas expectativas em relação ao suporte oferecido, tanto por parte do companheiro como por parte das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto. Segundo Gibbins e Thomson (2001) procurar proporcionar uma experiência positiva de trabalho de parto, através da diminuição da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade, é

conseguido pelo apoio contínuo de pessoas significativas, como o próprio companheiro e profissionais da saúde.

Pacheco [et al.] (2005) analisaram as diferenças na antecipação da experiência de trabalho de parto, atendendo às características sociais e demográficas das participantes e comprovaram que as características que se traduzem em maiores dificuldades para a mulher numa adequada antecipação da experiência de trabalho de parto, são: menor idade, baixo nível de escolaridade, profissões de reduzida qualificação, agregados familiares alargados ou no qual o companheiro está ausente.

Autores como Mackey (1990), Zwelling (1996) e Melender (2002) confirmam que o conhecimento acerca do trabalho de parto normal diminui o medo das mulheres, aumenta o relaxamento e diminui a tensão, o que amplia a probabilidade de uma maior perceção de controlo, contribuindo para uma experiência de trabalho de parto mais positiva. Inversamente, uma antecipação de trabalho de parto menos positiva durante o período gestacional foi observado, sobretudo, em mulheres menos informadas (Heaman [et al.], 1992). Hallgren [et al.] (1995) acrescentam que a falta de informação ou informação inconsistente contribuiu para uma experiência de trabalho de parto mais negativa do que o esperado.

As mulheres mais bem preparadas para o trabalho de parto, estão mais propensas a ter expectativas realistas sobre os níveis da dor, experimentam menos emoções negativas e desenvolvem uma maior confiança, que, por sua vez, pode conduzir à perceção de uma experiência mais positiva (Lally [et al.], 2008). Assim, quando as mulheres são bem preparadas e apoiadas, o nascimento de um filho representa uma oportunidade única para encontrarem a sua força interior, de modo a modificarem para sempre a sua auto-perceção (Corbett, 2008).

Atualmente, tem-se procurado proporcionar uma experiência positiva de trabalho de parto, pelo aumento da sensação de confiança da mulher/casal grávido, através do acesso a informações precisas e realistas, proporcionado por programas de preparação para o parto (Hallgren [et al.], 1995; Jordaan, 2009). Em Portugal, a frequência da preparação para o parto é um direito legalmente estabelecido, pela Lei nº 142/99 de 31 de Agosto. No regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011, p.14), é definido o conceito de preparação para o parto, traduzindo-se num ato de assistência dirigido à grávida e família:

*(...) que visa, por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios músculo-articulares promotores de flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento.*

Na literatura, distinguem-se alguns estudos, cujas conclusões comprovam alguns dos benefícios da preparação para o parto (Figura 1).

Referências	Principais Conclusões
Crowe e von Baeyer (1989)	As mulheres que demonstram maior conhecimento sobre o trabalho de parto e maior confiança após as aulas de preparação para o parto reportaram um parto menos doloroso.
Gjerdingen, Froberg e Fontaine (1991)	O apoio informativo, através de aulas de preparação para o parto, está relacionado com a diminuição de complicações físicas maternas no trabalho de parto e no pós-parto.
Heaman [et al.] (1992)	A preparação para o parto é um fator que se relaciona positivamente com as expectativas de trabalho de parto.
Gagnon (2000)	O principal motivo para as mulheres frequentarem a preparação para o parto foi reduzir a ansiedade durante o trabalho de parto.
Baglio [et al.] (2000) Spinelli [et al.] (2003)	As sessões de preparação para o parto aumentam o conhecimento e as competências das grávidas e podem ser uma defesa para uma excessiva medicalização do trabalho de parto.
Koehn (2008)	As sessões de preparação para o parto revelaram benéficas pela possibilidade de definir e esclarecer o processo de trabalho de parto e ajudar a mulher na preparação para se tornar uma mãe.
Morgado [et al.] (2010)	As grávidas que frequentaram a preparação para o parto planejaram e prepararam o parto de forma mais positiva, consideraram a respiração e o relaxamento técnicas úteis, sentindo-se mais confiantes em termos de conhecimento dos procedimentos relativos ao trabalho de parto.

**Figura 1.** Evidência científica sobre a importância da preparação para o parto

Os resultados de alguns estudos indicam que as sessões de preparação para o parto continuam a ser estruturadas a partir da perspectiva do profissional da saúde, em vez de ter como ponto de partida as reais necessidades avaliadas nas grávidas/casais (Nolan 1997, 1999; Gagnon, 2000). Entretanto Hallgren [et al.] (1995) referem, também, que qualquer modelo de preparação para o parto, que não tome em consideração as percepções individuais das mulheres acerca do trabalho de parto, torna-se inadequado. Os resultados apresentados por estes investigadores salientam a importância de uma avaliação pessoal das expectativas.

Kitzinger (1984) dá ênfase à necessidade de métodos mais flexíveis de preparação para o parto que satisfaçam, por exemplo, as várias necessidades sentidas por diferentes tipos de mulheres e que tenham em conta não apenas as funções fisiológicas do trabalho de parto, ou somente os estados emocionais das mulheres, mas também a rede de relações e a cultura particular que integram. Em síntese, a avaliação das expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto é extremamente importante e recomendável, no sentido de a preparação para o parto ser projetada de modo a ajudar as grávidas/casais a desenvolverem expectativas realistas e positivas, com o objetivo máximo de contribuir para uma experiência trabalho de

parto satisfatória (Hallgren [et al.], 1995; Gibbins e Thomson, 2001; Ip, Chien e Chan, 2003; Savage, 2006; Lally [et al.], 2008).

Entretanto, o homem precisa de ser reconhecido como um participante importante no trabalho de parto (Premberg [et al.], 2011). Assim, a sua presença, acompanhando passo a passo a evolução do trabalho de parto, apoiando a companheira de forma contínua, traz benefícios, recordações positivas que se tornarão marcantes para toda a vida do casal (Perdomini, 2010). Esta referência ao homem é essencial pelo espaço que ocupa como figura significativa durante o trabalho de parto, no instante em que, segundo Carvalho (2003, p. 394):

*(...) observamos novas possibilidades de construção da maternidade e da paternidade através da abordagem humanizada do parto e nascimento. (...) Desta maneira, tanto a maternidade como a paternidade são beneficiadas, facilitando a solidariedade e compartilhamento de emoções profundas no nascimento da criança, o que pode contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre homens e mulheres.*

Neste sentido, para Hallgren [et al.] (1999) parece importante a preparação para o parto do ponto de vista do homem, através da discussão das expectativas em relação ao seu papel durante o trabalho de parto e primeiros tempos pós-parto. O desafio essencial será envolver o casal na preparação para o parto, de modo que possam tomar decisões informadas sobre o trabalho de parto (Jordaan, 2009), apoiar-se mutuamente (Widarsson [et al.], 2012) e lidar melhor com os acontecimentos do trabalho de parto (Nolan, 1997). Outros estudos mostraram que quando o homem é preparado para o trabalho de parto, tanto ele como a mulher experimentaram níveis elevados de satisfação no período pós-parto por terem compartilhado a experiência (Chan e Paterson-Brown, 2002).

Em suma, ao longo da gravidez, a mulher constrói um conjunto de expectativas relativas à experiência de trabalho de parto que, embora positivas quando se reportam à disponibilidade do suporte por parte de figuras significativas e dos profissionais da saúde, são menos positivas no que concerne à presença de inquietações, ansiedades e medos, à elevada preocupação relativa à severidade da dor, bem como ao seu próprio bem-estar e ao bem-estar do recém-nascido. Assim, embora se possam concretizar ou não, sendo realistas ou não, as expectativas desenvolvidas durante a gravidez têm repercussões ao nível da satisfação com a experiência de trabalho de parto.

Neste subcapítulo examinamos a antecipação da mulher em relação à experiência de trabalho de parto. A partir daqui passamos para um outro subcapítulo, no qual pretendemos descrever a própria experiência de trabalho de parto no ciclo de vida da mulher e explorar os fatores que podem estar relacionados com melhores ou piores experiências de trabalho de parto, para as mulheres.

## 1.2 Experiência de Trabalho de Parto: fatores de uma experiência positiva e fatores de uma experiência negativa

O parto representa o final da gravidez e o início da vida extra uterina para o recém-nascido. Contudo, o momento do parto faz parte de um conjunto complexo de fenômenos ativos e passivos, que preparam e realizam a expulsão do feto, placenta e membranas e que se designa por trabalho de parto (Lowdermilk, 2008).

O trabalho de parto é composto por quatro estádios. Segundo *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* (2007), a definição das várias fases do trabalho de parto assegura uma compreensão exata e compartilhada de conceitos, permitindo que os participantes envolvidos comuniquem de forma eficaz. Assim, o primeiro estágio inicia-se com o aparecimento das contrações uterinas regulares e termina com o apagamento e dilatação total do colo uterino; o segundo começa com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto; o terceiro transcorre desde a saída do feto até à expulsão da placenta e o quarto e último estágio diz respeito às primeiras duas horas após o nascimento, através do qual se verifica o restabelecimento do tônus uterino (Oxorn, 1989; Lowdermilk, 2008; Graça [et al.], 2010).

Apesar de uma sequência previsível, as diferentes fases do trabalho de parto são experienciadas pela mulher de forma única (Costa [et al.], 2003a).

Perante a evidência de conotações positivas e conotações negativas, Callister (2004) descreveu o trabalho de parto como uma experiência agridoce marcada por uma ambivalência de sentimentos. Na literatura repetem-se alguns sentimentos negativos na mulher associados à experiência de trabalho de parto, como a frustração, a desilusão e a tristeza (Waldenström, 1999; Lundgren e Dahlberg, 2002; Fenwick [et al.], 2005). Contudo, decorrentes da experiência de trabalho de parto, surge também um conjunto de sentimentos positivos, sobretudo sentimentos de enriquecimento e realização pessoal; sensação de bem-estar e competência; percepção de autoeficácia e do autocontrolo; fortalecimento da autoestima e orgulho (Simkin, 1991; Gibbins e Thomson, 2001; Lundgren e Dahlberg, 2002; Callister, 2004; Hardin e Buckner, 2004; Fenwick [et al.], 2005; Lundgren, Karlsdottir e Bondas, 2009).

Costa [et al.] (2004), baseando-se no trabalho desenvolvido originalmente por Marut e Mercer (1979), traduziram e validaram o *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)*, destinado a avaliar a experiência e satisfação da mulher com o parto. Segundo Costa

[et al] (2004), o QESP tem como objetivo avaliar a diversidade de aspetos relativos à satisfação e qualidade da experiência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, como: o suporte proporcionado por familiares, como o companheiro, amigos e profissionais da saúde; a diversidade de emoções positivas e negativas envolvidas; as dimensões de dor e de relaxamento experienciado; as preocupações com a própria saúde e a do bebé; as condições e cuidados proporcionados pela instituição de saúde e a vivência do pós-parto.

De acordo com os padrões de qualidade enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2001), a *satisfação dos clientes* face aos cuidados de enfermagem prestados representa uma das seis categorias dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Entretanto, em conformidade com o conteúdo único desde enunciado descritivo, também o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2011) enumerou vários elementos importantes na satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna, obstétrica e Ginecológica (ESMOG):

---

**Enunciado descritivo da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros ESMOG:**

***Satisfação do cliente***

---

Respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente

Respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto

Respeito pelas expectativas relacionadas com o projeto da maternidade/paternidade

Estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente

Empenho do enfermeiro ESMOG para capacitar a tomada de decisão e a ação

Estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados

Envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados

Empenho do enfermeiro SMOG em criar condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do processo de assistência de saúde

Padrões de Qualidade dos Cuidados: Especialidade em Enfermagem de  
Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, 2011.

---

A avaliação da satisfação da mulher com a sua experiência de trabalho de parto é uma operação multidimensional, pelo que se prevê a análise do conceito de satisfação com base nas diferenças entre o que é esperado ou desejado e o que é percebido (Bryanton [et al.], 2008). Slade [et al.] (1993) consideram que a medição da satisfação com a experiência de trabalho de parto está associada com as expectativas desenvolvidas na gravidez.

Atualmente, inúmeros autores para além de procurarem descrever a experiência de trabalho de parto para a generalidade das mulheres, expressam interesse em estudar fatores relativos às circunstâncias de trabalho de parto e que determinam a qualidade da experiência da mulher (sobretudo a sua perceção positiva e a satisfação com a experiência de trabalho de parto). Segundo Costa [et al.] (2003a), a experiência de trabalho de parto transforma-se em torno de uma multiplicidade de fatores individuais, sociais e situacionais. De facto, diversas e complexas variáveis podem influenciar a perceção das mulheres sobre as suas experiências de trabalho de parto (Hodnett, 2002).

Dos indicadores da perceção materna da experiência de trabalho de parto, a maioria são passíveis de intervenções de enfermagem especializadas (Bryanton [et al.], 2008), como: potencializar o conhecimento da parturiente e da figura significativa; ensinar e incentivar a realização de exercícios respiratórios e de relaxamento; promover e incentivar o apoio dos parceiros e proporcionar oportunidades imediatas da mulher poder estar com seu filho, logo após o nascimento. Neste sentido, as descobertas científicas podem oferecer um sentido à atuação dos profissionais da saúde, pela possibilidade privilegiada de contribuírem para uma experiência de trabalho de parto positiva (Fowles, 1998).

De acordo com o estado da arte, identificamos na figura 2 os principais fatores que influenciam a experiência de trabalho de parto, contribuindo para as diferenças verificadas ao nível da avaliação desta experiência pelas mulheres. Ao longo do presente subcapítulo, procuraremos discutir individualmente os fatores mencionados.

---

#### **Fatores associados à satisfação da Mulher com a Experiência de Trabalho de Parto**

---

- Expectativas da mulher
  - Presença de uma pessoa significativa
  - Apoio prestado pelos profissionais da saúde
  - Participação ativa da mulher nas decisões sobre o trabalho de parto e o controlo percebido
  - Dor no trabalho de parto
  - Tipo de parto e analgesia
  - Interação mãe-filho imediatamente após o nascimento
- 

**Figura 2.** Fatores associados à Satisfação da Mulher com a Experiência de Trabalho de Parto

### *1.2.1 A Presença de uma Pessoa Significativa*

Atualmente, a presença de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto é entendida como uma tentativa de humanizar as práticas que envolvem a assistência ao parto normal, reconhecendo-lhe o seu valor incomensurável para fazer a parturiente se sentir segura (Ricci, 2008). A inclusão de uma figura de suporte escolhida pela parturiente é uma das recomendações encorajadas pela *World Health Organization* (1996). Em Portugal, encontra-se regulamentado o direito da mulher ter um acompanhante durante o trabalho de parto, através da Lei n.º 14/85 de 6 de Julho.

Nas últimas décadas, numerosos estudos têm-se preocupado em compreender a importância de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto. Cranley, Hedhal e Pegg (1983) reconheceram que a presença do parceiro ou de uma outra pessoa significativa junto à parturiente é fomentadora do equilíbrio físico e emocional da mulher e do processo de ligação mãe-filho precoce. Parke (1996) observou que mulheres que contaram com a participação do companheiro durante o trabalho de parto relataram menores níveis de dor, receberam menos medicação e tiveram uma experiência de trabalho de parto mais positiva do que aquelas que não foram acompanhadas. Gjerdingen, Froberg e Fontaine (1991) mostraram a relação benéfica do apoio de um acompanhante durante o trabalho de parto, na redução do número de complicações físicas maternas e de depressões no período pós-parto. Beaton e Gupton (1990) e Gibbins e Thomson (2001) mostraram que a presença do companheiro junto da mulher em trabalho de parto, através do apoio, incentivo e confiança transmitida, teve efeito positivos no autocontrolo e na capacidade de *coping* da mulher.

Entretanto, os resultados dos trabalhos de Green, Coupland e Kitzinger (1990), Waldenström (1999) e Hardin e Buckner (2004) mostraram que a presença de uma figura significativa para a mulher constitui um dos elementos mais influentes numa apreciação positiva da experiência de trabalho de parto.

### *1.2.2 Apoio Prestado pelos Profissionais de Saúde*

O efeito dos cuidados proporcionados pelos profissionais da saúde tem vindo a ser investigado e demonstra-se o seu impacto ao nível da forma como a mulher percebe a

experiência de trabalho de parto. Os resultados de diversos estudos ditam que o apoio dos profissionais da saúde é um forte preditor da satisfação das mulheres com a experiência de trabalho de parto. Quando os cuidados de suporte de trabalho de parto são realizados de forma consistente, eles têm a capacidade de afetar positivamente as experiências de trabalho de parto (Adams e Bianchi, 2008). Para Simkin (1991) e Green, Coupland e Kitzinger (1990) o apoio contínuo prestado pelos profissionais da saúde parece ser um dos responsáveis pela lembrança positiva das mulheres em relação à experiência de trabalho de parto. Também, Hodnett (2002) considerou o apoio e relacionamento com os profissionais da saúde, como um dos componentes que mais contribuiu para uma maior satisfação das mulheres com a experiência de trabalho de parto.

Hodnett [et al.] (2007), através de uma revisão sistemática de dezasseis ensaios clínicos randomizados realizados em diversos países, mostraram que as mulheres que tiveram apoio contínuo durante o trabalho de parto experimentaram trabalhos de parto ligeiramente mais curtos, estiveram mais propensas a ter um parto vaginal e menos propensas a ter analgesia intraparto e relataram menor insatisfação com as suas experiências de trabalho de parto. Numa revisão da literatura, Gjerdingen, Froberg e Fontaine (1991) revelaram que o apoio emocional, tangível e informativo está positivamente relacionado com a saúde física e mental das mulheres em todo o trabalho de parto. Entretanto Klaus, Kennel e Klaus (2000) afirmam que um apoio contínuo, pelos profissionais da saúde, pode representar um fator importante na diminuição das intervenções obstétricas e das complicações na mulher.

O trabalho de parto pode ser entendido como um encontro de vários coatores ao lado da mulher, ou do casal, e do filho recém-nascido. Neste sentido, a relação que se desenvolve entre a mulher e a *midwife*<sup>1</sup> representa um passo importante, com significados que são enfatizadas após o trabalho de parto. Neste contexto, a *midwife*, pela sua posição privilegiada na sala de partos, tem um papel supremo na satisfação das necessidades individuais das mulheres, sendo importante na ligação ao ambiente vivido durante o trabalho de parto (Gibbins e Thomson, 2001; Lundgren, Karlsdottir e Bondas, 2009; Wilde-Larsson [et al.], 2011) e, por conseguinte, pode representar uma influência poderosa sobre os resultados fisiológicos e psicossociais da experiência de trabalho de parto (Payant [et al.], 2008). Outros estudos,

---

<sup>1</sup> Optou-se pela utilização do termo *midwife* para designar o grupo profissional, tal como referido nos trabalhos internacionais, pela dificuldade de tradução precisa do termo para português. Em Portugal, o grupo profissional mais próximo daqueles profissionais é a enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, mas que habitualmente é designada por *nurse-midwife*.

também, têm demonstrado que as *midwives* são lembradas por terem dado apoio, explicações e encorajamento (Waldenstrom [et al.], 1995; Berg [et al.], 1996; Hall e Holloway, 1998).

As *midwives* desempenham um papel crucial na ajuda às mulheres para atingir uma experiência de trabalho de parto positiva (Tarkka, Paunonen e Laippala; 2000; Bryanton [et al.], 2008; Larkin, Begley e Devane; 2012). Anos antes, Tarkka e Paunonen (1996) já haviam concluído que, durante o trabalho de parto, a maior fonte de suporte emocional para a mulher é a *midwife*.

Halldorsdottir e Karlsdottir (1996) demonstram a influência das atitudes e cuidados dos profissionais da saúde na experiência de trabalho de parto, percebida pela mulher. O tema dominante das experiências de trabalho de parto das mulheres é o encorajamento ou desencorajamento. Portanto, a) se a *midwife* é percebida como cuidadora então é considerada uma companhia indispensável no trabalho de parto, proporcionando o encorajamento da parturiente; b) se a *midwife* é percebida como não cuidadora, então é considerada como um acontecimento infeliz na experiência de trabalho de parto, fomentando o desencorajamento.

Durante o processo do trabalho de parto, a mulher pode entrar num empreendimento cooperativo com a *midwife*, que a vai informar dos avanços e dos atrasos, e que lhe lembrará como se pode ajudar a si mesma, em cada uma das fases do trabalho de parto (Kitzinger, 1984). A *midwife* pode oferecer informações sobre a evolução do trabalho de parto e elucidar sobre técnicas de relaxamento (Payant [et al.], 2008); reconhecer as expectativas da mulher; ajudar a resolver conflitos gerados ao longo do trabalho de parto; fornecer orientações sobre as diferentes técnicas de respiração, o que pode aumentar a confiança de uma mulher e a capacidade para lidar com as contrações (Adams e Bianchi, 2008) e encorajar atividades e as posições relativas ao trabalho de parto que são conhecidas por serem benéficas para o progresso do trabalho de parto (Hodnett [et al.], 2007).

Além disso, as *midwives* podem ainda diminuir a ansiedade e dar suporte ao parceiro, oferecendo informações sobre o trabalho de parto. É importante que a *midwife* avalie as expectativas dos parceiros, relacionadas com o trabalho de parto, e se as expectativas estão em conflito com as da parturiente, devem ser exploradas todas as estratégias no sentido de harmonizar as expectativas do casal sobre o trabalho de parto (Adams e Bianchi, 2008).

A percepção das mulheres relativamente ao suporte e à prestação de cuidados durante a experiência de trabalho de parto parece ser estável no decorrer do tempo. Assim, quando é positiva, pode proteger as mulheres de uma construção negativa da experiência de trabalho de parto, e por outro lado, contribuir para que caso haja uma experiência de trabalho de parto

inicialmente negativa, ela se torne gradualmente positiva com o decorrer do tempo (Conde [et al.], 2007).

### *1.2.3 A Participação Ativa da Mulher nas Decisões no Trabalho de Parto e o Controle Percebido*

Diversos estudos divulgados na comunidade científica reconhecem que a participação ativa e informada e a percepção de controle durante o trabalho de parto são preditores da satisfação da experiência de trabalho de parto. Um estudo qualitativo, de referência nesta área de investigação, realizado por Gibbins e Thomson (2001), concluiu que todas as mulheres queriam tomar parte ativa no seu trabalho de parto e perceber em si um maior controle. Para isso contribuíram, entre outros aspectos, as informações dadas durante a gravidez e o trabalho de parto e o facto de ter sido incluída na tomada de decisões durante o trabalho de parto.

A investigação conduzida no domínio da participação ativa da mulher nas decisões sobre o trabalho de parto revela que, de acordo com as práticas que são desenvolvidas pelos profissionais da saúde, quanto mais a mulher está envolvida e participa nas decisões relativas ao decurso do trabalho de parto, ao parto em si, assim como nos cuidados a prestar ao recém-nascido logo a seguir ao parto, maior a probabilidade de satisfação da mulher e a qualidade da interação que estabelece com a criança (DeVries [et al.], 1993). Também Hodnett (2002) considerou o envolvimento da mulher na tomada de decisões, como um dos factores mais influentes na avaliação positiva da experiência de trabalho de parto.

Peterson (1996) afirma, que entre outros factores que contribuem para uma percepção positiva da própria mulher em trabalho de parto, podem ser referidos: a participação ativa no trabalho de parto, inclusive nas tomadas de decisões. Todavia, este autor (1996) acrescenta que quando a mulher tem a percepção que os seus sentimentos sobre o trabalho de parto são aceites e respeitados pelos profissionais da saúde, sendo vista como alguém que está a fazer o melhor que pode, melhor será a noção de si mesma no trabalho de parto.

Os estudos que se centram na compreensão da forma como factores individuais e psicológicos interferem com a experiência de trabalho de parto, têm mostrado a influência de algumas características como o autocontrolo e a capacidade de coping na satisfação da mulher. A comunidade científica revela um tema predominante na história de cada mulher em trabalho de parto, com um impacto positivo sobre essa experiência: o controlo percebido

(Simkin, 1991; McCrea e Wright, 1999; Waldenström, 1999; Gibbins e Thomson, 2001; Hardin e Buckner, 2004; Stevens, 2011; Larkin, Begley e Devane, 2012; Fair e Morrison, 2012).

Os resultados de diversos estudos indicam que o controlo percebido é um conceito polissêmico. De facto, a diversidade de significados está associada a diferentes aspetos do trabalho de parto. O conceito de controlo para algumas mulheres relaciona-se com o controlo sobre o processo de trabalho de parto, por exemplo, a sua duração (Niven, 1994). Para outras mulheres envolve participação nas decisões que são feitas sobre a gestão do trabalho de parto (Simkin, 1991; Niven, 1994; Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996) e para outras mulheres associa-se ao controlo do seu comportamento e emoções (Niven, 1994). Diante disso, Namey e Lysterly (2010) chamam a atenção para a necessidade de uma construção cuidadosa do conceito de controlo, pela possibilidade de influenciar a qualidade dos cuidados nas maternidades.

Mackey (1998) verificou que as participantes avaliaram a sua experiência de trabalho de parto de acordo com a percepção que têm da gestão do seu desempenho e concluíram que as mulheres que reconhecem gerir bem a experiência, avaliam positivamente o trabalho de parto. Entretanto, McCrea e Wright (1999) observaram que os sentimentos de autocontrolo na mulher se associam positivamente com o alívio da dor durante o trabalho de parto.

O grau de informação, tanto durante a gravidez, como durante o trabalho de parto, tem sido mostrado como um fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar uma maior participação no processo decisório e aumentar a sua percepção de estar no controlo da situação, influenciando a satisfação com a experiência de trabalho de parto (Green, Coupland e Kitzinger, 1990; Gibbins e Thomson, 2001).

A partilha de poder é um tema, que de forma explícita ou implícita, surge nos discursos das mulheres, quando questionadas sobre a sua experiência de trabalho de parto. Nesta linha de pensamento, para Ramalho (2010), as situações em que os profissionais da saúde envolvem as mulheres na tomada de decisões acerca dos assuntos que dizem respeito a si próprias, ao seu filho ou à sua família, são percebidas como comportamentos de respeito.

#### *1.2.4 Dor no Trabalho de Parto*

Compreender o trabalho de parto oferece a possibilidade de se olhar o fenómeno da dor. A diversidade de experiências dolorosas ao longo da vida e o modo como os indivíduos enfrentam cada experiência, explica porque tem sido difícil, até hoje, encontrar uma definição

definitiva de dor. Se se considerar a definição de dor da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; ou também a descrita por McCaffery, em 1989, como dor é o que o indivíduo diz sentir e existe quando ele diz existir (cit in Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2008); ou ainda a conceção considerada por Seeley, Stephens e Tate (1997), definindo a dor como uma sensação que se caracteriza por um grupo de experiências percetuais e emocionais desagradáveis, que desencadeiam respostas autonómicas, psicológicas e somatomotoras.

Embora à experiência de trabalho parto se associem diversos elementos, a experiência da dor é preponderante e considerada, pela maioria das mulheres, como a pior componente do trabalho de parto (Mackey, 1998). Neste contexto, a dor no trabalho de parto é responsável por múltiplos sentimentos durante este período e tem merecido especial atenção por parte dos profissionais da saúde nos últimos anos, dado que, apesar de ser difícil de descrever (Lundgren e Dahlberg, 1998), está presente na maioria das experiências de trabalho de parto.

A dor, no processo do trabalho de parto, é uma resposta fisiológica aos estímulos sensoriais gerados principalmente pelas contrações uterinas (Lowe, 2002). No entanto, a experiência da dor não é somente um simples reflexo dos processos fisiológicos do trabalho de parto. Em vez disso, a dor de trabalho de parto é o resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais e da interpretação que cada mulher concebe (Lowe, 1996; Lowdermilk, 2008). A dor experienciada durante o trabalho de parto tem um ciclo previsível de picos e patamares. Contudo, apesar da natureza previsível, cada mulher percebe tal dor como experiência pessoal e única. Isto quer dizer que, mesmo sendo a dor do trabalho de parto previsível e temporária, cada parturiente a perceberá à sua maneira, atribuir-lhe-á uma determinada intensidade, segundo as suas expectativas e experiências anteriores e suportadas pelo seu sistema cultural (Lopes [et al.] 2009).

Na comunidade científica, alguns estudos consideram que a dor no trabalho de parto interfere de forma significativa na qualidade da experiência da mulher (Paech, 1991) e no processo de envolvimento emocional com o bebé (Robson e Kumar, 1980). Para Waldenström (1999), a dor durante o trabalho de parto está associada a uma experiência de trabalho de parto negativa. Se tivermos ainda em consideração a dimensão das expectativas sobre a dor de trabalho de parto, Green (1993) concluiu que as mulheres que estavam muito preocupadas com a dor de trabalho de parto foram as menos satisfeitas após a experiência de trabalho de parto.

No que respeita às estratégias de alívio da dor de trabalho de parto, as mulheres estão mais satisfeitas quando as suas expectativas relativas à experiência de dor e as estratégias que escolhem para gerir a dor são cumpridas (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007).

Entretanto, os resultados de um estudo sugerem que a confiança de uma mulher na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto contribui significativamente para a perceção de dor (Lowe, 1991). Mulheres com expectativas negativas e muito ansiosas em relação à dor do trabalho de parto também foram as que tiveram resultados emocionais mais negativos (Green, Coupland e Kitzinger, 1990). Habitualmente, a ansiedade está associada ao aumento da dor durante o trabalho de parto. Ansiedade, preocupações e medos excessivos causam uma maior secreção de catecolaminas, que podem interferir com o trabalho de parto, diminuindo o fluxo sanguíneo e aumentando a tensão muscular que, por sua vez, potenciam a dor (Lowe, 2002).

#### *1.2.5 Tipo de Parto e Analgesia*

De entre os fatores, descritos na literatura, que influenciam a perceção que as mulheres têm da sua experiência de trabalho de parto é o tipo de parto. Assim sendo, as mulheres que tiveram um parto eutócico percecionam a experiência de forma globalmente mais positiva, quando comparadas com mulheres sujeitas a cesariana, no que concerne à informação recebida, ao envolvimento no processo de tomada de decisões, à satisfação que sentem com a experiência de trabalho de parto e aos sentimentos de autoeficácia no modo de lidar com a experiência (Rizk [et al.], 2001).

DiMatteo [et al.] (1996), numa meta-análise que incluiu 74 estudos, encontraram resultados que sugerem que as mulheres que fizeram cesariana, sobretudo não planeada, ficaram menos satisfeitas com a experiência de trabalho de parto. Resultados nacionais, obtidos por Costa [et al.] (2003b), mostraram que a experiência da mulher é significativamente mais positiva quando o parto é eutócico, em relação à cesariana, sobretudo ao nível da confirmação das expectativas prévias, sentimentos, satisfação com a experiência de trabalho de parto e primeiros contatos com o recém-nascido.

Um outro conjunto de estudos de investigação comparou as experiências de parto eutócico sem analgesia epidural *versus* parto eutócico com analgesia epidural. Costa [et al.] (2003b) verificaram que, em termos da intensidade de dor experienciada, a experiência de

parto eutócico da mulher é significativamente mais positiva quando decorre com analgesia epidural. Mais tarde, Conde [et al.] (2007) verificaram que a construção de uma percepção progressivamente mais positiva da experiência de trabalho de parto ao longo dos primeiros meses de pós-parto, parece ser mais consistente nos partos eutócicos com analgesia epidural. De facto, estes resultados apontam para os benefícios da analgesia epidural em termos de menor intensidade de dor no trabalho de parto, quando o parto é eutócico.

Buckley (cit in Costa [et al.], 2003b) refere que quando consideramos o parto eutócico com epidural, verifica-se que muitas mulheres avaliam positivamente a experiência, uma vez que o alívio da dor permite um maior relaxamento. Pode ainda acontecer que o recurso à analgesia epidural seja encarado como um fracasso em lidar com as circunstâncias do trabalho de parto e por esse motivo, levar a um sentimento de frustração que influencia negativamente a percepção da experiência pela mulher (Colman e Colman, 1994).

Relativamente aos partos instrumentais (fórceps e ventosas), as mulheres que tiveram este tipo de parto com analgesia epidural têm uma maior probabilidade de experimentar sentimentos negativos durante a experiência de trabalho de parto, quando comparadas com as mulheres que tiveram cesariana com epidural ou mesmo epidural. Desse modo, pode verificar-se que o parto com recurso a fórceps ou ventosa parece ser mais ameaçador que o parto por cesariana, com sentimentos de medo, desconforto e mal-estar (Costa, 2004). Num estudo levado a cabo por Paech (1991), o parto instrumental foi estatisticamente associada à insatisfação da experiência de trabalho de parto.

Para além do tipo de parto, outros fatores obstétricos, podem estar associados à satisfação com a experiência de trabalho de parto da mulher. No estudo de Green, Coupland e Kitzinger (1990), as mulheres primíparas mostraram-se menos satisfeitas com o trabalho de parto e os autores atribuíram esse achado ao facto de elas terem geralmente trabalhos de partos mais longos, mais difíceis e, geralmente, mais intervencionados. Diversos estudos encontraram relações inversas entre as intervenções obstétricas associadas ao trabalho de parto (partos induzidos, partos instrumentalizados, uso de ocitocina, episiotomias e o número de intervenções) e a satisfação da mulher com a experiência de trabalho de parto (Green, Coupland, Kitzinger; 1990; Green, 1993; Waldestrom, 1999; Hodnett, 2002; Bryanton [et al.], 2008).

### 1.2.6 Interação mãe-filho Imediatamente Após o Nascimento

Investigações levadas a cabo por Klaus e Kennell permitiram que se concluisse que o parto é um momento privilegiado para o estabelecimento da ligação afetiva da mãe com o bebé (Figueiredo, 2003), pela possibilidade de se dar à mãe (e ao pai) a oportunidade de experienciarem esses momentos em conjunto. Para todas as mulheres existem momentos universais e definitivos associados ao trabalho de parto que a ajudarão a entrar numa nova etapa. O primeiro choro, o primeiro olhar, o contacto pele a pele e a amamentação são acontecimentos que se desenrolam imediatamente após o nascimento e são fundamentais para que a nova mãe ative em si mesma o sentido da maternidade (Stern, Bruschiweiller-Stern e Freeland, 2005).

A investigação tem vindo a mostrar que as experiências relativas ao trabalho de parto são de extrema importância, interferindo de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma relação adequada com o bebé (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002). Windstrom [et al.] (1990) concluíram que determinadas condições relativas à experiência de trabalho de parto favorecem o estabelecimento de interações mais adequadas entre a mãe e o bebé, nomeadamente, o contacto precoce mãe-bebé estabelecido através da amamentação e do contacto pele a pele mãe-filho durante 30 minutos após o parto. Um estudo qualitativo exploratório-descritivo português, realizado com o objetivo de identificar e analisar os sentimentos maternos expressados pelas mães durante o contacto íntimo com os filhos, logo após o parto (Rosa [et al.], 2010), conclui que os primeiros contactos, na perceção das mulheres, são preponderantes para propiciar o reconhecimento entre mãe e filho.

Para Kitzinger (1984), uma mulher em trabalho de parto está envolvida numa viagem de descoberta e mudança que, para além do nascimento propriamente dito, é estimulante e, para algumas mulheres, totalmente absorvente. A metáfora de uma mulher numa viagem foi, também, escolhida, por Halldorsdottir e Karlsdottir (1996), para simbolizar a experiência de trabalho de parto. Esta viagem engloba quatro categorias: a influência das circunstâncias e expectativas antes do início da viagem; o senso de *self* durante a viagem que abrange a sensação de estar e se sentir integrada numa experiência singular, a perceção de controlo, a necessidade de cuidado, a compreensão e segurança; a viagem através de trabalho de parto em si, e, finalmente, a perceção da importância das primeiras horas na interação mãe-filho e do nascimento como o momento que lança a mulher na experiência da maternidade.

Em síntese, na literatura científica os fatores mais frequentemente identificados, que predizem uma experiência de trabalho de parto positiva são: a confirmação de expectativas positivas sobre o trabalho de parto; a presença do companheiro ou de uma outra figura significativa; o apoio contínuo dos profissionais da saúde ao longo do trabalho de parto; a participação ativa na tomada de decisão acerca do trabalho de parto e percepção do controle; a diminuição da percepção da dor de trabalho de parto e capacidade de a gerir; o parto eutócico com analgesia epidural e a concretização de momentos de interação da mãe com o filho imediatamente após o nascimento.

### **1.3 O Trabalho de Parto como Evento Crítico na Transição para a Maternidade**

O trabalho de parto e o parto são dos momentos mais marcantes na vida da mulher e família (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996). O parto representa uma experiência crucial na vida das mulheres, pois tem um impacto físico, psicológico e emocional significativo (Bertucci [et al.], 2012). Para Macfarlane (1992) é um momento da existência e, enquanto experiência, significa muito para uma mulher, assim como para todos os indivíduos nele envolvidos, tanto naquele instante, como posteriormente. O trabalho de parto adquire, assim, uma profunda relevância na intimidade da mulher, que ultrapassa de longe o ato do próprio parto e, através da família, pela sua natureza dinâmica, exerce o seu efeito na sociedade (Kitzinger, 1984).

O trabalho de parto é considerado um evento singular, que perpassa todo o processo de gravidez, sob a forma de uma constelação de expectativas e ansiedades, e que continua a ser recordado, durante anos, marcando profundamente a história da mãe e do seu filho (Kitzinger, 1984; Simkin, 1991, 1992). Segundo Kitzinger (1984) é pouco provável que qualquer outra experiência da vida de uma mulher seja comparável à experiência de trabalho de parto.

Alguns estudos têm procurado fazer um entendimento integrado da experiência de trabalho de parto. Peterson (1996) apontou diversas considerações sobre o trabalho de parto e a sua importância na trajetória da vida da mulher. A autora acredita que, se o trabalho de parto for explorado como um evento importante para o desenvolvimento dessas mulheres, muito se poderá obter sobre o desenrolar desse processo. Simkin (1991, 1992), também, pretendeu demonstrar a importância que a experiência de trabalho de parto tem na vida das

mulheres. Os trabalhos desta autora revelaram que o trabalho de parto, especialmente do primeiro filho, exerce um impacto positivo ou negativo na construção do percurso da mulher, que se repercute durante a sua vida inteira. Simkin (1991) tentou evidenciar a necessidade dos profissionais da saúde envolvidos no trabalho de parto compreenderem a importância que acabam por assumir na história de vida das mulheres.

Este acontecimento crítico define, no ciclo evolutivo da mulher, a passagem definitiva de um estado a outro, inaugurando um período de desenvolvimento muito exigente – a maternidade (Canavarro, 2001; Leal, 2005). O nascimento do primeiro filho tem sido descrito pela literatura como um dos maiores eventos na vida, que pode trazer muitos desafios para a mulher e sua família (Brazelton, 1992; Nelson, 2003).

Para a maioria das sociedades, o trabalho de parto é um acontecimento crítico no ciclo de vida da mulher (Canavarro, 2001; Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002), pelo que se torna desejável, num período de transformação para a mulher, com responsabilidades súbitas, emoções intensas e reorganizações no papel social, incorporar a experiência de trabalho de parto, à medida que se define a sua identidade, enquanto mãe (Rubin, 1984).

Rubin (1984) considera que a incorporação da identidade materna relaciona-se com a experiência de trabalho de parto. Durante a gravidez, a identidade materna é construída por meio de uma imagem idealizada da mulher como mãe. Todavia, depois do parto, a identidade materna vai implicar uma mudança no relacionamento da mulher consigo mesma e com o seu filho, que passa de uma imagem idealizada para uma realidade concreta, sustentada por representações culturalmente definidas de comportamentos associados ao papel materno.

A irreversibilidade dos processos físicos do trabalho de parto e do nascimento vem acompanhada de toda uma reformulação da identidade da mulher (Kitzinger, 1984; Colman & Colman, 1994; Peterson, 1996) e da família (Relvas, 1996). Para Kitzinger (1984) o trabalho de parto não pode ser somente definido como um acontecimento composto por um conjunto de processos biológicos, à semelhança de muitos outros momentos da vida humana. Esta autora (1984) descreveu o trabalho de parto como um processo social e cultural, na medida que organiza a identidade da mulher de uma nova forma e em que verá as relações que tinha com outros elementos da sociedade (onde se inclui a família) para sempre alteradas, devido à sua nova posição: a de mãe.

Diversos autores consideram o trabalho de parto como um momento importante no processo de transição para a maternidade (Rubin, 1984; Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010). Do ponto de vista emocional, o trabalho de parto pode representar um processo de separação, percebido pela mulher como o processo a partir do qual se desligará da gravidez e do bebé

imaginado para se confrontar, pela primeira vez, com o bebê real. A mulher pode vivenciar essa separação como a perda de uma parte de si mesma, e os sentimentos ambíguos de querer ter o bebê e, ao mesmo tempo, prolongar a gravidez, podem aumentar a ansiedade materna (Colman e Colman, 1994). Assim, os momentos após o trabalho de parto podem acarretar na mulher emoções intensas, pois ela é obrigada a enfrentar o fim abrupto da gravidez e, conseqüentemente, a confrontar-se com a adaptação ao novo ser, vendo-se obrigada a abandonar o seu papel de filha e a assumir o de mãe (Brazelton e Cramer, 1992).

É a natureza complexa do trabalho de parto que transforma o nascimento de um filho num momento de transição que marca uma profunda mudança na vida da mulher (Stern, Bruschiweiller-Stern e Freeland, 2005). O nascimento é o acontecimento que conduz a mulher na direção da maternidade e o processo de trabalho de parto pode afetar esta transição. Mercer (2004) identificou a experiência de trabalho de parto como uma das variáveis com mais significado no processo de transição para a maternidade.

A experiência do trabalho de parto produz efeitos na autoestima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar a sua disponibilidade emocional para com o bebê, imediatamente após o parto (Peterson, 1996). Portanto, parece que a aquisição de uma percepção da experiência de trabalho de parto mais positiva pode ser uma tarefa desenvolvimental fundamental no ajustamento da mulher durante o período de transição para a maternidade (Conde [et al.], 2007). Contrariamente, as respostas negativas e a insatisfação com a experiência de trabalho de parto podem resultar em problemas emocionais e percepções negativas acerca do recém-nascido, dificultando, o desenvolvimento da identidade materna e dos cuidados maternos (Rubin, 1984). Uma percepção negativa da experiência de trabalho de parto, por sua vez, afeta adversamente o comportamento materno no que concerne aos cuidados prestados ao bebê, à amamentação e à interação mãe-bebê (DiMatteo [et al.], 1996).

#### **1.4 Compreender a Maternidade enquanto Processo de Transição**

A maternidade representa um período de transformação e mudança, em que múltiplas alterações obrigam a mulher a uma seqüência de ajustamentos e a uma flexibilidade e competência para lidar com as exigências inerentes ao papel de mãe (Canavarro, 2001; Leal, 2005). Este período de transformação, ocorrido no ciclo de vida da mulher, levou autores

como Schumacher e Meleis (1994); Mercer, 2004); Meleis [et al.] (2010) a considerar a maternidade como uma transição desenvolvimental.

#### 1.4.1 Transição: Um Conceito Central para a Enfermagem

As pessoas movem-se, através de uma sequência de estágios de desenvolvimento no seu ciclo de vida, experienciando transições (Zagonel,1998). Perante a inevitabilidade dos processos de transição dos indivíduos, Meleis [et al.] (2010) consideram que algumas mudanças, eventos ou pontos críticos podem desencadear alterações nos comportamentos, identidades e papéis no indivíduo e na família (Kralik, Visentin e van Loon; 2006).

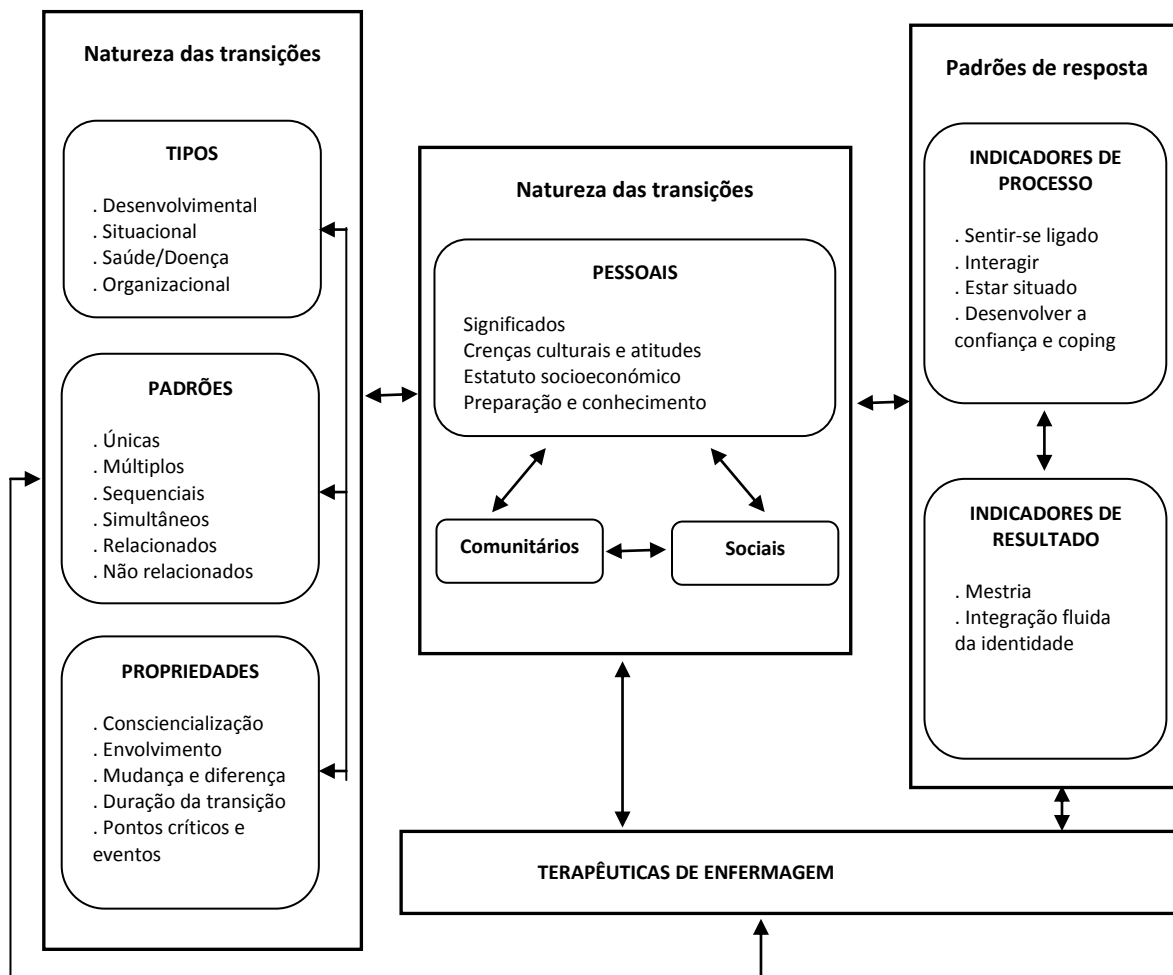
Nas últimas três décadas a palavra transição tem sofrido alterações, sobretudo na área das ciências sociais e disciplinas da saúde, sendo que, a Enfermagem tem contribuído para o entendimento deste conceito numa perspectiva da vida e saúde das pessoas (Kralik, Visentin e van Loon; 2006). Desta forma, e considerando a Enfermagem, Meleis (1994, 2000, 2010) é a autora que mais se evidencia com o trabalho desenvolvido sobre a definição do conceito de transição, sua aplicação e pertinência.

Uma das definições mais comuns de transição é a de Chick e Meleis (1986). Segundo as autoras (1986), a transição baseia-se na passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra, reportando-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente. As mesmas autoras (1986) acrescentam que a transição pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto. Assim, as características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta.

Neste contexto, a transição exige do ser humano, a utilização de mecanismos de suporte disponíveis ou não, para o confronto e adaptação, visando a resolução bem-sucedida de desajustes, conflitos, desorganização, com o objetivo de encontrar uma nova forma de estar. A transição pressupõe uma reorganização do indivíduo de modo a incorporar a mudança na sua vida (Zagonel, 1998; Bridges, 2004; Kralik, Visentin e van Loon, 2006; Meleis [et al], 2010). Neste sentido, Chick e Meleis (1986) Schumacher e Meleis (1994); e Meleis [et al.] (2010) propõem a transição com um conceito central para a Enfermagem.

A teoria das transições definida por Meleis [et al.] (2010), compreende a *natureza das transições*, sendo definidas quanto ao tipo, padrões e propriedades de transição; as *condições das transições facilitadoras e inibidoras do processo*, que podem ser pessoais (significados,

atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento), da comunidade e da sociedade; e *os padrões de resposta* (indicadores de processo e de resultado) da transição, os quais guiam as terapêuticas de enfermagem (Figura 3).



**Figura 3.** Teoria de Médio Alcance das Transições de Meleis

**Fonte.** Adaptado de Meleis [et al.] - *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (2010, p.56)

### *Natureza da Experiência de Transição*

Foram identificados quatro tipos de transição centrais: *desenvolvimental* (associadas a mudanças no ciclo vital dos indivíduos); *situacional* (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis nos vários contextos onde o indivíduo está envolvido); *saúde/doença* (incluem mudanças súbitas de papéis, que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de

cronicidade para um novo estado de bem-estar que engloba, no entanto, a cronicidade); e *organizacional* (ocorrem no contexto ambiental dos indivíduos e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico) (Meleis, 1991; Schumacher e Meleis, 1994; Meleis, 2005; Meleis [et al.], 2010). Assim sendo, consideramos a transição para a maternidade como uma transição desenvolvimental, na medida que ocorre durante o desenvolvimento da vida da mulher (Schumacher e Meleis, 1994; Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010).

Para Meleis [et al.] (2010) as transições não são unidimensionais, nem mutuamente exclusivas. Podem ser simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas. Segundo os postulados destes autores (2010) são propriedades universais das transições: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal da transição e os acontecimentos e pontos críticos.

Relativamente à primeira propriedade – a *consciencialização* – está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da pessoa sobre a experiência de transição que se encontra a vivenciar, assumindo-se como uma característica definidora da transição. O nível de consciencialização reflete-se pelo grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis [et al.], 2010).

O grau de *envolvimento* que cada pessoa demonstra no seu processo de transição é outra das propriedades descritas por Meleis [et al.] (2010), sendo influenciado pelo conhecimento que as pessoas detêm sobre o seu processo de transição. Além da influência exercida pela consciencialização na propriedade de envolvimento, há ainda a referir a presença de mudanças físicas, sociais, emocionais e ambientais (Meleis [et al.], 2010). Estas mudanças remetem-nos para a terceira propriedade referida por Meleis [et al.] (2010), que respeita à *mudança e diferença*. Como já foi dito, todas as transições envolvem uma mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições Meleis [et al.] (2010). As transições podem ser o resultado da mudança ou podem resultar em mudança. Sendo assim, é essencial conhecer os efeitos e os significados atribuídos à mudança, para compreender o processo de transição. As dimensões da mudança incluem a natureza, a temporalidade, a importância/gravidade atribuída e as expectativas pessoais, familiares e sociais.

Na perspetiva de Meleis [et al.] (2010), as mudanças experienciadas pelos indivíduos podem ser desencadeadas por *acontecimentos e pontos críticos*. Assim, segundo Meleis [et al.] (2010), a maioria das transições encontram-se relacionadas com eventos significativos ou pontos de viragem que pautam a vida dos sujeitos, estando estes associados, na maioria das

vezes, a uma consciencialização das mudanças e diferenças, e a um maior envolvimento para lidar com a experiência de transição. São igualmente descritos períodos críticos, que são etapas de grande vulnerabilidade, onde os sujeitos encontram dificuldades, e por isso solicitam a atenção, o conhecimento e a experiência do enfermeiro (Meleis [et al.], 2010). O principal postulado do presente estudo conceptualiza o trabalho de parto como um evento crítico na transição para a maternidade, influenciado pelas expectativas criadas ao durante a gravidez e pelo modo como foi experienciado e percebido pela mulher.

Por último, Meleis [et al.] (2010) referem como última propriedade o *período de tempo da transição*, suportando-se em considerações anteriores de Meleis e Trangenstein (1994), sobre a incorporação das dimensões de fluxo e movimento implicadas na transição. Contudo, é necessário entender que este não é um período delimitado por um intervalo de tempo, pelo que, este é influenciado por cada indivíduo e, também, pela sua experiência específica. A transição para a maternidade, para além de um ajustamento fisiológico, engloba uma transição psicossocial, que se inicia antes da concepção e se prolonga pelos ao longo do tempo, através de um crescimento contínuo da identidade materna (Colman e Colman, 1994; Mercer, 2004).

Pelo acima exposto, compreende-se que as propriedades inerentes à experiência da transição se encontram intimamente relacionadas, não sendo possível fazer uma abordagem isolada, pois constituem-se como parte integrante e indissociável do processo complexo que é a transição (Meleis [et al.] 2010). Assim, e porque os elementos constituintes acima referidos, manifestam-se como apenas uma parte de toda a experiência de transição, importa ainda alargar a nossa compreensão acerca de todo o processo, tentando identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição no subtópico seguinte.

### *Condições que Influenciam o Processo de Transição*

Meleis [et al.] (2010) definiram três tipos principais de condições de transição facilitadoras e inibidoras: *pessoais, comunitárias e sociais*.

Incluídos nas **condições pessoais**, podem ser identificados os *significados*, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição ou, por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição (Meleis [et al.], 2010). No âmbito desta condição, consideramos importante destacar que estes acontecimentos tanto podem ser um fruto das escolhas do próprio sujeito, como surgir inesperadamente. Verifica-se que, em função do grau de intencionalidade da escolha, os significados das transições poderão ser considerados como positivos, negativos ou neutros para os indivíduos (Schumacher e Meleis, 1994). Perante o

acima descrito, compreende-se a importância de valorizar a condição dos significados, pois esta conduz-nos a adotar uma visão do processo de transição, sob a perspectiva da pessoa que o está a experienciar (Schumacher e Meleis, 1994).

Outra das condições pessoais da transição definidas por Meleis [et al.] (2010) são as *crenças culturais e atitudes*. Ainda dentro das condições pessoais, Meleis [et al.] (2010) destacaram como fator inibidor a existência de um baixo *nível socio-económico*, pois este potencia a manifestação e experiência de sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição (Abe e Moritsuka, 1986; Uphold e Susman, 1981, cit. por Meleis [et al.], 2010).

A *preparação e conhecimento* constituem-se como fatores facilitadores da transição. Para Meleis [et al.] (2010) a preparação antecipada representa um meio facilitador da vivência de todo o processo. Contudo, para que esta preparação ocorra de forma efetiva, é importante a consciencialização dos problemas, das dúvidas e das necessidades que vão surgindo (Schumacher e Meleis, 1994). As expectativas, como fator influenciador do processo de transição, podem ser entendidas, como parte integrante da *preparação e conhecimento*. Desta forma, as expectativas relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, funcionando como um fator facilitador, dado que, podem aliviar o *stress* associado à transição e com base (Schumacher e Meleis, 1994). Para Murphy (1990) a intervenção na transição torna-se muito evidente nos períodos antecipatórios de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Schumacher e Meleis (1994) acrescentam que esta preparação exige tempo suficiente para uma gradual incorporação de novas responsabilidades e implementação de novas competências, sendo que, o conhecimento surge como um meio privilegiado para possibilitar a preparação dos indivíduos para as suas transições.

O segundo tipo de condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição referido por Meleis [et al.] (2010) diz respeito às **condições comunitárias**, que são reveladas através dos recursos que uma comunidade, para facilitar ou inibir o decorrer das transições. No que respeita a este tipo de condições, Meleis [et al.] (2010) salientam alguns tipos de condições facilitadoras, entre as quais podem ser referidas o suporte de companheiros e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais da saúde. Por outro lado, Meleis [et al.] (2010) abordam algumas **condições comunitárias** inibidoras do processo de transição, tais como a insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde; são ainda focados como inibidores o suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos, o confronto com o negativismo por parte dos outros ou, ainda, o facto de a pessoa ser tratada como uma “propriedade pública”.

Por último, Meleis [et al.] (2010) exploram a influência das **condições da sociedade** sobre o processo de transição. Inseridas nestas condições, podemos definir a *marginalização*, os *estigmas* e os *papéis socialmente definidos*, como as principais condicionantes inibidoras (Meleis [et al.], 2010). Assim, Schumacher e Meleis (1994) consideram que a consciencialização do ambiente social no qual o indivíduo está inserido é fundamental para o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem adequadas.

Importa, ainda, analisar o resultado de todo o caminho percorrido pelo indivíduo, tendo por base os indicadores que lhe estão inerentes. Assim, será com este objetivo que desenvolveremos o subtópico seguinte.

### *Padrões de resposta ao Processo de Transição*

Meleis [et al.] (2010) referiram-se à existência de padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores – de processo e de resultado.

Como as transições ocorrem ao longo do tempo, os indicadores de processo traduzem o modo como os indivíduos se podem movimentar através da experiência de transição. Os indicadores de processo incluem, portanto: sentir-se e estar ligado, interação, estar situado e desenvolver confiança e coping (Meleis [et al.], 2010). As autoras referem que a necessidade do indivíduo *sentir-se e estar ligado* relaciona-se com a necessidade de informação, sobretudo sobre os recursos disponíveis (família, amigos, profissionais da saúde), é fundamental para se prosseguir numa transição saudável.

No que respeita ao padrão de resposta *interação*, Meleis [et al.] (2010) referem que esta é estabelecida entre a pessoa em transição e o seu cuidador. Nesta interação, surgem as dimensões do autocuidado e do ser cuidado. Meleis [et al.] (2010) alertam para o facto desta mobilidade de papéis comportar diferentes significados para as pessoas envolvidas. Assim, o objetivo central da Enfermagem, no que se reporta a este padrão de resposta, deverá basear-se na promoção de um contexto de colaboração, que permita o desenvolvimento destas duas dimensões (Meleis [et al.], 2010).

Outro dos indicadores de processo caracterizado por Meleis [et al.] (2000) diz respeito ao *sentir-se situado*, ou seja, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido. Este padrão é importante pois, à partida, sabemos que a transição envolve a criação de novos significados e perceções (Meleis [et al.], 2010) em relação ao ambiente que a envolve. Esta reformulação remete-nos o *desenvolvimento da confiança e coping*, que ocorre quando os

indivíduos, que se encontram a experienciar a transição, demonstram um conhecimento aprofundado e, também, uma maior compreensão acerca dos aspetos da situação.

Os indicadores de resultado permitem considerar que a transição se constituiu como um evento saudável, através da mestria e da integração fluida da identidade.

O indivíduo patenteia *mestria* quando o desenvolvimento de competências e comportamento possibilita viver a nova condição com sucesso. Assim, à medida que os indivíduos se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término do processo de transição, os seus níveis de mestria irão indicar-nos os ganhos em saúde conseguidos no decurso de toda a experiência (Meleis [et al.], 2010). Neste sentido, transitar no sentido da mestria envolve por parte do indivíduo, a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e a aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*. Logo, referido por Kralik, Visentin e van Loon (2006), a transição não é simplesmente uma mudança, mas, pelo contrário, um processo que as pessoas atravessam para incorporar a mudança na sua vida.

Ao abordar o indicador relativo à *integração fluida da identidade*, Meleis [et al.] (2010) salientam que este se reporta à premissa de que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade da pessoa. Neste sentido, esta redefinição da identidade resulta do facto de a pessoa incorporar novos conhecimentos, novos comportamentos e novas competências, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis, [et al.], 2010).

Nas alíneas anteriores, abordamos dimensões que, para Meleis e seus colaboradores (1991, 1994, 2000, 2010) estão inerentes a qualquer processo de transição, como: a natureza, os condicionalismos e os padrões de resposta. Compreendidas todas estas características e focos de interesse para a Enfermagem, importa perceber qual o contributo destes profissionais na facilitação da transição e, conseqüentemente, no desenvolvimento de terapêuticas congruentes com a experiência singular dos indivíduos e suas famílias, no sentido de se promoverem processos de transição saudáveis (Meleis [et al.], 2010).

### *Facilitar as Transições: uma missão para os enfermeiros*

Para Chick e Meleis (1986); Meleis e Trangenstein (1994); Meleis [et al.], (2000); Kralik, Visentin e van Loon (2006) e Meleis [et al.], (2010) tomar a transição como basilar na condição humana tem implicações para a Enfermagem já que pode fornecer aos enfermeiros, uma estrutura para descrever as necessidades críticas do indivíduo durante o processo de transição,

Nesta linha de pensamento, considera-se que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada indivíduo vive e persegue (Conselho de Enfermagem, 2003), durante uma sequência permanente de estágios de desenvolvimento ao longo da sua vida.

Definir a Enfermagem como uma disciplina facilitadora das transições, no sentido de desenvolver sentimentos de bem-estar, garante uma perspectiva única do cuidar. Desta forma, a intervenção basear-se-á na facilitação das transições dos indivíduos, famílias e comunidades, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Meleis e Trangenstein, 1994). Através da compreensão dos processos de transição, os profissionais de Enfermagem estão mais bem preparados para ajudar os indivíduos a ultrapassar os processos de adaptação (Kralik, Visentin e van Loon, 2006), sobretudo, a partir da perspectiva de quem a experiencia.

#### *1.4.2 Transição para a Maternidade*

Ao longo de toda a sua existência, os indivíduos estão sujeitos a processos dinâmicos de construção e desenvolvimento pessoal. Existem processos que correspondem a situações que são normativas e socialmente apoiadas (Relvas, 1996) e estão associados aos ciclos naturais de vida. Entre esses processos de desenvolvimento evidencia-se no ciclo de vida da mulher: a maternidade.

*Maternidade* palavra que configuram a condição universal de “ser mãe”. No imaginário social, mãe é uma figura ímpar no desenvolvimento dos seus filhos e na formação da pessoa (Gonçalves, 2008). A maternidade representa um desafio individual e um marco sem retorno na vida da mulher. Como projeto único a longo prazo, a maternidade requer (...) *que, mais do que se desejar ter um filho, se deseje ser mãe* (Leal, 2005, p.12).

Apesar do modo como é encarada pela sociedade, ter vindo a mudar ao longo dos tempos, conforme os valores culturais e históricos vigentes em determinada época e espaço, a maternidade continua a ser descrita como uma das construções mais significativas do percurso de vida da mulher, representando um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade, pois é um período em que um grande número de mudanças pessoais, sociais e biológicas coincidem (Leal, 2005). Nesta linha de pensamento, Canavarro (2001, p.20) afirma: *A experiência de maternidade é infinitamente variável mas, em grande medida, depende do significado que lhe é atribuído.*

Falar em maternidade significa evidenciar o período da gravidez. Autores como Rubin (1984); Brazelton e Cramer (1992); Stern, Bruschiweiler e Freeland (2005); Canavarro (2001) e Mercer (2004) consideram a gravidez como uma fase de ensaio para a maternidade. Segundo Brazelton e Cramer (1992), durante a gravidez, a mulher está livre para projetar todo o tipo de expectativas sobre o seu futuro como mãe, sendo esta preparação uma etapa fundamental para que uma mulher se torne mãe. Este postulado ganha maior expressividade no caso de mulheres primíparas (Klaus e Kennel, 1992).

Todavia, o projeto da maternidade não nasce somente com o diagnóstico de gravidez, pois, pode iniciar-se mesmo antes da concepção, quando surgem as primeiras expectativas sobre esta experiência. Estas expectativas podem influenciar o modo com esta transição será experienciada (Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2006). Nesta perspectiva, Warren (2005) refere que a definição de expectativas realistas ajuda a construir confiança e a preparar a mulher para a experiência da maternidade.

Quando existe o projeto de maternidade, o período da gravidez permite a preparação psicológica da mulher para assumir o seu novo papel – o de mãe. À medida que gravidez vai progredindo, a mulher vai ensaiando cognitivamente papéis e tarefas maternas, iniciando um processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, ligando-se afetivamente ao bebê e começando por incorporar a existência do filho na sua identidade até aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001).

Embora considerados acontecimentos de referência no ciclo de vida de cada mulher, a gravidez e a maternidade ultrapassam a própria definição de momento, evento crítico ou ponto de viragem. No ciclo de vida da mulher, gravidez e maternidade são processos de construção, que se caracterizam pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas, e viver crises próprias, que implicam a necessidade de reorganização e permitirá à mulher a sua adaptação a uma nova condição. Embora seja consensual a existência de alguma correspondência entre o tempo cronológico e a tarefa desenvolvimental, esta nem sempre acontece de forma linear porque *Na vida das pessoas reais as tarefas sobrepõem-se e misturam-se.* (Canavarro, 2001, p. 37).

Diversos autores tentaram dividir estes períodos pelas tarefas desenvolvimentais.

Rubin (1984) reafirmou a importância das tarefas durante a gravidez para estabelecer a matriz qualitativa do comportamento materno. Neste sentido, descreveu quatro tarefas maternas interdependentes: assegurar uma passagem segura, durante a gravidez e parto, para a mãe e para a criança; assegurar a aceitação social pelos membros da família, para si e para o filho; iniciar a ligação ao filho; aprender a dar-se em benefício de outro.

Colman e Colman (1994) definiram seis diferentes tarefas desenvolvimentais que se reúnem ao longo do desenvolvimento da identidade maternal. *Aceitar a realidade da gravidez*: refere-se às respostas adaptativas da mulher inerentes ao crescimento e desenvolvimento pré-natal. *Aceitar a realidade do feto*: numa primeira fase da gravidez, o feto é concebido como uma parte da mulher, mas progressivamente torna-se uma representação mais autónoma e real. *Reavaliar e reestruturar a relação com os pais*: representação da mulher acerca do modelo de comportamento materno proveniente da sua mãe. *Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro*: porque o nascimento do primeiro filho é um desafio para o relacionamento conjugal. *Aceitar o bebé como uma pessoa separada*: o feto é cada vez mais observado como um ser separado e real. *Reavaliar e reestruturar a própria identidade materna*: sintetiza todas as outras tarefas mencionadas e implica a integração do papel, função e significado de maternidade, através da reavaliação dos ganhos e perdas que a maternidade introduziu e aceitação das mudanças implicadas por este novo estágio.

Mercer (1995), influenciado pelo trabalho de Rubin, desenvolveu a teoria da consecução do papel maternal, através da qual se reconhece a transição para a maternidade como um processo dinâmico e multifatorial, e que se desenvolve ao longo de quatro fases, geralmente por um período de quatro meses após o parto: *Fase antecipatória*: inicia-se durante a gravidez e corresponde a um período de preparação psicossocial da mulher para o papel de mãe. *Fase formal*: começa com a identificação formal com o filho e com a adaptação ao papel de mãe de acordo com o que é socialmente esperado. *Fase informal*: a mãe desempenha o seu papel como uma forma única de lidar com o seu bebé; *Fase de identidade pessoal ou materna*: traduz-se no cumprimento de uma nova identidade para a mulher, através da redefinição do *self* para incorporar a maternidade. A mãe interioriza o seu papel e experimenta um senso de confiança, competência e satisfação no desempenho do seu papel. Embora as fases progridam de forma sequencial, podem sobrepor-se e a sua duração é variável (Mercer, 2004).

Mais tarde, após revisão da teoria, Mercer (2004) considera que o termo *Consecução do Papel Maternal (Maternal Role Attainment)* é insuficiente para descrever o processo associado à formação e desenvolvimento da identidade materna e, como tal, é substituído por uma nova designação: *Tornar-se mãe (Becoming a Mother)*. Para Mercer (2004) o termo *Tornar-se mãe* é um estado mais fluído e assegura a conotação da transformação e crescimento contínuo da identidade materna, ao longo do tempo. Assim, mudar o nome do processo permitiu reconhecer que as mulheres continuam a crescer como mães durante a vida de seus filhos. Assim, tornar-se mãe inclui a aprendizagem de novas competências e o

aumento da confiança em si própria, à medida que enfrenta novos desafios nos cuidados do(s) seu(s) filho(s) (Manning, 2008). O conceito de confiança materna tem sido identificado na literatura como uma variável essencial na adaptação à maternidade e ao papel maternal, afetando inclusive a satisfação da mulher no exercício do papel de mãe (Mercer, 1995).

Embora as etapas permaneçam globalmente as mesmas, Mercer (2004) redefiniu-as e renomeou-as: *compromisso, apego e preparação*, que ocorre durante a gravidez, em que a mulher constrói expectativas sobre o seu novo papel; *conhecimento, aprendizagem e restauração* (primeiras duas semanas após o parto), fase que se inicia com o nascimento da criança, quando o papel de mãe é assumido e a aprendizagem se realiza no contexto do seu sistema social; *movimento em direção à normalização* (dois a quatro meses após o parto), estágio em que a mulher faz com o seu novo papel se encaixe no seu estilo de vida de uma forma pessoal; *integração da identidade materna* (cerca de quatro meses após o parto), fase durante a qual a mulher interioriza o papel de mãe e experimenta uma sensação de harmonia, competência e confiança, envolvendo-se afetivamente (Mercer e Walker, 2006).

Nelson (2003), com base numa revisão de nove estudos, identificou dois processos inerentes à transição para a maternidade. O processo primário é o de envolvimento, o qual descreve a necessidade da mãe experimentar a presença da criança e o estar envolvida ativamente no seu cuidado. Segue-se o processo secundário, que se refere ao crescimento pessoal da mulher, num processo contínuo de transformação através da percepção do seu novo papel – o de mãe, envolvendo uma expansão do *self*.

As experiências de transição para a maternidade são individuais. No desenvolvimento da identidade materna, repercussões contraditórias podem colidir (Miller, 2006). Por um lado, este processo de transição pode aumentar a autoestima materna, quando a mulher apreende um novo significado para a vida, ao sentir-se competente ao tomar consciência dos ganhos para si e para o contexto social (Taubman-Ben-Ari [et al.], 2009).

Por outro lado, há mulheres que enfrentam períodos difíceis, e que se manifestam através de sentimentos como inadequação, culpa, perda, exaustão, ressentimento e raiva. A pressão social e falta de apoio do companheiro ou de uma rede de proximidade, a perda da autoconfiança e da autoestima são fatores de tensão. Referem limitação do tempo disponível para si, com sentimento de mudanças do estilo de vida anterior que leva à exaustão física e emocional (Nyström e Öhrling, 2004; Taubman-Ben-Ari [et al.], 2009; Darvill [et al.], 2010).

## CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O êxito de um trabalho de investigação depende, em grande parte, do enquadramento metodológico, pois fornece aos investigadores a possibilidade de dispor de um conjunto de diretrizes que orientam a investigação e que, segundo Fortin (2009), configuram a fiabilidade e qualidade científica do próprio estudo.

Sendo assim, neste capítulo são descritas as opções e as atividades metodológicas que mobilizamos para o desenvolvimento do presente estudo de investigação.

### 2.1. Problemática e Justificação do Estudo

A problemática constitui o princípio de orientação teórica da investigação, conferindo-lhe coerência e potencial de descoberta (Quivy e Campenhoudt, 2008). Segundo Chevrier (2003, p.66) a problemática deriva de (...) *um desvio consciente que se pretende anular entre o que sabemos, julgado insatisfatório, e o que deveríamos saber, julgado desejável*. Como tal, encerra pertinência social, científica e pessoal e representa uma oportunidade de encontrar respostas com repercussões no desenvolvimento da prática profissional e na construção de políticas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Na formulação da problemática que fundamenta o presente trabalho de investigação foram ponderadas: a sua praticabilidade, a amplitude crítica, o interesse, o valor teórico, o valor prático e o seu carácter gratificante (Tuckman, 2002). Assim, emerge a problemática da investigação: *qual o significado atribuído pela mulher à experiência de trabalho de parto, a partir das expectativas construídas durante a gravidez, e de que forma este continuum [entre o que foi antecipado e o que foi experienciado] se repercute na transição para a maternidade*.

De facto, se quisermos melhorar as experiências de trabalho de parto das mulheres, precisamos de compreender a relação existente entre as expectativas destas mulheres e a sua perceção sobre a experiência de trabalho de parto (Lally [et al.], 2008). Segundo Canavarro (2001, p.20) (...) *a forma como agimos e sentimos depende das representações esquemáticas que temos da realidade*. Parece haver uma consciência crescente de que as expectativas sobre um determinado acontecimento não só têm influência na forma como as pessoas se sentem ou se comportam, mas influenciam diretamente a forma como essa realidade que é experienciada. É nesta perspetiva, que diversos autores consideram que as expectativas construídas pela mulher em relação ao trabalho de parto durante o período da gravidez podem influenciar, positiva ou negativamente, a maneira como o próprio trabalho de parto é experienciado (Beaton e Gupton, 1990; Green, 1993; Maldonado, 2002; Hallgren [et al.], 1995; Waldenström, 1999; Hodnett, 2002).

Na nossa investigação, o entendimento sobre a experiência de trabalho de parto vem, também, acrescentar uma dimensão singular ao processo de construção da maternidade, na medida que é considerado uma experiência que proporciona o primeiro encontro da mulher consigo mesma, desta vez com o papel de mãe, o que lhe exigirá ajustes e adaptações em função da nova condição que se impõe (Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010).

Em Portugal, nos repositórios dos estudos científicos, não se encontra muita pesquisa sobre a compreensão da experiência de trabalho de parto como um acontecimento complexo no ciclo de vida das mulheres. Acresce, ainda, que são também escassos os trabalhos de investigação nacionais que procuram estudar o impacto das expectativas construídas durante a gravidez na satisfação da experiência de trabalho de parto, segundo a perspectiva da mulher. Deste modo, entendemos ser necessária a realização de uma pesquisa adicional sobre esta realidade, procurando compreender se as experiências foram diferentes ou não do esperado e de que forma essa relação é percebida pela mulher.

Pela pesquisa desenvolvida, percebemos que existem, em Portugal, poucos trabalhos publicados que abordem a relevância do acontecimento do trabalho de parto na transição para o papel maternal. O entendimento de como o trabalho de parto foi configurado durante a gravidez, bem como o modo como foi experienciado pela mulher pode fornecer informações sobre como tal acontecimento pode garantir continuidade entre o que foi imaginado e o que foi experienciado, bem como é capaz de influenciar a entrada na experiência da maternidade.

Para Sale (1998), a procura contínua pela qualidade representa uma filosofia de ação e um dos valores sociais mais relevantes dos profissionais da saúde, na prestação de cuidados ao cidadão. Assim, a discussão em torno da problemática apresentada impele o desenvolvimento

de uma investigação, que visa contribuir para a qualidade dos cuidados saúde, transformando este desafio numa oportunidade para evoluir e responder às exigências do cuidado, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Os resultados deste trabalho de investigação poderão contribuir para fundamentar a necessidade de implementar as mudanças necessárias no modelo de assistência durante o trabalho de parto, por parte dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, com o objetivo de aumentar as possibilidades de uma experiência positiva percebida pela mulher, numa procura constante pelo cumprimento das expectativas, contribuindo para uma maior confiança e bem-estar no desempenho do papel maternal.

Procuramos os significados e as interpretações partilhadas por mulheres sobre a *sua* experiência de trabalho de parto. Por isso, propusemo-nos a perceber o que sentiram, o que pensaram e porquê, aquilo que desejaram e qual a razão. Serão mulheres...mulheres anónimas, mulheres com nome, mas sem rosto, que se vão expor e, num ato de pura generosidade, consciente ou inconsciente, testemunharão sobre uma problemática que, ainda hoje, permanece pouco conhecida ou pelo menos pouco visível aos nossos olhos. Na verdade, *as zonas de sombra inquietam-nos tanto quanto o sentido escondido (...)* (Amado, 2000, p. 60).

## 2.2 Questões de Investigação

Qualquer estudo de investigação tem início com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador e para a disciplina, que posteriormente se transpõe para uma questão de investigação. As questões de investigação guiam e organizam a estrutura de uma pesquisa e são as premissas onde se apoiam os resultados de uma investigação (Fortin, 2009).

Assim, definiram-se para a presente investigação as seguintes questões:

- Quais são as expectativas da mulher relativas à experiência de trabalho de parto?
- Como é que a mulher descreve a sua experiência durante o período de trabalho de parto?
- Quais são os elementos que facilitam/dificultam a experiência de trabalho de parto?
- Quais são os cuidados prestados pelos intervenientes envolvidos, durante o trabalho de parto, que mais marcaram a mulher?

- Qual o significado atribuído pela mulher à experiência de trabalho de parto, a partir das expectativas construídas durante a gravidez?
- Qual é o impacto da experiência de trabalho parto na transição para o papel de mãe?

## 2.3 Paradigma da Investigação e tipo de estudo

Um paradigma de investigação é definido por Vilelas (2009, p.99) (...) *como um sistema de crenças, princípios e postulados que informam, dão sentido e rumo, servindo de modelo, às práticas da pesquisa*. Já Polit e Hungler (2004, p.27) definem paradigma como (...) *uma visão do mundo, uma perspectiva geral sobre as complexidades do mundo real*. Cada paradigma faz exigências específicas ao investigador, incluindo as questões de investigação que formula e as interpretações que faz das problemáticas (Aires, 2011).

O foco de interesse do estudo é a experiência de trabalho de parto sob a perspectiva da mulher. Perante a abrangência e complexidade da condição de cada mulher neste contexto, refletida na variabilidade de estudos, optamos por um paradigma de investigação qualitativo, voltado para a compreensão da experiência percebida. Diversos autores que assumem que este tipo de investigação privilegia a compreensão de fenómenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação (Streubert e Carpenter, 2002; Craig e Smyth, 2002; Pope e Mays, 2005; Driessnack, Sousa e Mendes, 2007 e Bogdan e Biklen, 2010; Aires, 2011). Assim, a investigação qualitativa estuda fenómenos que os indivíduos vivem, o que quer dizer que se investiga “com” e não “para” as pessoas de interesse (Fortin, 2009). Na opinião de Craig e Smyth (2002, p.) *A finalidade da investigação qualitativa é produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidos (...)*, pelo que a compreensão é “interpretada” e não “descoberta”.

Nesta linha de pensamento, para Driessnack, Sousa e Mendes (2007) o conhecimento adquirido através da pesquisa qualitativa só é relevante quando compreendido dentro de uma determinada situação ou contexto, pelo que se considera que este tipo de pesquisa se baseia num paradigma naturalista. Ao mesmo tempo, a abordagem qualitativa tenta interpretar os fenómenos em termos do sentido que as pessoas lhes atribuem e, por isso, é comumente

referida como uma pesquisa interpretativa (Pope e Mays, 2005). Aires (2011) acrescenta que a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visa descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, e por isso, os produtos da investigação são criações ricas, densas e reflexivas dos fenómenos em análise.

Bogdan e Biklen (2010) enumeram algumas características comuns às investigações do tipo qualitativo: (1) a atenção do investigador centra-se preferencialmente no processo e não tanto nos resultados; (2) o carácter descritivo; (3) o ambiente natural é fonte direta de dados e o investigador é o instrumento fundamental; (4) os dados são analisados tendencialmente através do método indutivo; (5) a construção do significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial do investigador.

Ao optarmos pela pesquisa qualitativa reconhecemos que a experiência de trabalho de parto não pode ser fragmentada ou descontextualizada. Não é nossa intenção quantificar ou correlacionar variáveis, no sentido de obter padrões nas respostas. Pretendemos sim analisar os significados atribuídos pelas mulheres à experiência de trabalho de parto, a partir das expectativas construídas durante a gravidez, acreditando que se trata de uma experiência suscetível de ser descrita. E, por isso, cada experiência descrita será importante para compreender o fenómeno em estudo amplamente.

Este estudo de investigação é do tipo descritivo, na medida em que se pretende descrever a experiência de trabalho de parto de cada mulher, a partir das expectativas construídas durante a gravidez, explorando os significados atribuídos pelas mulheres a esta realidade. Suportamos esta nossa decisão em Polit e Hungler (2004), que argumenta que em investigação qualitativa, os estudos descritivos permitem descrever dimensões, variações e a importância do fenómeno, através da observação, descrição e classificação.

Quanto à dimensão temporal, esta pesquisa é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. O próprio desenvolvimento de um estudo qualitativo supõe um corte temporal de determinado fenómeno, por parte dos investigadores.

## **2.4 Contexto e Participantes**

Na abordagem qualitativa, os investigadores, segundo Streubert e Carpenter (2002, p.25), “ (...) não designam os indivíduos que informam, no seu estudo, por sujeitos. O uso dos

*termos participantes ou informantes ilustra a posição que os investigadores qualitativos subscrevem*". Assim, neste estudo assumiu-se o envolvimento ativo das participantes, o que permitirá uma melhor compreensão das suas experiências face ao fenómeno que se pretende conhecer.

Driessnack, Sousa e Mendes (2007, p.2) reconhecem que *"Na pesquisa qualitativa os participantes são selecionados pelas suas experiências com relação ao fenómeno de interesse."* Assim, e com o objetivo de atingirmos a compreensão do nosso objeto de estudo, do ponto de vista dos sujeitos, selecionamos um grupo de mulheres que estiveram internadas no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde e que, ao partilharem um conjunto de condições e critérios entre si, foram incluídas no estudo:

#### **Critérios de inclusão**

- Aceitar participar no estudo
- Sem história de analfabetismo e/ou desconhecimento da língua portuguesa
- Sem história de patologia materna ou gravidez considerada de risco
- Gravidez simples
- Parto eutócico com ou sem analgesia epidural
- Ser primípara
- Nascimento de termo:  $\geq 37$  Semanas completas e  $< 42$  Semanas
- Ausência de doença/malformações no RN
- Recém-nascido sem necessidade de internamento na neonatologia após o nascimento
  - A investigadora não ter contactado com as participantes durante a sua permanência no bloco de partos

O critério de seleção das participantes consiste na diversidade máxima de perfis para a fundamentação da problemática em pesquisa (Quivy e Campenhoudt, 2008). Poderemos ainda classificar este tipo de seleção dos participantes como uma amostra *intencional* de variação máxima (Aires, 2011). Ao selecionar participantes representativos de diferentes pontos de vista e perspetivas, o investigador poderá obter diferentes significados acerca do fenómeno em estudo (Polit e Hungler, 2004).

De acordo com Patton (1990), o tamanho da amostra deverá ter em conta o que se pretende obter com a realização do estudo de investigação. Neste sentido, concordamos com Patton (1990), Streubert e Carpenter (2002), Driessnack, Sousa e Mendes (2007) relativamente

à opção dos investigadores qualitativos não incluírem um grande número de sujeitos no seu estudo, mas antes, focarem-se numa descrição profunda e densa do fenómeno, em busca da riqueza da informação.

## 2.5 Procedimento para a Recolha de Dados

Na opinião de Quivy e Campenhoudt (2008, p.183), o processo de colheita de dados no trajeto de uma investigação científica “(...)consiste em recolher ou reunir concretamente informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra”. Entretanto, a escolha dos instrumentos de colheita de dados pelos investigadores é determinada pelas questões de investigação e pelas definições conceptuais e operacionais dos conceitos em estudo (Fortin, 2009; Streubert & Carpenter, 2002).

Bogdan e Biklen (2010) referem que no âmbito da investigação qualitativa, a entrevista representa um instrumento básico que permite recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos da realidade. Na entrevista, o participante *Diz «eu», com o seu próprio sistema de pensamentos, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afetividade e a afloração do seu inconsciente* (Bardin, 2009, p.89). O método da entrevista distingue-se pela aplicação de processos basilares de comunicação e interação humana, permitindo uma compreensão dos fenómenos (Quivy e Campenhoudt, 2008). Assim sendo, a natureza deste estudo conduziu a que se privilegiasse a entrevista como o principal instrumento de colheita de dados.

Dotada de um carácter flexível, capaz de responder às exigências metodológicas do presente estudo, a entrevista semiestruturada pareceu-nos ser a estratégia de recolha de informação mais adequada, uma vez que permite, através de um conjunto de questões *relativamente* abertas, compreender o fenómeno em estudo (Bogdan e Bilken, 2010). Por isso, na entrevista semiestruturada é permitida a abertura ao discurso do entrevistado, mas prevê-se simultaneamente algum controlo, caso este se desvie do objeto de estudo.

A utilização de uma entrevista semiestruturada impôs a construção de um guião com as linhas orientadoras da realidade que pretendemos estudar. Para a construção do guião da entrevista, foram realizadas, numa primeira fase, entrevistas de carácter meramente livre

exploratório que tinham como função abrir pistas de reflexão e alargar os horizontes do alcance do fenómeno estudado (Quivy e Campenhoudt, 2008). Depois de redigido o guião da entrevista, este passou por uma prova preliminar – pré-teste. O principal objetivo do pré-teste foi avaliar a eficácia e a pertinência do guião da entrevista, para além de verificar se os termos utilizados eram facilmente compreensíveis, se as questões utilizadas permitiam colher as informações desejadas e não provocavam desinteresse e se as questões não provocavam ambiguidade. Realizou-se o pré-teste com a colaboração de duas mulheres com características similares às das participantes do estudo.

O guião da entrevista semiestruturada foi seguido, variando, por vezes, a ordem de formulação prevista. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), mesmo utilizando um guião, a entrevista semiestruturada deve dar oportunidade à pessoa entrevistada de orientar o seu conteúdo, pois uma entrevista demasiado rígida anularia o seu carácter qualitativo. Com efeito, a investigadora deve permitir ao entrevistado falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier, esforçando-se por reencaminhar a entrevista para os objetivos, cada vez que o entrevistado deles se afastar, e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível.

No guião orientador da entrevista distinguem-se duas partes (Anexo I). Com as questões da primeira parte do guião pretendemos explorar as expectativas da mulher sobre a experiência de trabalho de parto. Na segunda parte, procuramos compreender a experiência de trabalho de parto e de que forma a experiência vivida se relaciona com as expectativas criadas durante a gravidez e analisar a forma como a mulher interpreta este evento na integração do seu papel de mãe. Adicionalmente, no sentido de assegurar a caracterização da amostra da investigação, foi preenchido um formulário com informações recolhidas, através da própria participante e da consulta do seu processo clínico (Anexo II). Assim, as participantes foram caracterizadas de acordo com os seguintes aspetos: 1) condição sociodemográfica; 2) condições relacionadas com o período pré-natal e 3) condições relativas ao trabalho de parto.

As entrevistas foram gravadas (com o consentimento das participantes), através do uso de gravador áudio, de modo a recolher-se, na íntegra, a informação fornecida por cada participante. Para Quivy e Campenhoudt (2008) a gravação da entrevista é uma estratégia fundamental e Bogdan e Biklen (2010) referem-se à gravação de entrevistas, como a melhor forma de evitar a perda de informações importantes, quando são extensas ou então quando são a principal técnica de estudo, contribuindo para o rigor e confiabilidade da investigação. No decorrer de cada uma das entrevistas procuramos também fazer anotações escritas, de

forma a poderem ajudar a obter uma descrição mais compreensiva e precisa, tal como é sustentado por Streubert e Carpenter (2002). De seguida, procedeu-se à audição das entrevistas e transcrição para suporte de papel com fidelidade do discurso dos entrevistados, constituindo o *corpus* da análise.

O processo de colheita de dados dividiu-se em dois momentos distintos. No primeiro momento, ainda durante o internamento hospitalar, abordamos as participantes de forma a estabelecer o primeiro contacto (Anexo III), com o propósito de apresentar o estudo, averiguar a disponibilidade em participar no estudo e se anuência na realização da entrevista decidir o local, data e hora e a autorização para áudio-gravação, bem como a garantia da confidencialidade dos dados. No segundo momento, procedeu-se à realização da entrevista. Cada entrevista teve uma duração média de 45 minutos.

As entrevistas decorreram entre a 1.<sup>a</sup> e a 4.<sup>a</sup> semana após o parto. A escolha do momento mais adequado para se proceder à colheita de dados esteve envolta em algumas dúvidas, pois mesmo a literatura disponível foi insuficiente para assegurar a sustentabilidade, solidez e rigor desta opção metodológica. Por exemplo, Simkin (1992) relata uma consistência temporal na percepção da experiência de parto ao longo de vários anos, apesar do decréscimo da quantidade de informação recordada e da ocorrência de mais erros e/ou lapsos na recordação de detalhes específicos da situação. Para Algom & Lubel (1994), as mulheres têm, geralmente, no momento após o parto uma apreciação correta e, mais tarde, uma memória precisa do que aconteceu. Entretanto, num outro estudo, Waldenström (2004a) considera que a avaliação do trabalho de parto logo após a experiência pode ser mascarada pelo alívio e felicidade sentida pelo nascimento de um filho saudável. Concomitantemente, os aspetos mais negativos podem levar mais tempo para se integrar.

As entrevistas decorreram, quase na sua totalidade, nas residências das entrevistadas com exceção de três que preferiram deslocar-se ao Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde para a sua realização. Definimos como prioridade ética e deontológica adotar todas as medidas possíveis para limitar qualquer tipo de constrangimento institucional. Por isso, incluímos no estudo mulheres com quem a investigadora não contactou durante a sua permanência no bloco de partos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde e optamos, sempre que possível, por realizar a entrevista fora do contexto institucional, no sentido de minimizar o subdimensionamento ou sobredimensionamento das experiências.

Para Streubert e Carpenter (2002, p. 67), *“A completa concentração e a participação rigorosa no processo da entrevista aumentam o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados”*. Na tentativa de nos aproximarmos, tanto quanto possível, do valor desta proposição,

as entrevistas realizaram-se em espaços calmos, organizados de forma a evitar distrações. Foram criadas as condições para que a mulher se fizesse acompanhar pelo seu filho recém-nascido – se assim o desejasse – no sentido de eliminar qualquer sentimento de desassossego motivado pela sua ausência, dando espaço e tempo para ela cuidar, confortar ou amamentar/alimentar o seu filho, sempre que necessário.

Conforme o preconizado procuramos inicialmente explicitar à participante os objetivos do estudo, reafirmar a sua vontade de participação e esclarecer dúvidas existentes. Foi nosso objetivo fazer o menor número de perguntas adicionais, mantendo contudo algum dinamismo na entrevista e dirigindo para o tema sempre que necessário.

A fase de recolha de dados decorreu entre agosto de 2012 e março de 2013.

Foram realizadas nove entrevistas, após as quais se constatou que as respostas dos participantes começavam a repetir-se e não adicionavam dados novos à pesquisa (Streubert e Carpenter, 2002). Fomos conduzidas a optar pela redundância ou saturação dos dados (Patton, 1990; Holloway e Wheeler, 2002), isto é, o ponto no desenvolvimento das categorias em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise. Neste sentido, a redundância ou saturação dos dados converteu-se no principal critério para finalização do processo de recolha de dados.

## **2.6 Análise dos Dados**

A natureza da investigação qualitativa dita que a análise e a colheita de dados devem ser entendidas como dois processos simultâneos (Streubert e Carpenter, 2002). Este princípio de concretização metodológica confere ao estudo qualitativo um carácter aberto e interativo (Aires, 2011). Nesta linha de pensamento, à medida que as entrevistas foram realizadas, procedemos à sua transcrição para suporte de papel, respeitando integralmente a linguagem utilizada e recorrendo a algumas convenções preconizadas por Kirk e Miller (cit in Quivy e Campenhoudt, 2008): as aspas simples (“ ”) assinalam os comentários das participantes; os parênteses retos ([ ]) pretendem demarcar as explicitações resultantes da interpretação dos investigadores e as reticências (...) evidenciam os momentos de silêncios e pausa.

Na transcrição, cada entrevista é denominada de E, sendo seguida de um número, que indica cronologicamente as mulheres que foram entrevistadas (por exemplo, E1, E2 E3, ...E11), assegurando o anonimato das participantes.

Para a análise dos dados, procedemos à *análise de conteúdo*, tendo por base os princípios emanados por Laurence Bardin (2009), dado o carácter metodológico de cada fase da análise. Antes de se descrever o processo levado a cabo na temática levantada neste trabalho, convém referir a definição da autora (2009, p.44) para a análise de conteúdo: *Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que pretende obter, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativamente às condições de produção/recepção dessas mensagens.*

Para Bardin (2009, p.11) parece evidente que *“Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade de subjetividade.”* Podemos dizer que o aspeto mais importante da análise de conteúdo é o facto de permitir, além de uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas derivadas dos quadros de referências teóricas do investigador (Amado, 2000).

Bardin (2009) considera que as diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

- Pré-análise
- Exploração do material
- Tratamento de resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, designada por *pré-análise*, é considerada a fase de organização dos dados. *Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise* (Bardin, 2009, p.121). Assim, a autora propõe que se proceda a uma leitura tipo “flutuante” onde as primeiras impressões e orientações devem invadir o investigador, fornecendo informações que se consolidaram ao longo da análise.

A segunda fase é a *exploração de material* consiste na descrição analítica, traduzida num conjunto de operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras precisas. Para Bardin (2009, p. 129) *Tratar o material é codificá-lo.* Deste modo, a codificação, para conseguir a *representação do conteúdo*, vai refletir três tipos de escolha: *O recorte: escolha das unidades; a enumeração: escolha das regras de contagem e a classificação e a agregação: escolha das categorias* (Bardin, 2009, p.129).

Dentro da análise de conteúdo, optamos pela modalidade do tipo temática como técnica de análise de dados, definindo as unidades de registo, as categorias e subcategorias.

De acordo com Bardin (2009, p.104), por unidades de registo, entende-se “(...) *unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequêncial.*” Neste contexto, ao analisarmos tematicamente o texto transcrito, procuramos descobrir os núcleos de sentido, que compõem a comunicação (Bardin, 2009) e, assim, identificar os segmentos mais significativos das entrevistas e definir as unidades de registo ou significação.

A análise realizada proporciona quadros de referência que nos permitiram organizar os fragmentos de informação, facultando-nos uma certa organização lógica, através da qual foram definidas categorias e subcategorias (Bardin, 2009). As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (Bardin, 2009). Sucintamente, pode dizer-se que a categorização consiste em agrupar e classificar as unidades de registo em categorias.

É o método das categorias que permite a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem e simultaneamente, revela-se (...) *eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significados manifestos) e simples* (Bardin, 2009, p. 147). Tendo em vista a taxionomia da categorização, aplicada ao material recolhido para o trabalho, optamos por critérios semânticos que orientassem a codificação dos textos em categorias. Assim, o critério de categorização foi de ordem temática, significando que as categorias agruparam por temas as unidades de registo. Tratam-se, portanto, de categorias temáticas (Bardin, 2009).

Nas diferentes fases de codificação procuramos respeitar os princípios enunciados: a *homogeneidade*, em que uma categoria tem que conter em si apenas um registo e uma dimensão da análise; a *exaustividade*, que contempla uma análise profunda e pormenorizada; a *exclusividade*, na qual cada unidade de significação só pode pertencer a uma categoria; a *objetividade*, que presume a definição sistemática de critérios utilizados nas mais diversas decisões a tomar na fase da codificação; a *pertinência*, que implica um sistema objetivo de categorias adaptado ao material em análise e aos objetivos da investigação e a *produtividade*, pela possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo, embora adequado e coerente com os dados (Bardin, 2009).

A última fase da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) é o *tratamento de resultados, a inferência e a interpretação*, que tem como objetivo tornar significativos os dados que resultaram do processo de tratamento, isto é, dotá-los de capacidade de falarem por si.

## 2.7 Considerações Éticas

A ética é o suporte legítimo do saber científico (Martins, 2008). Qualquer investigação efetuada com seres humanos levanta questões éticas e morais. Assim, durante todo o processo de investigação existe um limite que não deve ser ultrapassado e que se refere ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009). A investigação em Enfermagem não descora estas exigências e requisitos e obedece aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Assim, durante o desenvolvimento do estudo foram considerados alguns princípios éticos.

Consideramos importante salientar as preocupações éticas específicas que emergem da prática investigativa e que se encontram relacionadas, sobretudo, com a proteção dos direitos dos participantes do estudo, através do reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa (Polit e Hungler, 2004; Martins, 2008; Fortin, 2009). Objetivamente, Fortin (2009) reconhece os seguintes direitos fundamentais dos sujeitos: (1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; (2) respeito pelos grupos vulneráveis, (3) respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; (4) o respeito pela justiça e pela equidade; (5) equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; (6) a redução dos inconvenientes; (7) a otimização das vantagens.

Assim, este trabalho de investigação teve em atenção os princípios éticos referidos e procurou assegurar todos os direitos das pessoas envolvidas, ao longo de todas as fases do processo. Neste sentido, foram contemplados os seguintes pressupostos:

1. Obtenção de autorização para a aquisição de participantes para o estudo e respetiva colheita de dados na instituição hospitalar, através de requerimento enviado ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (Anexo IV).

2. Obtenção do consentimento informado (baseado na “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial) de todos os participantes no estudo (Anexo V). A assinatura do participante no consentimento informado constitui a prova da aceitação na colaboração do estudo decorrente. O consentimento informado significa que todos os participantes possuem a informação necessária em relação a todos os aspetos da investigação, para que possam livremente recusar a participação no estudo, participar ou desistir a qualquer momento Streubert e Carpenter (2002). Algumas questões do guião da entrevista incitaram a exposição de ideias e sentimentos, pelo que procuramos assegurar o compromisso de confidencialidade.

3. Assegurar a confidencialidade dos dados ao usá-los de modo a garantir o anonimato, com exceção das investigadoras. Neste sentido, a fonte dos dados será sempre apresentada de forma codificada, sendo esta apresentada pelo número de entrevista.

4. Isenção e autenticidade na análise e no tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

## **CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No presente capítulo apresentamos os resultados observados, através da análise e da discussão do conteúdo das nove entrevistas realizadas. Desenvolveremos um texto narrativo, acompanhado por excertos das entrevistas e esquemas interpretativos, de forma a apresentar a interpretação do que “foi dito”.

A análise de conteúdo do material recolhido fez sobressair três unidades temáticas:

- Expectativas associadas ao Trabalho de Parto “*O antes*”
- Experiência de Trabalho de Parto “*O durante*”
- Impacto da Experiência de Trabalho de Parto na Desenvolvimento do Papel Maternal “*O depois*”.

Após a obtenção das unidades temáticas seguimos para a organização das unidades de registo analisadas, em categorias e subcategorias (Anexo VI), através das quais os resultados obtidos serão comparados com a perspetiva de outros autores. Para a representação das categorias e subcategorias selecionaremos apenas algumas das unidades de registo.

### **3.1 Caracterização das Participantes**

Antes da apresentação, da análise e da discussão dos resultados, propriamente dita importa fazer uma breve caracterização das participantes do estudo. Em relação à caracterização sociodemográfica, verificou-se que a idade das mulheres situa-se entre os 19 e os 36 anos. Quanto ao estado civil, duas participantes viviam em união de facto, duas eram solteiras e as restantes eram casadas. Em relação à escolaridade, sete das participantes possuem formação de nível superior e duas possuem um nível de formação ao nível do ensino secundário. No que

se refere à atividade profissional, verificou-se uma significativa diversidade entre as participantes; embora uma das mulheres entrevistadas se encontre sem atividade profissional, à data da realização da entrevista (Tabela 1).

Participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão
E 1	30	Casada	Ensino Superior	Jornalista
E 2	31	Casada	Ensino Superior	Educadora de Infância
E 3	30	União de facto	Ensino Superior	Professora
E 4	32	Casada	Ensino Superior	Enfermeira
E 5	36	União de facto	Ensino Superior	Professora
E 6	33	Casada	Ensino Secundário	Administrativa
E 7	22	Solteira	Ensino Superior	Administrativa
E 8	26	Casada	Ensino Secundário	Cabeleireira
E 9	19	Solteira	Ensino Secundário	Desempregada

**Tabela 1.** Caraterização sociodemográfica das participantes

Na tabela 2, é apresentada esquematicamente caracterização do grupo de mulheres entrevistadas, segundo algumas características relacionadas com o período pré-natal. Assim, verificou-se que a idade gestacional, no dia do nascimento, se encontrava entre as 38 e as 40 semanas de gestação.

Em relação à preparação para o parto, verificou-se que a maior parte das participantes (seis) frequentaram sessões de preparação para o parto, sendo variável o número de sessões frequentadas por cada mulher. Destas participantes, apenas duas frequentaram as sessões de preparação para o parto com a pessoa escolhida para a acompanhar durante o trabalho de parto (Tabela 2).

Participantes	Idade gestacional	Preparação para o Parto	
		Nº de sessões na preparação o parto	Presença do acompanhante do TP
E 1	39s. + 4d.	6	Não
E 2	39s. + 6d.	7	Sim
E 3	38s. + 3d.	4	Não
E 4	38s. + 2d.	-	-
E 5	40s. + 1d.	6	Não
E 6	39s.+ 6d.	9	Sim
E 7	38s. + 5d.	2	Não
E 8	40s. + 2d.	-	-
E 9	40s.+ 5d.	-	-

**Tabela 2:** Caraterização das participantes em relação ao período pré-natal

Na tabela 3 consta a caracterização do grupo de mulheres entrevistadas, atendendo a aspetos referentes ao seu trabalho de parto.

Relativamente ao modo como o trabalho de parto se iniciou, verificou-se que no caso de seis participantes o trabalho de parto foi induzido (embora com recurso a diferentes métodos), sendo que no caso das demais participantes, o trabalho de parto iniciou-se espontaneamente. Na quase totalidade dos casos foi utilizada ocitocina quer para induzir, quer para acelerar a evolução do trabalho de parto (com exceção de apenas um caso, por opção da mulher). Verificou-se, também, que a duração do trabalho de parto foi variável, destacando-se um intervalo de tempo compreendido entre as quatro e as dezasseis horas. Constatou-se que a generalidade das mulheres optou pelo recurso à analgesia epidural, com exceção de duas participantes. Quanto à integridade do períneo distinguem-se três situações diferentes: duas mulheres com o períneo íntegro; três mulheres com ferida cirúrgica perineal grau I e quatro mulheres com laceração grau I.

Todas as mulheres do estudo estiveram acompanhadas, ao longo do trabalho de parto, por uma figura significativa. Constatou-se que, em todos os casos, foi promovido o contato pele a pele entre mãe e filho, assim como todos os recém-nascidos foram amamentados momentos após o nascimento.

Participantes	Início do Trabalho de Parto	Duração do TP (nº horas)	Uso de ocitocina	Analgesia epidural	Acompanhante de TP	Integridade do períneo	Contato pele a pele	Amamentação na 1ª hora de vida do RN
E 1	Espontâneo	8	Sim	Sim	Sim	Lacer. grau I	Sim	Sim
E 2	Induzido	10	Sim	Sim	Sim	Ferida grau I	Sim	Sim
E 3	Espontâneo	13	Não	Não	Sim	Íntegro	Sim	Sim
E 4	Induzido	7	Sim	Sim	Sim	Lacer. grau I	Sim	Sim
E 5	Induzido	8	Sim	Sim	Sim	Lacer. grau I	Sim	Sim
E 6	Induzido	10	Sim	Sim	Sim	Íntegro	Sim	Sim
E 7	Espontâneo	10	Sim	Sim	Sim	Ferida grau I	Sim	Sim
E 8	Espontâneo	4	Sim	Não	Sim	Lacer. grau I	Sim	Sim
E 9	Induzido	16	Sim	Sim	Sim	Ferida grau I	Sim	Sim

**Tabela 3.** Caracterização das participantes em relação ao trabalho de parto

### 3.2 Expectativas Associadas ao Trabalho de Parto: “O antes”

Da análise das nove entrevistas realizadas, observamos que as participantes do estudo desenvolveram expectativas individuais em relação ao trabalho de parto, sendo que diversos fatores e circunstâncias influenciaram o modo como cada mulher configurou a sua experiência, o que determinou um conjunto de categorias e subcategorias, que se encontram identificadas na seguinte figura esquemática.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Emoções</b>	Emoções positivas Emoções negativas Emoções ambivalentes
<b>Significado de trabalho de parto</b>	O Trabalho de Parto como um evento desconhecido O Trabalho de Parto como um evento inevitável O Trabalho de Parto como um evento doloroso O Trabalho de Parto como um evento único O Trabalho de Parto como um evento natural O Trabalho de Parto como um evento de transformação
<b>“As minhas expectativas antes da própria gravidez”</b>	Sobre o trabalho de parto Sobre a maternidade
<b>“ Quando penso no meu parto...”</b>	“Quando penso no meu parto, o que mais me agrada é ...” “Quando penso no meu parto, o que mais me preocupa é ...”
<b>“Como me sinto”</b>	Traços da personalidade Eventos críticos passados Sentir-se preparada para a experiência de trabalho de parto Sentir-se capaz para a experiência de trabalho de parto
<b>“Enquanto me preparava...”</b>	Onde aprendi * Preparar quem me vai acompanhar
<b>“Não estou só”</b>	
<b>“Eu e o meu Trabalho de Parto”</b>	O Trabalho de Parto é ele próprio mais as suas circunstâncias * <i>Eu</i> e quem me acompanha nesta aventura* <i>Eu</i> e a minha participação no trabalho de parto * <i>Eu</i> e a dor de trabalho de parto * <i>Eu</i> com os profissionais da saúde e <i>eles</i> comigo * <i>Eu</i> e o 1º confronto com o meu filho *
	* Subcategorias associadas

**Figura 4.** Categorias e subcategorias associadas à unidade temática: Expectativas associadas ao Trabalho de Parto “O antes”

## Emoções

A aproximação da experiência de trabalho de parto parece produzir, entre as mulheres entrevistadas, uma combinação diferente de emoções, tanto pela sua natureza como pela sua intensidade, como podemos confirmar pelas seguintes unidades de registo:

---

<b>Subcategoria: Emoções Positivas</b>
<i>Estávamos tranquilos em relação a nós e à nossa filha que ia nascer. (E4)</i> <i>Aliviada por saber que estava a chegar àquela semana de gestação. (E3)</i> <i>(...) todos aqueles momentos da fase final do trabalho de parto aliciava-me e eu tinha muita curiosidade. (E5)</i>
<b>Subcategoria: Emoções Negativas</b>
<i>(...) havia um medo que me invadia e eu ficava muito, muito perturbada. (E5)</i> <i>(...) eu tinha muito medo como é que as coisas podiam acontecer. (E8)</i> <i>Estava bastante ansiosa. (E2)</i> <i>Eu não conseguia pensar nas coisas boas que normalmente se associam àquele momento. Eu só pensava no que de mal me podia acontecer. Eu interiorizei tudo de mau, tudo mau, tudo mau. (E6)</i> <i>(...) fomos criando uma expectativa baseada no nervosismo (...) (E2)</i> <i>Mas havia muitas inseguranças que eu tinha (...) (E1)</i> <i>Em pânico. Para mim pensar no momento do parto era um verdadeiro desespero. (E9)</i>
<b>Subcategoria: Emoções Ambivalentes</b>
<i>É muito engraçado que nós esperamos e queremos sempre ouvir o médico dizer que vamos ficar, mas quando ouvimos que ficamos entramos em pânico (...) (E2)</i> <i>Sentia-me muito dividida entre o ser capaz e o medo. (E5)</i> <i>Queria que o tempo chegasse rápido por causa da própria experiência de trabalho de parto, mas não queria que a gravidez passasse rápido demais. Tinha assim em mim um misto de emoções (E6)</i> <i>O dia ia-se aproximando, mas eu estava muito nervosa, mas por outro lado, eu queria muito que esse dia realmente chegasse. (E7)</i> <i>Eu queria muito que o dia do nascimento da minha filha chegasse, mas tinha muito medo (...) (E9)</i>

---

Algumas mulheres associaram à experiência de trabalho de parto emoções positivas como calma, o alívio e a curiosidade. Para Kitzinger (1984) a mulher deve ter um espírito que esteja preenchido por emoções agradáveis em relação ao trabalho de parto, pela possibilidade de influenciar positivamente a forma como a experiência é vivida. Todavia, a generalidade das mulheres entrevistadas referiu emoções negativas quando, durante a gravidez, imaginavam a sua experiência de trabalho de parto e verbalizaram o medo, a ansiedade, o pânico, a angústia, o mal-estar, o nervosismo e a insegurança. Além disso, esta diversidade de emoções negativas vem demonstrar o quanto certas expectativas podem interferir com inúmeras vulnerabilidades na mulher (Peterson, 1996), podendo prejudicar a própria vivência da gravidez (...) *só não desfrutei mais da minha gravidez porque comecei a pensar muito como seria o meu parto. (E9)*. Os estudos confirmam que as mulheres expressam diversos medos e ansiedades face à experiência de trabalho de parto (Costa [et al.], 2004; Costa [et al.], 2005), tornando-se,

portanto, importante desenvolver estratégias eficazes para enfrentarem e ultrapassarem esses medos (Fenwick [et al.], 2005; Beaton e Gupton, 1990).

Existe ainda um grupo de depoimentos, nos quais se percebe que a imagem construída em torno do trabalho de parto é caracterizada por uma ambiguidade de emoções, coexistindo simultaneamente emoções positivas e emoções negativas: por um lado, a ânsia da mulher em conhecer o seu filho, dando forma e rosto a uma imagem fantasiada e, ao mesmo tempo, a vontade de prolongar a gravidez e adiar a experiência de trabalho de parto, à qual associa progressivamente medos, ansiedades e inseguranças. Na “sala de espera” em que se encontra a mulher na fase final da gravidez coincidem assim emoções contraditórias, o que é defendido também por Colman e Colman (1994): por um lado, a satisfação por terminar uma gravidez bem-sucedida e, por outro, confrontar-se pela primeira vez com o seu filho.

As emoções das mulheres, na antecipação da experiência de trabalho de parto, podem ser compreendidas como uma linguagem que abarca diferentes conotações, pois diferem no modo como são representadas, organizadas e sentidas perante o significado atribuído pela mulher ao trabalho de parto. Assim, considera-se que a vivência e a manifestação das emoções dependem de um conjunto específico de significados associados ao contexto cultural e social de cada mulher (Kitzinger, 1984).

### *Significado de Trabalho de Parto*

Os *significados*, enquanto elemento facilitador ou inibidor da transição, dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição ou, por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição (Meleis [et al.], 2010). Na verdade, cada acontecimento tem um significado próprio para cada indivíduo, de acordo com o conjunto de valores, expectativas e conhecimentos do mesmo, estando a sua valorização dependente de todos estes aspetos. Qual o impacto da experiência na atribuição do significado a um determinado acontecimento? Poderemos nós considerar que há um significado antes da experiência e outro após a experiência?

Ao longo da análise das entrevistas, as respostas de algumas participantes permitiram-nos compreender o significado que atribuem ao acontecimento do trabalho de parto (antes de ser experienciado), o que nos conduziu à identificação da categoria designada por significado de trabalho de parto e na qual se incluem seis subcategorias: *O Trabalho de Parto como um evento desconhecido; O Trabalho de Parto como um evento irreversível; O Trabalho de Parto como um evento natural; O Trabalho de Parto como um evento doloroso; O Trabalho de Parto*

como um evento único; O Trabalho de Parto como um evento de transformação, sustentadas pelas seguintes unidades de registro:

<p style="text-align: center;"><b>Subcategoria: O Trabalho de Parto como um evento desconhecido</b></p> <p><i>Claro, é uma coisa nova. Nós não sabemos o que vai acontecer. É algo totalmente desconhecido (...)</i> (E1) <i>(...) não sabia como seria esse momento. (...) Nunca tinha passado por uma experiência assim.</i> (E7) <i>Eu, também, nunca estive em trabalho de parto, não sei o que é ter um bebê.</i> (E8) <i>(...) pois, não sabia o que poderia acontecer e essas incertezas incomodavam-me muito.</i> (E9)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Subcategoria: O Trabalho de Parto como um evento irreversível</b></p> <p><i>Não são só as contrações, não é só a dilatação, não...Arrebentaram as águas, ou seja, isto vai mesmo acontecer realmente.</i> (E2) <i>Eu já alguns dias que vinha a perder o rolhão mucoso. As dores foram aumentando. Há 5, 6 dias que eu andava com dores. Sentia que estava para breve.</i> (E3) <i>Ficamos a idealizar um momento como...pronto...é o culminar das quarenta semanas.</i> (E4) <i>Sentia que tinha chegado o momento e que não havia volta a dar. Agora tinha mesmo que ser.</i> (E7) <i>E no dia do parto, quando já não podia voltar atrás (...)</i> (E9)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Subcategoria: O Trabalho de Parto como um evento natural</b></p> <p><i>Queria que fosse tudo como antigamente. O mais natural possível.</i> (E3) <i>(...) a convicção de que parir é algo tão natural no percurso de uma mulher</i> (E5) <i>Eu imaginava um trabalho de parto natural (...)</i> (E6)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Subcategoria: O Trabalho de Parto como um evento doloroso</b></p> <p><i>Mas...achei sempre que iria ser um bocadinho penoso, doloroso e ... cansativo (...).</i> (E2) <i>Psicologicamente, mentalizei-me que a experiência ia ser muito dolorosa (...)</i> (E7) <i>Pensava muito na dor que poderia sentir (...)</i> (E9)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Subcategoria: O Trabalho de Parto como um evento único</b></p> <p><i>Eu imaginava momentos mágicos, transcendentos. Momentos para nunca mais se esquece, tenha a gente a idade que tiver, aconteça o que acontecer.</i> (E3) <i>E uma das coisas que eu não queria, era precisamente isso, era estar a fazer do meu trabalho de parto e do nascimento da minha Amélia uma coisa banal e não é.</i> (E6) <i>(...) nenhum parto é igual ao outro.(...) porque as experiências de parto são tão diferentes.</i> (E7)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Subcategoria: O Trabalho de Parto como um evento de transformação</b></p> <p><i>Eu tinha ideia que era um momento avassalador, mas que só nesse momento íamos tomar consciência que agora temos alguém dependente de nós: um filho.</i> (E1) <i>Para mim o parto representa qualquer coisa fantástica que nos transforma numa super mulher.</i> (E6) <i>Aquele seria o início da nossa família. Seria naquela sala que começaria a nossa família.</i> (E4)</p>

A noção de desconhecido surge como uma característica do trabalho de parto, onde não é possível prever e antecipar todas as circunstâncias do evento, o que está principalmente presente nas nulíparas, onde não existe uma experiência anterior que possa ser usada como referência para a própria mulher (Bezerra e Cardoso, 2006). Os relatos apresentados sugerem que o desconhecido e a incapacidade de controlar ou antever os acontecimentos são fatores que condicionam a forma como cada mulher antecipa a experiência de trabalho de parto.

Algumas participantes referiram-se ao trabalho de parto como um acontecimento que precisa de ser inevitavelmente enfrentado, quando os mecanismos físicos inerentes são ativados, anulando-se em definitivo qualquer possibilidade de impedir a sua progressão. A literatura é unânime ao considerar a irreversibilidade como a característica do trabalho de parto (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002).

Outras mulheres descreveram o trabalho de parto como um processo normal, inerente à condição de mulher. A constatação de que o trabalho de parto é um processo natural é encontrada em outros estudos (Fenwick [et al.], 2005; Gibbins e Thomson, 2001). Por sua vez, outras mulheres do estudo perceberam o trabalho de parto como um evento doloroso, o que lhes provoca emoções negativas como o medo, a angústia e o sofrimento. As unidades de registo confirmam que as mulheres possuem uma ideia subjetiva sobre a dor de trabalho de parto, criando uma espécie de reflexo condicionado entre o acontecimento do trabalho de parto e a experiência da dor.

Para a maioria das sociedades, o trabalho de parto é um acontecimento único no ciclo de vida da mulher (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996; Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002), um importante marcador da sua história. Segundo Kitzinger (1984) é pouco provável que qualquer outra experiência da vida de uma mulher seja comparável à experiência de trabalho de parto.

Os relatos mostram que o trabalho de parto é, também, concebido como um evento crítico que marca o início de uma série de transformações significativas, no ciclo de vida da mulher e que define a passagem definitiva de um estado para outro (Canavarro, 2001; Leal, 2005) – a maternidade. Diversos autores consideram o (trabalho de) parto como um momento importante no processo de transição para a maternidade (Rubin, 1984; Colman e Colman, 1994; Callister, 2004; Stern, Bruscheweiler-Stern e Freeland, 2005; Meleis [et al.], 2010).

### *“As Minhas Expectativas Antes da Própria Gravidez”*

Uma das entrevistadas descreve o modo como antecipava a experiência de trabalho de parto, ainda antes da gravidez: *A ideia que eu tinha antes de estar grávida, era que o parto era um momento maravilhoso, uma experiência fantástica. Com muita naturalidade, simplicidade e sem dor. Essa foi a ideia que sempre tive. (...) (E7).* Todavia, a partir do momento que se vê confrontada com a inevitabilidade do trabalho de parto, há uma reconstrução da imagem do trabalho de parto, atribuindo-lhe uma conotação negativa: *(...) a partir daí, o meu pensamento sobre o parto mudou radicalmente. Comecei a olhar para o parto de forma diferente. Eu não conseguia pensar nas coisas boas que normalmente se associam àquele momento. Eu só*

*pensava no que de mal me podia acontecer. Eu interiorizei tudo de mau, tudo mau, tudo mau.* (E7). Este achado dá conta das mudanças desenvolvimentais que ocorrem na mulher e alerta, portanto, para a necessidade de intervir ao longo da gravidez.

### *“Quando Penso no Meu Parto...”*

Uma combinação ambivalente parece afetar os testemunhos das participantes face à antecipação da experiência de trabalho de parto. De um lado, expectativas positivas e do outro lado, expectativas negativas. Dentro das expectativas positivas sobre o trabalho de parto, salientam-se as seguintes unidades de registo, que dão conteúdo à subcategoria *Quando penso no meu parto, o que mais me agrada é...*, através das quais identificamos: a confirmação das expectativas acerca da experiência; a presença da figura significativa; a possibilidade de participar no trabalho de parto e o bem-estar da mulher e do seu bebé:

*O que mais me agradava era a imagem do próprio parto. A imagem de eu estar ali a portar-me bem, sem chatear muito ninguém, e a ter o parto como eu queria, um parto natural, como a natureza assim o demanda. Este seria o meu maior orgulho, a minha alegria (...)* (E3)

*O que mais me agradava era saber que o meu marido ia estar presente e íamos poder ver a nossa filhota a nascer e saber que ele ia estar lá nesse momento tão esperado e que ia participar.* (E4)

*Aquilo que mais me agradava era a ideia de que tudo pudesse correr bem, conforme eu tinha imaginado, e que se desenvolvesse numa atmosfera calma e tranquila e que fosse um momento romântico com o meu marido e que tivéssemos os dois juntos.* (E6)

*Mas realmente seria uma satisfação imensa ver (...) que eutinha sido capaz até ao último momento.* (E8)

*O momento que mais me agradava era tê-la nos meus braços, um bebé perfeito, saudável (...)* (E9)

Da dimensão associada à construção de expectativas positivas extraímos o conceito de trabalho de parto idealizado, no qual a mulher eleva as suas preferências pessoais, tal como é expresso por algumas participantes: *Nós idealizamos muitas coisas (...) É mais ou menos como, quando idealizamos o dia do nosso casamento ou quando vamos comprar a primeira casa ou o primeiro carro.* (E2); *Eu queria que fosse rápido, sem dores e que corresse tudo bem, para mim e para o meu bebé. Era essa a ideia que eu tinha.* (E8). Esta última unidade temática remete-nos para Gibbins e Thomson (2001) e Maggioni, Margola e Filippi (2006) ao considerarem um parto rápido e sem dor, como o parto ideal.

As expectativas, em relação ao trabalho de parto desejado, dizem-nos que as mulheres têm como fundamental expectativa que *tudo corra bem*, dizendo com esta expressão que o

importante é que no âmbito geral, em relação a todos os acontecimentos que envolvem o trabalho de parto, aconteça tudo dentro do que é considerado normal, sem complicações para si próprias ou para o seu filho (Guerra, 2010).

É comum as mulheres idealizarem o seu trabalho de parto. Mas, qual o significado de ideal? Ideal para quem? O que realmente cada mulher pretende para o seu trabalho de parto? Como encontrar o caminho que cada pretende seguir? São interrogações que nos transportam para a subjetividade e a relatividade inerentes ao conceito de idealização do trabalho de parto, porque confronta preferências, fantasias e desejos que são, inevitavelmente, diferentes entre as mulheres e, por conseguinte, leva-nos a refletir sobre a necessidade de conhecer, de forma individualizada, a noção de “parto ideal” para cada mulher.

No âmbito das expectativas negativas associadas à experiência de trabalho de parto, que configuram a subcategoria *Quando penso no meu parto, o que mais me preocupa é ...*, salientam-se as seguintes unidades de registo, através das quais se distinguem preocupações relacionadas com a saúde da mulher e do seu bebé e com consequências adversas do trabalho de parto; preocupações relativas a intervenções obstétricas indesejadas e o medo da mulher pelo seu comportamento comprometer o resultado da experiência:

*A minha maior tristeza era que me dissessem que eu tinha que ir para cesariana.* (E1)

*O maior medo que eu tinha era de não conseguir colaborar a nível de esforço.* (E2)  
*Simultaneamente, eu estava preocupada comigo e com a bebé porque uma coisa leva a outra porque se eu tivesse alguma complicação obviamente que depois poderia não ser capaz de abraçar a minha filha (...)* (E5)

*O que mais me preocupava sempre foi a episiotomia e também que ocorresse alguma complicação, como por exemplo um prolapso do cordão umbilical ou que, por algum motivo, a recuperação não fosse muito boa (...)* (E6)

*Agora, preocupava-me muito a epidural. Era talvez o meu maior medo.* (E9)

Através da informação recolhida verificamos que todas as mulheres do estudo criaram expectativas, realistas ou não, sobre diferentes aspetos do trabalho de parto, como o apoio do companheiro e dos profissionais da saúde, o controlo e a participação na tomada de decisões, a dor e as estratégias de alívio da dor e as intervenções obstétricas. Também Green, Coupland e Kitzinger (1990) e Waldenström [et al.] (1996) balizaram estes mesmos fatores pelo potencial de influenciar o modo como a mulher antecipa a sua experiência de trabalho de parto, embora a forma como se relacionam sejam diferentes (Slade [et al.], 1993) e o impacto de cada um deles tem na própria experiência de trabalho de parto seja diverso (Green, Coupland e Kitzinger; 1990).

## “Como me Sinto”

As expectativas que cada mulher cria sobre a sua experiência de trabalho de parto são determinadas por um vasto conjunto de fatores, os quais têm a ver com as normas que vigoram na cultura e na sociedade à qual pertence, mas também com diversas dimensões de âmbito pessoal (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002), como traços da personalidade e eventos críticos passados.

---

### Subcategoria: Traços da personalidade

---

*(...) eu sou muito cisma e tenho tendência para o pessimismo (...)* (E1)

*Infelizmente, eu sou uma pessoa muito curiosa e isso às vezes não é nada bom (...)* (E2)

*Sendo eu extremamente sensitiva (...)* (E5)

*Eu sou muito calculista e sou muito metódica e dificilmente eu dou controlo daquilo que pertence à minha vida a outra pessoa.* (E6)

*Esta é a minha forma de lidar com certas situações da vida. Eu sou assim, por vezes, encaro certas situações de uma forma muito fatalista. São os meus 22 anos!* (E7)

---

### Subcategoria: Eventos críticos passados

---

*Várias experiências passadas ligadas à vivência da dor por causa de um maldito internamento (...)*  
*aquela situação que tinha vivido, e que foi muito negativa, trazia-me muitos medos (...)* (E5)

*Porque faleceu o meu pai uma semana antes, exatamente uma semana antes. A Amélia nasceu no dia 29 e o meu pai tinha falecido no dia 22.* (E6)

*Além disso, durante a gravidez surgiram alguns problemas na minha vida, como foi a separação dos meus pais. Foi um momento muito difícil da minha vida (...)* (E9)

---

A forma como cada mulher enfrenta o trabalho de parto sob a forma de expectativas, representa, segundo Kitzinger (1984) aspetos peculiares de cada ser, englobando a sua forma de ser e de estar perante si mesmo e todas as relações que estabelece com o mundo durante a sua existência. Além disso, não podemos esquecer que a mulher não chegou ao momento do trabalho de parto sem ter, atrás de si uma história própria, única e irrepetível, marcada por diversos eventos críticos passados que podem influenciar o modo como antecipa a experiência de trabalho de parto. Os eventos críticos que as mulheres entrevistadas verbalizaram estavam envoltos numa elevada carga negativa: um ocorreu alguns anos, antes da própria gravidez (internamento por gravidez ectópica) e dois aconteceram durante a gravidez (divórcio dos pais e morte do pai). Assim, a construção de expectativas em relação ao trabalho de parto parece ganhar forma na história particular de cada mulher.

Ao abordar o tema das expectativas deparamo-nos com uma enorme complexidade, que poderá afetar as perceções da mulher sobre o modo como se posiciona face à experiência de trabalho de parto. Assim, o modo como as mulheres anteciparam o seu próprio trabalho de parto determinou subcategorias relevantes relacionadas com a sua disponibilidade emocional

face à experiência. Nos seus discursos, as mulheres falaram sobre o sentir-se (ou não) preparadas para a experiência de trabalho de parto. Assim, enquanto uma das participantes assumiu que: *Estava preparadíssima!* (E4); no sentido oposto, uma outra participante afirmou que: *Não há aula de preparação para o parto, leituras, não há esperanças que nos relatem, que nos deixem preparadas para o momento do parto.* (E2). Além disso, o evento do trabalho de parto parece, também, trazer consigo expectativas da mulher sobre o sentir-se (ou não) capaz, através das quais a mulher projeta a sua capacidade para superar esta experiência.

---

**Subcategoria: Sentir-se preparada para a experiência de trabalho de parto**

---

*Achei que estava preparada. Eu queria muito aquele dia.* (E1)  
*Mas também me sentia preparada. Já tinha tudo feito, o plano de parto, as roupas.* (E3)  
*Foi um dia muito programado e vínhamos preparados para tudo, fosse qual fosse o cenário do parto.* (E4)  
*Achei que naquele dia, não estava preparada para lidar com absolutamente...Nada.* (E6)  
*É curioso que ao mesmo tempo me mentalizava que tinha que estar preparada para aquele momento.* (E7)  
*Se calhar até estava preparada para o parto, mas acho que não tinha essa noção, pelo menos como tenho agora.* (E8)  
*Quer dizer, eu acho que durante toda a gravidez mentalizei-me que não estava preparada para lidar com o parto. Não me sentia segura.* (E9)

---

**Subcategoria: Sentir-se capaz para a experiência de trabalho de parto**

---

*No início, eu achava que não ia ser capaz de pôr um filho neste mundo. Eu não vou ser capaz.* (E3)  
*Eu achava que não seria capaz.* (E4)  
*Eu achava que não ia conseguir porque o meu comportamento me poderia prejudicar (...)* (E5)  
*(...) pensava que podia não ser capaz (...)* (E5)  
*Eu só pensava: "Eu não vou ser capaz. Eu não vou ser capaz. Eu não vou ser capaz." Eu não consegui pensar positivo. Eu não consegui pensar que poderia conseguir.* (E7)  
*Eu achava que se visse o parto dessa forma, poderia subestimar ainda mais a minha capacidade de dar à luz. Eu tinha medo que me passasse uma coisa dessas pela cabeça. E mais uma vez poderia pôr tudo em questão.* (E9)

---

*"Enquanto me Preparava..."*

Schumacher e Meleis (1994) sugerem que a preparação e o conhecimento são fatores facilitadores, enquanto os indivíduos se movem através de uma transição.

Para Gibbins e Thomson (2001) o processo de construção de expectativas em relação ao trabalho de parto é influenciado por uma variedade de fontes de informação, onde se inclui a preparação para o parto; o relato do seu próprio nascimento; o discurso de figuras influentes como o médico, outro profissional de saúde ou figura significativa; histórias de amigos e familiares; representações do que já viu em filmes e na televisão ou leu nos livros e revistas. O conteúdo das seguintes unidades de registo corroboram esta referência e, como tal, definiu-se

a subcategoria – *onde aprendi*, através da qual se evidenciou as várias possibilidades de aceder à informação sobre o acontecimento do trabalho de parto, conferindo dinamismo ao processo de construção das expectativas. A partir desta subcategoria, definiram-se outras cinco subcategorias que traduzem as diferentes fontes de informação utilizadas pelas mulheres.

---

**Subcategoria: Preparação para o parto**

---

*Tentei usufruir ao máximo do curso de preparação. Eu comprei a bola e fazia em casa os exercícios. (E1)*  
*Fiz as aulas de preparação para o parto (...) Fiz os nove temas, inclusive o de trabalho de parto (...) (E2)*  
*(...) acho que recorri a um manancial de situações, desde o curso de preparação para o parto tanto a nível teórico como a nível prático (...) (E5)*  
*Então, fiz a preparação para o parto no Hospital da Póvoa em que aprendi uma série de respirações e posições, que poderia adotar para alívio de vários desconfortos durante a gravidez e que, também, me ajudariam durante o trabalho de parto. (E6)*

---

**Subcategoria: Relato do seu próprio nascimento**

---

*Pela experiência que a minha mãe me conta sobre como foi com ela, quando chegou ao hospital eu estava pronta para nascer. (E7)*

---

**Subcategoria: Relato de figuras influentes**

---

*(...) mas depois em conversas das parteiras deste hospital cheguei à conclusão que se eu apresentasse um plano de parto, os profissionais iriam respeitar as minhas decisões e então achei que o Hospital da Póvoa poderia ser uma boa opção para o nascimento do meu bebé e que iria correr bem. (E6)*

---

**Subcategoria: Histórias de amigos e familiares**

---

*(..) a população vai passando as suas ideias, as suas mensagens, os seus mitos. Diziam-me que o trabalho de parto era horrível, que era muito penoso (...) (E2)*  
*Eu imaginava o parto, pela forma como muitas pessoas descreviam (...) (E5)*  
*Ao longo do tempo, fui perguntando às pessoas como tinham sido as experiências de parto, como a minha mãe e as minhas colegas de trabalho. (E7)*  
*(...) ouvem-se histórias de mau atendimento (...) (E9)*

---

**Subcategoria: Leitura de livros**

---

*Também comprei um livro, mas acho que não foi uma boa opção. (...) (E1)*  
*Depois fui lendo. Gosto muito de ler e gosto muito de me enriquecer culturalmente para saber como é que as coisas acontecessem. (E2)*  
*Para além disso, fiz a leitura de muitos livros (...) (E6)*

---

**Subcategoria: Representação das imagens de filmes**

---

*(...) Ah, também fui à internet. Lembro-me que vi no youtube um filme. (E1)*  
*Quando eu assistia aos partos na televisão, eu via aquelas mulheres e achava que ia ser como elas. (E7)*  
*Vimos alguns partos na internet. (E9)*

---

A preparação para o parto representa um dos fatores *major*, que influencia a mulher na construção de expectativas sobre o trabalho de parto. Diversos autores, como Hallgren [et al.] (1995); Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) e Jordaan (2009), consideram que a preparação para o parto, pela possibilidade de aumentar o conhecimento e a autoeficácia percebida sobre o trabalho de parto, auxiliando na criação de expectativas realistas, tem como objetivos diminuir a intensidade da dor, do mal-estar e da ansiedade, ajudar a mulher a lidar com os

medos relacionados com o trabalho de parto e sedimentar níveis maiores de segurança, confiança e controlo, de modo a proporcionar à mulher experiências de trabalho de parto positivas. Das nove mulheres entrevistadas, seis frequentaram um curso de preparação para o parto, ou no centro de saúde ou no hospital de referência. Algumas, nos seus relatos, referiram-se inclusive à valoração da preparação para o parto:

*Acho que o melhor do curso da preparação para o parto, era para além de aprendermos esses exercícios e técnicas, era a vertente social, se é que assim se pode chamar. Ou seja, a troca de experiências com as outras grávidas (...) (E1)*

*(...) através das aulas de preparação para o parto foi possível desmitificar ideias. (E2)*

*As aulas de preparação para o parto ajudavam-me a relaxar (...) (E3)*

*(...) tinha a consciência que quantos mais exercícios eu praticasse, quanto mais eu exercitasse o meu corpo, isso fazia com que eu achasse que ia ser mais capaz de ter um parto normal (...) (E5)*

*E se eu não tivesse ido às aulas, não teria conseguido controlar-me daquela forma. (E8)*

Todavia, uma das participantes, que frequentou o curso de preparação para o parto, manifesta uma não-identificação perante o conteúdo e o formato da preparação para o parto que frequentou:

*Então, eu achava que o que eu estava ali a fazer poderia não ser muito útil porque as experiências de parto são tão diferentes. Eu estava-me a preparar para uma determinada ideia de parto que poderia nunca ter. A aprendizagem que eu estava a ter era muito voltada para um parto normal. Se acontecesse alguma coisa de urgente e tivesse-se que partir para uma cesariana, nada daquilo iria servir para absolutamente nada. (...) A determinado momento, achei que a preparação que eu estava a fazer não me ia servir para absolutamente nada e facto é, que acabei por deixar de ir às aulas de preparação para o parto. Nós estávamos 20 grávidas numa sala e todas estávamos a ser ensinadas para o mesmo, mas nenhuma de nós ia ter um parto igual porque as coisas são assim (...) (E7)*

Este testemunho desperta-nos para o espartilho em que os programas de preparação para o parto continuam a ser configurados, mostrando-se incapazes de corresponder às reais necessidades, preferências e expectativas de diferentes tipo de mulher. Segundo Hallgren [et al.] (1995) a preparação para o parto só ganha significativa utilidade a partir do momento que os profissionais da saúde tomem em consideração as perceções individuais da mulher acerca da experiência de trabalho de parto. Será possível considerar positivo uma combinação de intervenção do formato individual e do formato em grupo, na preparação para o parto? De facto, se por um lado, as sessões de grupo encorajam o contacto social com outras mulheres e ajudam a “normalizar” as dúvidas em relação ao trabalho de parto (Renkert e Nutbeam, 2001); por outro lado, as sessões individuais ajudam cada mulher, ou cada casal, a desenvolver as

suas próprias expectativas, interrogações e desejos sobre esta experiência (Gagnon e Sandall, 2007).

O homem é considerado um participante fundamental no trabalho de parto (Premberg [et al.], 2011). Neste sentido, é importante envolver o casal na preparação para o parto, para que possam, em conjunto, tomar decisões informadas sobre o trabalho de parto, lidar melhor com os acontecimentos decorrentes (Joordan, 2009) e apoiar-se mutuamente (Widarsson [et al.], 2012). A preparação para o parto vivida a dois conduziu à definição da subcategoria – *Preparar quem me acompanha* e é sustentada pelas seguintes unidades de registo:

*O Vítor participou em algumas aulas de preparação para o parto comigo para saber como é que as coisas iriam funcionar (...) nós fomos aprendendo para que o Vítor durante o trabalho de parto tivesse um papel ativo e não estivesse a olhar e à espera que as coisas acontecessem. (E2)*

*Lemos textos sobre as semanas de gestação e vimos alguns filmes alusivos ao trabalho de parto e parto. Acho que fizemos um ótimo trabalho de casa. Além disso, também fizemos o plano de parto em conjunto (...). Também partilhava com ele os exercícios das aulas de preparação para o parto. (E3)*

*Na verdade, foi mais prepará-lo a ele porque ele é leigo nestas matérias e portanto achei que se eu queria que ele estivesse e que fosse um momento muito sereno, ele tinha que ter noção da realidade das coisas. (E4)*

*O meu marido frequentou as aulas de preparação comigo e comentávamos muitas coisas sobre o que íamos ouvindo. Falávamos sobre o que eu queria e o que eu queria que ele fizesse. (E6)*

A experiência relatada por amigos e familiares é apresentada pelas participantes como uma das fontes de informação sobre o trabalho de parto. Também Vaz-Serra, Antunes e Firmino (1986) consideraram que o conceito de expectativa se baseia nos relatos ou histórias contadas sobre as experiências de outras pessoas: *Eu imaginava o parto pela forma como muitas pessoas o descreviam* (E5). Algumas unidades de registo, apresentadas anteriormente ilustram mensagens negativas sobre o trabalho de parto dadas às mulheres. Neste sentido, os relatos de amigos e familiares são apresentados como um obstáculo e não como um elemento facilitador na projeção do evento, constituindo uma fonte de informação com um impacto negativo na perceção da mulher sobre o trabalho de parto.

### *“Não Estou Só”*

A gravidez surge na vida de um casal como um marco, uma viragem no núcleo familiar. É uma experiência de mudança e de renovação, onde a mulher e o homem partilham uma fase de preparação para o trabalho de parto e para a experiência da parentalidade (Colman e Colman, 1994). Atualmente, existe um tipo de homem que tem o desejo de estar presente em

todos os momentos que envolvem o nascimento do filho; quer tornar-se pai ao mesmo tempo que a mulher se torne mãe. Os relatos de algumas participantes demonstram como, juntamente com os seus companheiros, se prepararam para o acontecimento do trabalho de parto:

*O meu parto foi muito pensado a dois. Eu e o meu marido, durante a gravidez, fomos falando muito sobre o que gostávamos que acontecesse naquele dia. (E4)*

*Fomos falando, comunicando muito, em casa. (E5)*

*Bem, nós não fazíamos mais nada senão falar e fazer listas. Falávamos o que eu estava à espera que ele fizesse; o que queria que ele não fizesse; o que eu queria que ele visse e o que não queria; para quem queria que ligasse se alguma coisa não corresse bem; tudo...tudo. (E6)*

*Falamos, muitas vezes, sobre aquele dia. (E7)*

*Sim. Decidimos os dois, desde o início (...). Falamos sobre o que eu queria e o que eu queria que ele fizesse. (E8)*

Durante a gravidez acumulam-se tensões e anseios pela proximidade do trabalho de parto. Nesta ocasião de grande vulnerabilidade para a mulher, a vivência solitária desta fase de preparação representa uma ameaça ao autoconceito da mulher (Kitzinger, 1984). Por isso, proteger a mulher significa valorizá-la. Na verdade, estas oportunidades de envolvimento do pai na gravidez são, também, importantes para que este tome consciência do seu novo papel e para ajudar a reduzir a sua sensação de afastamento da mulher, durante a vivência da gravidez e do trabalho de parto, contrariando a imagem de “mero observador”. Assim sendo, se a mulher promover este envolvimento paterno estará a contribuir para um processo de criação de uma relação afetiva precoce com o filho, onde a ligação pai-filho sairá fortalecida (Brandão, 2009).

### *“Eu e o meu Trabalho de Parto”*

O conhecimento das expectativas das grávidas em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto têm sido objeto de estudo, havendo diferentes estudos realizados em diferentes populações que procuram conhecer o modo como, durante a gravidez, a grávida antecipa algumas dimensões relevantes da experiência de trabalho de parto (Oweis e Abushaikha, 2004; Pacheco, 2005; Maggioni, Margola e Filippi; 2006). Os dados obtidos favoreceram a identificação da categoria: *Eu e o meu Trabalho de Parto*, a qual pretende distinguir as diversas projeções da mulher sobre diversas dimensões relacionadas com a experiência de trabalho de parto. Na figura 5, destacam-se as subcategorias desenvolvidas, a partir da categoria: *Eu e o meu Trabalho de Parto*.

Categoria: <i>Eu e o meu Trabalho de Parto</i>	
Subcategorias	Subcategorias
<b>O Trabalho de Parto é ele próprio mais as suas circunstâncias</b>	Tipo de Parto Duração de Trabalho de Parto Ambiente institucional Consciencialização do trabalho de parto
<b>Eu e quem me acompanha nesta “aventura”</b>	Presença de uma figura significativa durante o trabalho de parto Significado atribuído à presença de uma figura significativa durante o trabalho de parto
<b>Eu e os profissionais da saúde e eles comigo</b>	O que espero “deles”? O que “eles” esperam de mim?
<b>Eu e a minha participação no trabalho de parto</b>	Participação da mulher na tomada de decisão sobre o trabalho de parto Significado atribuído à participação da mulher na tomada de decisões sobre o trabalho de parto Preferências, desejos e escolhas num plano de parto
<b>Eu e a minha dor de trabalho de parto</b>	Significado atribuído à dor de trabalho de parto Expetativas sobre o autocontrolo dor de trabalho de parto Expetativas relacionadas com estratégias de alívio da dor de trabalho de parto
<b>Eu e o meu filho</b>	Perceções sensoriais O bebé imaginário Expetativas sobre o novo papel: ser mãe

Figura 5. Subcategorias associadas à categoria: *Eu e o meu Trabalho de Parto*

### *O Trabalho de Parto é Ele Próprio mais do que as suas Circunstâncias*

De acordo com algumas circunstâncias inerentes ao trabalho de parto, o *tipo de parto* constitui uma das subcategorias identificadas. Diferentes estudos realizados em diferentes populações procuraram, também, identificar o tipo de parto esperado (Oliveira [et al.], 2002; Kasai [et al.], 2010). As expectativas das participantes em relação ao tipo de parto parecem direcionar-se preferencialmente para um parto normal, em detrimento da cesariana:

*(...) eu tinha muito receio de ter que ir para cesariana. Eu não queria mesmo ir para cesariana! Eu consegui mentalizar-me que o melhor para mim e para o meu bebé seria o parto normal e eu queria muito que fosse parto normal. (E1)*

*Mas sim, em relação à experiência, acho que entre uma e outra: trabalho de parto normal seria mais benéfico tanto para mim como para ela [filha], a nível de experiência. (E2)*

*Nessa altura talvez já teria que recorrer à ventosa ou mesmo a uma cesariana. E isso sim assustava-me. Para mim só fazia sentido o parto normal porque foi só para isso que me preparei. (E5)*

*Por um lado, eu achava que ía conseguir um parto normal (...) (E8)*

Duas mulheres construíram a imagem de um trabalho de parto natural, através da qual afastaram a possibilidade de se recorrer a intervenções obstétricas para iniciar ou acelerar a evolução de trabalho de parto:

*Mas eu também tenho noção que não quis ocitocina, não quis qualquer intervenção para induzir ou acelerar o trabalho de parto. Quis que tudo fosse ocorrendo de uma forma natural. (E3)*

*Eu imaginava que ia ser um trabalho parto e parto natural, sem intervenções nenhuma. (E6)*

Ainda relativamente ao tipo de parto imaginado, uma das participantes referiu-se ao desejo de um trabalho de parto espontâneo: *Também pensava na possibilidade de entrar em trabalho de parto espontaneamente, pois era o que eu queria. (E8)* Enquanto uma outra participante, no sentido oposto, projetou um trabalho de parto induzido: *Pronto, então, uma das coisas que eu queria, sem saber se poderia ser possível ou não, era que o parto fosse induzido (...) (E4).* A “vantagem” da possibilidade de programação do evento associava-se, neste caso, à percepção de que em nenhum momento do processo de trabalho de parto seria vivido solitariamente pela mulher: *Uma das preocupações que eu tinha era eu estar em casa de baixa, o meu marido estar a trabalhar e eu entrar em trabalho de parto e estar sozinha (E4).*

Algumas das expectativas das mulheres do estudo relacionavam-se com a *duração do trabalho de parto*. Assim, a expectativa de um trabalho de parto rápido é um dos aspetos apresentados pelas participantes como desejável, referindo-se à necessidade de ser um acontecimento que não se alongue no tempo, sendo o conceito de tempo subjetivo. A duração do trabalho de parto surge nos estudos como uma característica importante do trabalho de parto (Gibbins e Thomson, 2001; Tedesco [et al.], 2004; Maggioni, Margola e Filippi; 2006; Lopes [et al.], 2005).

Muitas mulheres imaginam um trabalho de parto ideal rápido e sem dores ou pelo menos com um nível de dor tolerável (Maggioni, Margola e Filippi; 2006; Remer, 2008). Estas referências são concordantes com as expectativas referidas por uma das participantes e identificadas na análise efetuada: *Eu queria que fosse rápido, sem dores e que corresse tudo bem (...) (E8).* O desejo de um trabalho de parto rápido, de curta duração, encontra-se associado, muitas vezes, à noção de inevitabilidade da presença de dor no trabalho de parto e, por esse motivo, as expectativas em relação à duração do trabalho de parto tornam-se fundamentais (Guerra, 2010).

Através de alguns testemunhos verificámos que a conceção de que os trabalhos de parto são demorados é potenciada, em alguns casos, pelas histórias contadas por conhecidos:

*Eu sempre ouvi falar das dez, doze horas de trabalho de parto. Imaginava por isso que seria ser um momento muito longo. (E2)*  
*(...) sendo um trabalho de parto induzido, eu também sabia que a evolução do trabalho de parto seria mais demorada (...) (E4)*  
*(...) tinham estado desde o início até ao final do trabalho de parto cerca de 10-12-14 horas. São muitas horas. (E5)*  
*Era uma das coisas que mais se ouve lá fora e que mais me preocupava: o tempo que eu poderia estar em trabalho de parto e as consequências que isso poderia trazer. Falavam em 12-18-20 horas em trabalho de parto. Meus Deus...é muito tempo. (E8)*

Na descrição das participantes destaca-se a importância de um *ambiente institucional*, onde a tranquilidade constitui um fator marcante para uma experiência positiva de trabalho de parto, associado a uma percepção e necessidade de segurança, surgindo nos discursos das participantes, que diziam:

*(...) realmente ter a melhor atmosfera possível sempre foi um desejo e um objetivo para mim (...) (E3)*  
*Essencialmente, eu queria que fosse vivido numa atmosfera de serenidade. (E4)*  
*(...) gostava que mesmo no momento do nascimento dela, se vivesse uma atmosfera de tranquilidade e de algum silêncio até. (E6)*  
*(...) e que se desenvolvesse numa atmosfera calma e tranquila (...) (E7)*

Johansson [et al.] (2002) no seu estudo sobre a satisfação das mulheres em relação ao trabalho de parto refere a importância de um ambiente acolhedor e “familiar” como um aspeto relevante para uma experiência de trabalho de parto positiva. Também para Singh e Newburn (2006), o local onde o parto acontece e o ambiente envolvente são apresentados como fatores que podem influenciar a própria qualidade da experiência de trabalho de parto.

Algumas mulheres descreveram momentos de consciencialização face à proximidade do trabalho de parto, associado à irreversibilidade e inevitabilidade do evento. Para Meleis [et al.] (2010) a *consciencialização*, enquanto característica definidora da transição, relaciona-se com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da pessoa sobre a experiência de transição que se encontra a vivenciar. Portanto, as seguintes unidades de registo evidenciam detalhes de consciencialização da mulher face à proximidade do trabalho de parto:

*Acho que o momento em que comecei a sentir as contrações em casa e pensei: “É isto? Será que é hoje? Será que chegou hora?” Foi marcante! E depois, o momento em que disseram “Vais ficar! (E1)*  
*Eu tremia como varas verdes quando me dei conta que aquele seria o dia do parto, o dia do nascimento da minha filha. Eu tremia. Foi um medo muito grande. (E5)*  
*Sentia que tinha chegado o momento e que não havia volta a dar. Agora tinha mesmo que ser. (E7)*  
*Tanto de uma forma ou de outra, eu não ia ter maneira de controlar isso e dizer: «Hoje não. Hoje não quero. Hoje não posso». (E8)*  
*Eu ainda não me imaginava no lugar daquela mulher. (E9)*

## *Eu e quem me acompanha nesta “aventura”*

A subcategoria designada de *presença de uma figura significativa durante o trabalho de parto* mostra que todas as participantes do estudo imaginaram a presença de uma pessoa significativa, escolhida por si mesma, para a acompanhar durante trabalho de parto. Duas das mulheres entrevistadas falam sobre o principal critério envolvido na escolha dessa pessoa: *Eu acho que tem a ver com a pessoa que mais nos conhece. Por isso sabe quanto é importante para nós e acima de tudo é aquela pessoa que nós sem termos que verbalizar, percebe aquilo que nós estamos a necessitar.* (E6); *Acho que é importante ter alguém relacionado conosco, que nos conhece muito bem e que fique lá para o der e vier* (E8). Assim, segundo Beaton e Gupton (1990), a maior parte das mulheres esperam que durante o trabalho de parto, os seus acompanhantes estejam do seu lado, tal como podemos reconhecer através das seguintes unidades de registo:

*Para mim, só fazia sentido ter ali comigo, naquele momento, uma pessoa perto de mim.* (E1)

*Mas obviamente que para mim só fazia sentido ter alguém da minha inteira confiança naquele momento.* (E3)

*(...) eu queria que ele estivesse comigo desde o início.* (E4)

*Tinha pensado logo desde o início que só queria mesmo o meu marido.* (E5)

*É certo que eu tinha uma necessidade enorme que ele [marido] estivesse sempre ali comigo.* (E7)

*Depois disto tudo, eu realmente penso que não podia ser outra pessoa. Nós gostamos muito um do outro. Eu adoro a minha mãe, as minhas irmãs, mas tinha mesmo que ser ele.* (E9)

Verificamos que a maior parte das mulheres faz referência ao companheiro como o acompanhante de eleição. A decisão pela presença do pai durante o trabalho de parto deve ser reflexo de uma decisão consciente, tomada em conjunto, não devendo resultar do desejo de corresponder às expectativas familiares e sociais (Mazzieri e Hoga, 2006). Deve assentar numa preparação do casal, especificamente na preparação do pai, para que, este seja capaz de compreender e cooperar nas diferentes fases do processo e acompanhá-lo com tranquilidade.

Perante a impossibilidade do companheiro estar presente, surge imediatamente como segunda opção a figura da mãe, para uma das participantes: *Inicialmente, sempre idealizei o meu marido, que sempre se mostrou recetivo à ideia de assistir ao parto, de estar comigo (...)* *Na eventualidade de coincidir com alguns dos dias que não pudesse estar presente [o marido é futebolista], seria a minha mãe.* (E2)

As mulheres entrevistadas falam, também, do significado atribuído à presença de uma *figura significativa durante o trabalho de parto*. Alguns autores estudaram as expectativas das

mulheres acerca dos papéis da figura significativa durante o trabalho de parto. Assim, Beaton e Gupton (1990) identificaram expectativas relacionadas com a presença do companheiro no trabalho de parto, de quem esperavam o apoio para as ajudar a ultrapassar as dificuldades que previam. Para Gibbins e Thomson (2001) a presença do companheiro foi um dos aspetos mais considerados, pela mulher, na construção de expectativas sobre o trabalho de parto, por ser considerado o seu principal suporte. Entretanto Ip, Chien e Chan (2003) concluíram, também, que as grávidas têm elevadas expectativas em relação ao suporte oferecido, nomeadamente por parte do companheiro.

Ao longo das entrevistas, descobrimos alguns dos significados atribuídos à presença de uma figura significativa durante o trabalho de parto:

- 
- Fomentar o equilíbrio físico e emocional da mulher
  - Partilhar a experiência de trabalho de parto
  - Testemunhar o trabalho de parto e recolher recordações físicas
  - Fortalecer a relação conjugal
  - Favorecer a transição para os novos papéis da mulher e homem
- 

Para algumas mulheres, o acompanhante representava uma fonte de suporte físico, apoio emocional e encorajamento: *Sentimos muito mais confortáveis, muito mais seguras porque, embora estejamos num espaço completamente diferente e que não é nosso, temos alguém que nos é familiar.* (E2); *Achava que poderia ter uma outra força ou coragem se ele estivesse ali.* (E4); *Era essencialmente do socorro que aquela pessoa me podia prestar, em qualquer circunstância.* (E5); *Eu tinha de ter uma presença, que me transmitisse força e confiança, um elo de ligação muito forte ali comigo.* (...) (E7).

Segundo duas mulheres a presença do acompanhante significava a possibilidade de poder partilhar a experiência de trabalho de parto com uma pessoa importante para o próprio acontecimento: *O que eu queria era ter alguém comigo para poder partilhar aquele momento.* (E1); *É a partilha. É um acontecimento demasiado grande para ficar fechado só em nós.* (E3).

Uma mulher faz referência à posição privilegiada do acompanhante para testemunhar o trabalho de parto e recolher recordações físicas: *Era testemunhar aquele momento e filmar (...). Ele seria, portanto, a minha principal testemunha (...)* (E5).

Uma participante considera vantajoso a presença do companheiro pela possibilidade única de fortalecer a relação conjugal: *Acho que muitos homens não sabem o que é um parto. Eu acho que se passassem pela experiência, juntamente com a mulher, (...) a própria ligação*

*entre eles poderia sair beneficiada.* (E7). Ainda no âmbito das expectativas, duas participantes consideraram que a presença do acompanhante poderia favorecer a transição para os novos papéis da mulher e homem, perante um acontecimento que marca o início de uma família: *O significado é a família. (...) Então, para mim a presença dele era o início de uma família, porque a família começa exatamente quando nasce um filho* (E4).

### *Eu com os Profissionais da Saúde e Eles Comigo*

Beaton e Gupton (1990) verificaram que as mulheres durante a gravidez desenvolvem expectativas acerca dos papéis das figuras de suporte e dos profissionais da saúde, tal como é expresso pelo depoimento de uma das participantes: *Também pensei muito nas pessoas que iriam estar comigo (...)* (E7)

As expectativas em relação aos profissionais da saúde constituem uma subcategoria pela importância atribuída pelas mulheres nos seus discursos, onde se reconhecem alguns aspetos desejáveis. Neste contexto, algumas participantes do estudo evidenciaram a crença na competência e no profissionalismo: *(...) vão estar lá os profissionais, que são eles que entendem mais do que ninguém como me ajudar.* (E1); *(...) eu confiava nos profissionais e portanto não me preocupava e sabia que iam fazer o melhor que podiam (...)* (E4); *Eu esperava que eles fossem o mais profissionais possível comigo.* (E5); *Esperava profissionalismo.* (E9).

Algumas mulheres focam o respeito pela individualidade, as escolhas e o protagonismo da mulher durante o acontecimento do trabalho de parto: *(...) eu queria muito que a equipa que me estava a atender colaborasse comigo e que me fosse explicando o que é que acontece, o que é que iria acontecer a seguir, o que é que eu estava a fazer certo e errado, o que é que eu podia fazer mais e melhor.* (E2); *Eu esperava que respeitassem o meu plano de parto (...)* (E3); *Esperava (...) compreensão e respeito pelas minhas decisões, pelas minhas opções, (...) e que só intervencionassem aquilo que fosse realmente necessário.* (E4).

Uma participante fala sobre o tipo de relação, referindo a importância de uma relação de proximidade entre todos os intervenientes: *Não queria muito que houvesse distanciamento ou uma certa frieza na relação entre os profissionais, eu e o meu marido.* (E8).

Em relação aos aspetos que devem ser considerados na compreensão das expectativas sobre os profissionais de saúde, os relatos apresentados confirmam o facto de as mulheres valorizarem o conforto físico, o suporte emocional através de um cuidado personalizado, o respeito pela sua privacidade e individualidade, com competência e por uma equipa que seja capaz de reconhecer as suas necessidades, desejos e opções (Domingues, Santos e Leal, 2004).

A presença destes profissionais é assim referida como importante, salientando a necessidade na continuidade deste acompanhamento durante todo o processo de gravidez e parto pela mesma pessoa, para que a sensação de segurança necessária a uma experiência positiva do parto seja possível, surgindo no discurso de uma das participantes: *Porque no próprio dia do parto, alguns dos profissionais que eu já conhecia esperava que lá estivessem.* (E6). A presença do mesmo profissional que acompanhou a gravidez surge como um fator de confiança (Gibbins e Thomson, 2001), apresentando-se este ponto como importante apesar de não nos esclarecer sobre o porquê dessa importância, parecendo estar ligado com a sensação de segurança, pela relação que se estabelece ao longo de um determinado tempo com um profissional que acaba por se traduzir em confiança no desempenho do papel esperado.

As mulheres expressam, também, sentimentos de ansiedade quando antecipam a imagem dos profissionais da saúde: *Eu tinha receio do comportamento deles.* (E5), mas também referem sentimentos de confiança, salientando a importância da presença de um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica que as acompanhe durante a gravidez e durante o parto (Gibbins e Thomson, 2001; Ayers e Pickering, 2005).

Na perspectiva de algumas participantes do estudo, os próprios profissionais da saúde elaboram expectativas sobre o comportamento e as atitudes da mulher durante o trabalho de parto, embora diferentes profissionais podem significar diferentes percepções, tal como afirma uma das mulheres: *As expectativas dos profissionais relativamente ao meu comportamento dependem evidentemente de profissional para profissional.* (E6). Duas participantes falam de expectativas relacionadas com a sua capacidade de colaborar com os próprios profissionais da saúde:

*(...) eles também esperavam que eu colaborasse com eles e que tivesse a coragem de partilhar com eles em momentos do trabalho de parto, as minhas angústias (...)*  
(E2)

*Agora, eu achava que os profissionais esperavam de mim, aquilo que eu também esperava dos profissionais que me acompanhassem e que era colaboração e calma.* (E4)

Da análise dos relatos das mulheres, constatamos que as expectativas dos profissionais da saúde sobre o seu comportamento durante o trabalho de parto são, por vezes, sustentadas em pré-conceitos. Para duas participantes, os profissionais da saúde constroem expectativas positivas em torno das mulheres que frequentam a preparação para o parto, sentindo-se, por isso, obrigadas a adotar um comportamento adequado: *Se quem estivesse comigo soubesse, que eu tinha frequentado os cursos, eu tinha que me portar bem, não é? Eles iam exigir isso de mim.* (E1); *Eu achava, que como tinha frequentado algumas aulas de preparação para o parto,*

*se calhar poderiam achar que eu ia chegar e ia ser capaz. Aliás, tinha obrigação de ser capaz.* (E7). Uma outra participante fala sobre a obrigatoriedade de um comportamento exemplar durante os acontecimentos do trabalho de parto, devido à sua formação académica: (...) *eu quando eu vim para cá, tinha aquela sensação de que os profissionais daquela instituição esperavam alguma coisa de mim por ser conhecida, ser profissional de saúde e ser especialista da área e eu cheguei a pensar: “Eu não posso portar-me mal porque eu tenho que dar o exemplo.* (E4). A estas considerações se associa a ideia da mulher não desiludir os profissionais da saúde, que entretanto, na sua perspectiva, construíram expectativas elevadas sobre o seu comportamento. Outra participante aborda os juízos de valor de alguns profissionais da saúde em relação à idade precoce, subestimando a sua capacidade de parir e de ser mãe:

*Acho que, em alguns profissionais, há algum estigma relativamente a mães mais jovens e subestimam-nas. Pensam que elas não vão ser capazes de atingir aquele momento, de cumprir todas funções para ter um bebé. Então, eu tinha receio que os profissionais tivessem esse pensamento (...). Julgarem-me por eu não estar à altura daquele acontecimento e não ser capaz de assumir as responsabilidades de uma mãe.* (E7)

São escassas as investigações que procuram estudar as expectativas dos profissionais da saúde sobre a experiência de trabalho de parto, sob a perspectiva dos próprios profissionais da saúde ou a perspectiva das mulheres.

### *Eu e a Minha Participação no Trabalho de Parto*

No discurso das participantes do estudo existem algumas referências sobre o modo como anteciparam participar na tomada de decisão sobre os acontecimentos do trabalho de parto. Contudo, denotam-se diferenças no modo como cada mulher projeta participar:

*(...) eles [profissionais da saúde] tinham que dizer o que eu tinha que fazer.*(E1)

*Será que eu vou conseguir participar corretamente para que nada de mal aconteça?* (E2)

*Sempre me imaginei bastante participativa e a colaborar com os profissionais que estivessem comigo.* (E3)

*Usar a bola, poder realizar alguns exercícios que fomos aprendendo eram coisas que eu gostava de explorar durante o trabalho de parto (...)* (E4)

*Lá está, esta minha necessidade de controlar e gerir um pouco tudo para que as coisas possam correr melhor...* (E5)

*Gostava muito de ter o total controlo sobre todos os acontecimentos.* (E6)

*Eu tinha receio que o meu comportamento prejudicasse o meu bebé. Eu pensava muito nisso.* (E7)

*Eu tinha tantos medos que não tinha capacidade de decidir nada sobre o meu parto. Queria que decidissem por mim (...)* (E9)

Os relatos sobre o modo como a mulher imagina participar no trabalho de parto são heterogêneos. Assim, algumas mulheres pretendem devolver o comando dos acontecimentos aos profissionais da saúde; outras participantes desejam ser protagonistas na sua experiência de trabalho de parto, embora também tenhamos verificado que a noção de protagonismo seja diferente entre as participantes do estudo.

Três das mulheres expressam o significado que atribuem à sua participação na tomada de decisões sobre o trabalho de parto e sentem-se no controlo. Embora nunca referido expressamente, da análise desses relatos emerge o conceito de protagonismo que as mulheres desejam assumir no seu próprio trabalho de parto. Alguns autores consideram, portanto, que a expectativa de estar no controlo está associada positivamente tanto à possibilidade de o controlo ser mais facilmente alcançado durante a própria experiência, como de uma maior satisfação com a experiência de trabalho de parto (Lowe 1989; Green, Coupland e Kitzinger; 1990). Assim, as mulheres referem:

*(...) que se todas as mulheres desde o início dos tempos conseguiram, eu também havia de conseguir.* (E5)

*Eu partia do princípio que seria a encenadora, a produtora, a executadora, a realizadora, a atriz principal e mais ninguém teria que fazer absolutamente mais nada, a não ser segurar a criança, isto... se eu não conseguisse segurar sozinha. (...) Pode parecer muito ironia, ou ousadia da minha parte, este tipo de discurso, mas realmente o que eu queria é que respeitassem o facto de eu querer ser dona do meu próprio parto. Acho linda esta expressão.* (E6)

*Eu sei que eu sou a peça fundamental, ou seja, tudo aquilo que eu pudesse fazer para ajudar, só iria ajudar o meu bebé.* (E7)

No âmbito do direito da mulher decidir livremente e de consentir, ou não, intervenções obstétricas, surge o conceito de plano de parto. O plano de parto consiste num documento escrito elaborado durante a gravidez, onde a mulher/casal grávido expressa um conjunto de preferências e de escolhas em relação ao trabalho de parto e nascimento, sobre as quais pensou e refletiu, sendo a elaboração deste documento classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996) como uma prática demonstradamente útil e que deveria ser encorajada, como forma de promover a consciencialização e o controlo da mulher no seu trabalho de parto e, assim, conseguir uma maior satisfação com a experiência. O plano de parto surge, ainda, como uma via de comunicação entre a mulher e os profissionais da saúde.

Três participantes do estudo elaboraram um plano de parto. Contudo, constata-se que o contexto no qual se insere a construção de cada um deles é diferente. Assim, para uma das

participantes, o conceito de plano de parto surgiu, pela primeira vez, numa aula de preparação para o parto, tendo despertado na mulher tal interesse e entusiasmo, que a levou à procura de mais informações sobre este tema. A identificação com os pressupostos subjacentes ao plano de parto associado ao desejo por um trabalho de parto natural conduziu esta participante à elaboração de um plano de parto, apresentado no momento da admissão: *Eu desconhecia totalmente que existia o plano de parto. Foi a enfermeira que na apresentação do curso de preparação para o parto falou disso e eu realmente adorei a ideia. Fui pesquisar na internet e vi imensos aspetos sobre o trabalho de parto e parto que se podiam pensar sobre eles. Por isso, se as coisas se proporcionassem eu queria que fossem assim. E, realmente, acabei por elaborar um plano de parto. Não exige nada, mas se realmente se as coisas se proporcionassem era assim que eu queria. Portanto, o que eu realmente queria era que tudo fosse o mais natural possível (...)* (E3).

Contudo, para uma outra participante, que já conhecia este conceito, a construção do plano de parto esteve relacionada com a escolha pelo local de nascimento e pelos cuidados de saúde. O plano de parto surgiu como uma estratégia, através da qual, a mulher manifestou por escrito o desejo pela concretização de um trabalho de parto natural, tendo comunicado, de forma formal e prévia, aos profissionais da saúde da instituição escolhida: *Inicialmente, pensei em fazer no Hospital de São João porque têm lá a sala de partos natural, mas depois em conversas das parteiras deste hospital cheguei à conclusão que se eu apresentasse um plano de parto, os profissionais iriam respeitar as minhas decisões e então achei que o Hospital da Póvoa poderia ser uma boa opção para o nascimento do meu bebé e que iria correr bem.* (E6).

Uma outra participante refere: *As enfermeiras na preparação para o parto deram-nos [o modelo de] um plano de parto, onde nós devíamos pôr o que queríamos que acontecesse, o que nos fez pensar em determinadas situações relacionadas com o parto, e muitas delas se não fosse aquele papel, nunca teríamos pensado nelas.* (E8). Neste caso, verificámos que a metodologia da criação de um plano de parto consciencializa a mulher sobre a experiência de trabalho de parto e fornece uma oportunidade única para descobrir os seus desejos e preocupações em relação a este acontecimento.

### *Eu e a minha Dor de Trabalho de Parto*

Embora a importância atribuída à dor no trabalho de parto varie de sociedade para sociedade é uma experiência reconhecida como intrínseca e esperada, em todas as sociedades (Figueiredo, Costa e Pacheco; 2002), representando uma das dimensões mais relevantes na

compreensão deste evento. O discurso de duas das participantes concretizam a ideia de como o significado atribuído dor de trabalho de parto pode ser diferente entre mulheres pertencentes à mesma sociedade: de um lado a ideia de uma dor insuportável: *Sempre pensei que fosse uma dor insuportável (...)* (E2) e, do outro lado, uma dor inevitável ao processo de trabalho de parto e nascimento: *O meu pensamento era que essa dor faz parte. Se para ter o meu bebé era preciso passar pela dor, então que fosse assim.* (E7)

Não é possível prever a intensidade da dor de cada mulher para o trabalho de parto. Todavia, um número significativo de grávidas continua a esperar uma dor de trabalho de parto intensa e difícil de suportar, geradora de medos e ansiedade e capaz de provocar sofrimento, o que vai ao encontro do referido em diversos estudos (Mander, 2000; Simkin, 2000; Davim, Torres e Dantas; 2008). Também no nosso estudo, algumas das expectativas negativas sobre o trabalho de parto estão relacionadas com a dor:

*É engraçado que quando vemos nos filmes e nas novelas parece que há muito sofrimento.* (E1)

*Achei que seria extremamente (...) doloroso (...)* (E2)

*(...) era a dor das contrações que mais me assustava.* (E9)

A par das expectativas sobre a dor de trabalho de parto, as mulheres desenvolveram, também, ideias sobre como lidar com essa dor, referindo-se à sua capacidade de autocontrolo. Os investigadores, Ip, Chien e Chan (2003) verificaram, também, que as grávidas expressam preocupações relativas à sua própria capacidade para lidar com a dor. A preocupação com a capacidade de lidar com dor de trabalho de parto surge como um aspeto muito interessante nos discursos das mulheres entrevistadas, onde salientaram o (...) *medo de não ter resistência à dor (...)* (E2). O medo é uma emoção que surge, muitas vezes, associada às respostas quando as mulheres são questionadas em relação à dor do trabalho de parto. Esse medo reporta-se à intensidade da mesma e à antecipação de uma intensidade de dor intolerável, perspetivando o trabalho de parto como uma experiência difícil (Guerra, 2010).

As expectativas em relação à dor de trabalho de parto surgem associadas à perspetiva da possibilidade de controlo da mesma, através da utilização de recursos externos para a sua diminuição ou mesmo eliminação (Beaton e Gupton, 1990; Green, Coupland e Kitzinger, 1990; Lavender [et al.], 1999). Muitas mulheres esperam que a dor de trabalho de parto possa ser controlada, com ou sem analgesia (Gibbins e Thomson, 2001).

A expectativa de não recorrer a qualquer tipo de medicação durante todo o trabalho é considerada como importante: *Sempre tive em mente experienciar todo o percurso do trabalho de parto sem analgesia.* (E3). De acordo com Davim, Torres e Dantas (2008), algumas mulheres

encontram sentido na experiência da dor associada ao trabalho de parto na vivência da transição para a maternidade. Contudo, a necessidade de utilização de analgesia na quantidade suficiente para uma experiência tolerável ao nível da dor ou mesmo de uma experiência sem dor surge como uma expectativa desejável (Lally [et al.], 2008).

A principal opção farmacológica para alívio da dor de trabalho de parto baseou-se na utilização da analgesia epidural, como argumenta uma das participantes: (...) *sempre pensei em fazer a epidural porque eu achava que não ia ser capaz de lidar com a dor do parto sozinha* (...) (E8); representando, contudo, uma opção questionável por uma das mulheres: *A minha dúvida foi se fazia analgesia epidural ou não.* (E4) e um recurso para alívio da dor de trabalho de parto envolto em vários medos para algumas participantes: *Quando me falavam da epidural que é outra coisa que nós temos algum receio* (...) (E1); (...) *mas sempre a insistir no momento da epidural. Era a situação que eu tinha mais medo.* (E2); (...) *eu sei que não lido muito bem com a dor, logo podia pensar à partida que iria querer fazer a epidural, mas nem isso, porque a epidural também me apavorava* (E9).

### *Eu e o Primeiro Confronto com o Meu Filho*

O trabalho de parto pode representar um processo de separação, percecionado pela mulher como o processo a partir do qual se desligará da gravidez e do bebé imaginado para se confrontar, pela primeira vez, com o bebé real (Colman e Colman, 1994). O primeiro confronto da mulher com o seu filho recém-nascido surge é esperado como um momento de intensidade única: *Seria o momento em que o ia ver pela primeira vez, o meu filho e isso seria algo muito intenso para mim.* (E7)

Diversos depoimentos expressam o modo como as mulheres antecipam o momento do primeiro contato com o seu filho, imediatamente após o nascimento. As mulheres apresentam expectativas positivas em relação a experiências sensoriais com o seu filho recém-nascido, como o contato pele a pele, o contato visual, a emanação de sons (como o choro) e de cheiros:

*O que mais me agradava era o sentir o bebé colado à minha pele.* (E1)

*Eu acho que a primeira coisa que nós idealizamos quando a bebé nasce é que queremos ouvi-la chorar...eu estava muito à espera desse momento: queria ouvi-la chorar, queria pegar, queria cheirar.* (E2)

*(...) imaginava (...), que a bebé me fosse colocada em cima de mim quando nascesse.* (E4)

*(...) aquilo que me vem, de imediato, à mente era o poder agarrar ou abraçar a minha filha (...).* (E5)

*A sensação de a ter juntinho a mim, o sentir aquele calorzinho dos bebés seria certamente uma sensação fenomenal.* (E6)

*O cheiro dele, o olhar dele (...)* (E7)

*Agradava-me a ideia de mal ele nascesse, queria pegar logo nele, ter contato com ele (...)* (E8)

A expectativa de que a criança que vai nascer seja perfeita e saudável é apresentada como um aspeto importante (Beaton e Gupton, 1990). De facto, durante a gravidez, a imagem de uma criança existe no imaginário da mulher, sendo que o nascimento constitui o momento confirmador das fantasias, representações e expectativas elaboradas sobre essa criança, o que podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

*(...) fomos ao longo da gravidez conversando sobre expectativas, brincando com certas situações, dizendo que: “Ela vai ser chata. Não nos vai deixar dormir.”* (E2)

*É assim: eu nunca idealizei muito a minha filha. Não me preocupava se tinha cabelo preto, se tinha cabelo loiro, se tinha nariz longo ou achatado.* (E5)

*Eu tinha muita curiosidade de ver como a Amélia era, tanto o sexo, saber se ela era menina ou menino, como também com quem ela iria ser parecida.* (E6)

*(...) como é que realmente ele seria: moreno ou branquinho, as parecenças (...)* (E7)

Através de seu corpo de grávida, a mulher passa a conhecer-se a si mesma como mãe. A expectativa de ser mãe, a experiência de um filho a crescer dentro si, filho que ainda não conhece, mas que já faz parte da sua vida, gera um conjunto de ideias no seu imaginário, em que convivem, ao mesmo tempo, a ansiedade, a alegria, o medo e mesmo a insegurança, em relação às competências e construção da identidade materna (Canaval, [et al.], 2007; Alves [et al.], 2007). As seguintes unidades de registo confirmam esta ambivalência de emoções, em relação à tomada de consciência da mulher face às mudanças definitivas e a necessidade de reformulação da sua identidade:

*Tinha medo de reagir mal e afinal era a minha filha e era a coisa mais magnífica.* (E5)

*Eu pensava: “Eu não sei o que é isso de ter um filho. Eu nunca passei por uma experiência assim. Eu não sei o que é ser mãe, a partir do parto”.* (E7)

*Também, me preocupava o facto de eu não reconhecer como meu filho como meu filho.* (E7)

*Não me sentia preparada para ser mãe.* (E7)

Ao pensar na aproximação do momento do nascimento, o final da gravidez constitui uma realidade na mente materna; a mulher torna-se mais consciente da mudança significativa e irreversível que está prestes a acontecer: *(...) aquilo que me vem, de imediato, à mente era o poder (...) cumprir o meu papel de mãe.* (E5).

Dentro da diversidade de expectativas sobre o trabalho de parto confirmamos o modo particular como cada mulher construiu as suas expectativas sobre este acontecimento. Da identificação das expectativas à compreensão da experiência, importa perceber qual o grau de concordância entre o esperado e o vivido. Todavia, antes de analisarmos esse quociente e o seu significado, procuraremos no subcapítulo seguinte compreender a percepção das mulheres sobre a sua experiência de trabalho de parto.

### **3.3 Experiência de Trabalho de Parto “O durante”**

As mulheres do estudo descreveram, nos seus depoimentos, um conjunto de fatores relativos às circunstâncias da experiência de trabalho de parto, com significativo impacto no modo como perceberam este acontecimento. De facto, diversas variáveis podem influenciar a avaliação das mulheres sobre as suas experiências de trabalho de parto (Hodnett, 2002; Stevens, 2011). Sendo o trabalho de parto considerado uma experiência de carácter pessoal e íntimo (Simkin, 1991, 1992; Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996), a percepção das mulheres sobre a experiência é altamente personalizada e os seus pontos de vista variam em relação ao que consideram ser uma experiência positiva ou uma experiência negativa (Bryanton [et al.], 2008).

Procuramos agora compreender a avaliação das mulheres sobre a sua experiência de trabalho de parto. Elaboramos uma figura esquemática (Figura 6), na qual se distinguem, sob a forma de categorias, os fatores que influenciaram a percepção da experiência de trabalho de parto, positiva ou negativamente, a partir dos quais se definiram as subcategorias, e que caracterizam as diferenças sentidas na avaliação desta experiência pelas participantes. Além disso, a cada categoria estão associadas duas subcategorias, a) e b), sendo que a subcategoria a) apoia uma experiência de trabalho de parto positiva, enquanto a subcategoria b) tem subjacente uma experiência de trabalho de parto negativa.

O modo como essa figura foi organizada confirma a natureza multidimensional da experiência de trabalho de parto. Além disso, a flexibilidade da sua estrutura pretende mostrar que a percepção sobre a experiência de trabalho de parto pode ser bipolarizada, ou seja, pode não ser considerada uma experiência inteiramente positiva ou negativa (Slade [et al.] 1993., Waldenström [et al.] 1996). Assim, percepções positivas e percepções negativas sobre alguns fatores associados à experiência de trabalho de parto podem coexistir na mesma mulher.

Subcategorias	Categorias	Subcategorias
A presença da figura significativa	<b>Eu e quem me acompanhou nesta “aventura”</b>	A ausência da figura significativa
O apoio dos profissionais da saúde A posição privilegiada da EEESMO durante o trabalho de parto	<b>Eu com os profissionais da saúde e eles comigo</b>	A falta de apoio dos profissionais da saúde
Ser protagonista na experiência de trabalho de parto	<b>Eu e a minha participação no trabalho de parto</b>	Não ser protagonista na experiência de trabalho de parto
O nascimento como um momento de felicidade	<b>Eu e o primeiro confronto com o meu filho</b>	O nascimento como um momento de tensão
Dor experienciada menor que a dor esperada Capacidade de superar a dor de trabalho de parto	<b>Da dor esperada à dor experienciada...A dor que senti foi...</b>	Dor experienciada maior que a dor esperada Fracassar na capacidade de lidar com a dor de trabalho de parto
Quando o trabalho de parto é mais rápido do que o esperado A perspectiva positiva do intervencionismo	<b>Caraterísticas Obstétricas: diferentes perspetivas</b>  - <b>Duração do Trabalho de parto</b> - <b>Uso de Intervenções obstétricas</b>	Quando o trabalho de parto é mais longo do que o imaginado A perspectiva negativa do intervencionismo

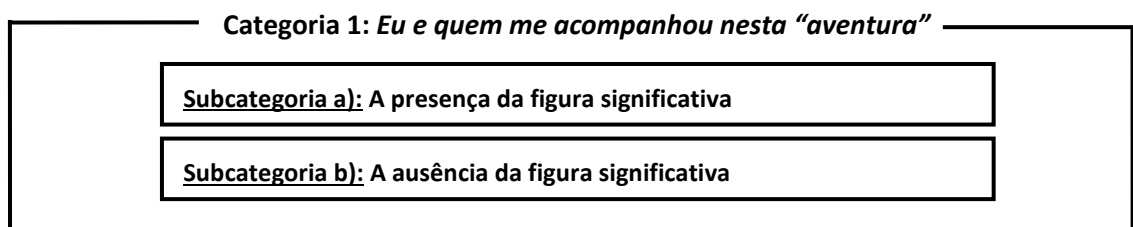
**Experiência de Trabalho de Parto Negativa**

**Experiência de Trabalho de Parto Negativa**

**Figura 6.** Categorias e subcategorias associadas à unidade temática: Experiência de Trabalho de Parto “O durante”

## *Eu e Quem me Acompanhou nesta “Aventura”*

Todas as participantes estiveram acompanhadas por uma pessoa significativa durante o trabalho de parto. É unânime a importância atribuída pela mulher à presença desta figura significativa, com um impacto positivo na percepção sobre a experiência de trabalho de parto. Green, Coupland e Kitzinger (1990), Waldenström (1999) e Hardin e Buckner (2004) mostraram que a presença de uma figura significativa para a mulher constitui um dos componentes mais influentes numa apreciação positiva da experiência de trabalho de parto. Entre as medidas de apoio contínuo à parturiente, preconizadas pela OMS (1996), destaca-se, o espaço ocupado pelo seu acompanhante e que corresponde a uma pessoa em quem a mulher confia e com quem se sente à vontade para partilhar a experiência do trabalho de parto. Sob o entusiasmo da sua própria experiência, duas participantes aproveitaram a oportunidade para recomendar a todas as mulheres para escolherem uma figura familiar de referência para as acompanhar durante o trabalho de parto: *Acho que todas as mulheres deveriam, senão o marido, levar alguém que tivesse disponibilidade emocional para acompanhar e relaxar a mulher (...)* (E2); *Aconselho a todas as futuras mães, que vão passar por um trabalho de parto, a escolherem uma pessoa da sua inteira confiança para as acompanhar, tal como eu fiz.* (E9)



As nove mulheres entrevistadas optaram pelo parceiro para as acompanhar durante o trabalho de parto. Uma das participantes refere mesmo o motivo da sua escolha: *Além de ser meu marido, é também o meu melhor amigo (...)* (E4). Algumas participantes falaram, também, sobre o significado de terem sido acompanhadas pelo seu parceiro. Uma participante referiu-se ao trabalho de parto como mais um contexto de concretização da cumplicidade, entre ela e o seu parceiro: *Ele foi um bom parceiro durante a aventura do trabalho de parto. Aliás ele é um bom parceiro, sempre o foi, sempre...sempre. Até quando me passou os bocadinhos de banana, quando não devia [risos].* (E6); uma outra participante considera ser uma possibilidade de crescimento da relação conjugal (...) *na minha cabeça ter passado pela experiência de trabalho de parto, juntamente com o meu namorado, fortaleceu ainda mais a nossa relação.* (E7). O conteúdo destes dois depoimentos leva-nos a considerar que a presença do companheiro no

trabalho de parto oferece a oportunidade para que ambos, pai e mãe, compartilhem o trabalho de parto e o momento do nascimento como parte da vida conjugal (Rohde [et al.], 1991; Carvalho, 2003), onde a intimidade gerada entre os dois será fundamental para o amadurecimento da relação e para transformar o acontecimento do trabalho de parto numa experiência positiva (Colman e Colman 1994), produzindo recordações agradáveis que se tornarão marcantes para toda a vida do casal (Perdomini, 2010).

Quando abordadas sobre a importância de uma figura significativa durante o trabalho de parto, algumas das participantes valorizaram, em primeiro lugar, a presença...“o estar ao lado”, destacando ainda a necessidade de a mulher não se sentir sozinha num contexto de vulnerabilidade. Os próximos depoimentos confirmam o valor atribuído à presença da figura significativa:

*Senti-me acompanhada. Acho que no fundo é importante a gente não se sentir sozinha. (E1)*

*É muito relaxante a presença daquela pessoa. É bom ter um rosto familiar. (E2)*

*Foi importante para mim para eu não me sentir tão sozinha e ter mãos familiares para agarrar. (E3)*

*Só a presença dele, a figura dele. Já isso foi uma ajuda. (...) (E5)*

*De vez em quando, se eu precisava de alguma coisa, lá estava ele ali. Limitou-se a estar do meu lado (...) E para mim era o mais importante. (E7).*

*E se ele não estivesse ali, naquele momento, eu acho que não teria igual porque o que me vem logo à cabeça é eu estar ali, a passar por aquilo tudo, e sozinha. (E8)*

Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) consideram que a presença do parceiro ou de uma outra figura significativa durante o trabalho de parto tem efeitos positivos no bem-estar físico e emocional da mulher e que se podem concretizar em pequenos gestos de apoio, como o segurar a mão, sendo as necessidades das mulheres a sua principal preocupação durante o acompanhamento (Lavender [et al.], 1999; Brüggemann, Parpinelli e Osis, 2005). Algumas mulheres pormenorizaram os benefícios proporcionados pela presença do parceiro durante o trabalho de parto:

*(...) foi mesmo muito importante tê-lo...tê-lo ao pé de mim porque ele ajudou-me. Realmente pôs em prática o que nós tínhamos aprendido e dialogado, acalmou-me, disse-me para ter calma, disse-me que as coisas iriam correr bem. (E2)*

*Ele proporcionou-me tranquilidade e por isso ele foi tão importante para mim. Ele soube estar. Soube ser uma presença agradável. Deixou-me dormir, quando eu quis dormir. Deixou-me ler, quando eu quis ler. Deixou-me estar em silêncio, quando eu precisei de estar em silêncio. Conversamos quando quisemos conversar. (...) (E4).*

Os resultados dos estudos de Beaton e Gupton (1990); Gibbins e Thomson (2001); Hodnett [et al.] (2007) mostraram o impacto positivo da presença do companheiro junto da

mulher em trabalho de parto no autocontrolo ou na capacidade de *coping* da mulher, conforme se constata através unidades de registo:

*Participou lindamente. Ajudou-me a respirar, ajudou-me a puxar no momento da contração.* (E2)

*O pai também, nesses momentos, ia-me dizendo devagarinho que estava orgulhoso de mim por eu estar a conseguir aguentar, a levar para a frente aquilo que nós os dois queríamos.* (E3)

*Mas, para mim, a mão dele foi um ótima ajuda porque quando agarrei a mão dele, o puxo foi colossal. Parece que houve uma transmissão de energia.* (E4)

*Acho que se ele não estivesse ressentido, principalmente naqueles momentos mais aflitivos, como foi quando senti dores horríveis antes da epidural, ou no momento em que a bebé estava prestes a nascer...acho que não teria sido tão corajosa.* (E9)

Para Lundgren, Karlsdottir e Bondas (2009), o companheiro é considerado, em algumas situações, o elemento protetor da parturiente, tal como é evidente pelo seguinte relato: *Sabia que com o meu marido ali, eu estava protegida e em segurança (...).* (E4).

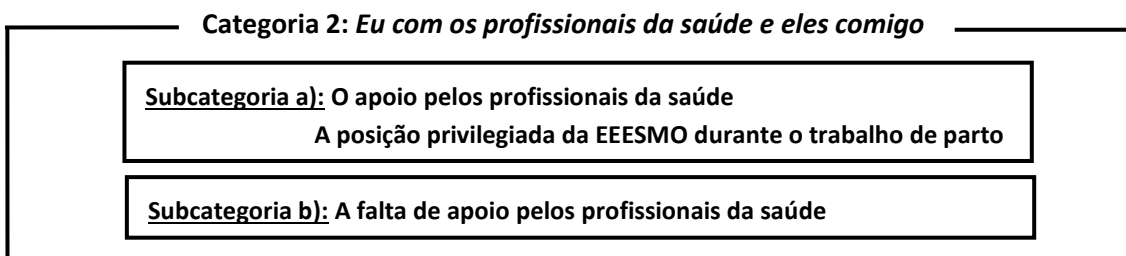
Cranley, Hedhal e Pegg (1983) consideram que a presença do parceiro ou de uma outra pessoa significativa junto à parturiente é fomentadora do equilíbrio físico e emocional da mulher e da ligação mãe/pai-filho, como constatamos através da próxima unidade de registo: *Reconheço que o estar presente foi importante tanto para me ajudar a mim, como para ver a filha nascer* (E2).

A presença do parceiro pode, também, ser considerada qualitativamente diferente da presença de outras figuras, na medida que permite estreitar os primeiros laços familiares. Para Waldenström (1999), quando os parceiros se sentem envolvidos no processo de nascimento pode significar um aumento do envolvimento emocional com o seu filho, criando na mulher uma sensação de bem-estar: *Foi muito importante ver também a vinculação dele com a filha, de pegar nela, de chorar* (E2); *O pai da bebé precisava de estar presente e se envolver.* (E3); *Foi muito importante ele estar lá porque ele também faz parte da história.* (E8). Ao parceiro foi dada, também, a oportunidade de cortar o cordão umbilical, tal como algumas mulheres descreveram: *E, então, deixei-me cair para trás e o meu marido nessa altura cortou o cordão umbilical.* (E4). *Outro momento que também foi muito marcante para mim, foi quando o meu marido cortou o cordão umbilical.* (E8). O corte do cordão umbilical, considerado a separação real da criança da mãe, significou para alguns pais uma forma de se aproximar e de fazer parte do conjunto. Outras participantes referiram-se à posição privilegiada que o parceiro ocupa durante o trabalho de parto, pela oportunidade de filmar, gravar ou fotografar momentos significativos do evento: *O meu marido gravou o batimento cardíaco do bebé.* (E4); *Ele filmou tudo* (E5).

## *Eu com os Profissionais da Saúde e Eles Comigo*

Diversas instituições internacionais como a OMS (1996), a *Lamaze International* (2007) e *The Royal College of Midwives* (2012) preconizam o apoio contínuo por profissionais de saúde à mulher/casal em trabalho de parto. Em Portugal, foi recentemente desenvolvido um trabalho – *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»*, com o objetivo principal de construir um consenso de conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal, o qual sustenta o pressuposto que os profissionais da saúde, que participam na assistência ao trabalho de parto são *o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres* (Leite, 2012, p.9).

Na comunidade científica, alguns autores têm apontado, como estratégia basilar para promover uma experiência positiva de trabalho de parto, a existência do acompanhamento presencial constante por parte dos profissionais que assistem a mulher durante o trabalho de parto e a resposta efetiva às necessidades destas, sendo considerado como um dos fatores que mais contribui para a construção de uma percepção, positiva ou negativa, e da avaliação da experiência de trabalho de parto (Soet [et al.], 2003; Waldenström [et al.], 2004b; MaClean, Mcdermott e May; 2000).



Simkin (1991, 1992) mostrou a necessidade dos profissionais da saúde envolvidos na assistência ao trabalho de parto compreenderem a importância que acabam por assumir na história das mulheres; pois eles serão lembrados por muito tempo, talvez para sempre. Tal evidência reporta a nossa atenção para a necessidade de se garantir um acompanhamento de qualidade à parturiente. Os resultados de diversos estudos ditam que os cuidados de suporte proporcionados por profissionais da saúde é um forte preditor da satisfação das mulheres com a experiência de trabalho de parto (Simkin, 1991; Green, Coupland e Kitzinger; 1990; Hodnett, 2002; Adams e Bianchi, 2008; Lopes [et al.], 2009). Seguem-se algumas unidades de registo, que confirmam a percepção positiva das mulheres face ao apoio prestado pelos profissionais da saúde durante o trabalho de parto:

*Eu acho que é um aspeto positivo porque os profissionais dão-se às pessoas. Eles próprios não criam ali uma barreira. Eles permitem que se converse, desde os auxiliares aos médicos, enfermeiros. (E1)*

*(...) equipa de trabalho fantástica que me confortou desde o início, no sentido que fizeram com que as coisas fossem tão agradáveis, que eu nem sequer me lembrava que estava em trabalho de parto (...). (E2)*

*Foram muitas horas ali dentro e todos com muita paciência. Foi muito bom. (E3)*

*Eu senti-me muito bem. As pessoas que estiveram comigo, desde as auxiliares até aos médicos, foram ótimas. As pessoas foram impecáveis. Foram muito sensíveis, muito cuidadosas e humanas. (...). (E7)*

*Foi uma relação muito fraternal, como se fossemos...não digo mãe e filha, mas antes tia e sobrinha. Senti-me protegida e muita acarinha. (E9)*

Diversos autores enfatizam também a importância do apoio prestado à mulher em trabalho de parto, pelos profissionais da saúde. Segundo *The Royal College of Midwives* (2012) o apoio dos profissionais às mulheres em trabalho de parto é composto por quatro categorias: o *apoio informativo*, através do qual se informa e se aconselha as mulheres sobre as diferentes atividades a realizar, a sua finalidade e limitações, a evolução do parto e o estado do feto; o *apoio físico*, que consiste em oferecer todas as medidas que ajudam a melhorar o conforto e a comodidade; o *apoio emocional*, através da assistência presencial contínua durante o trabalho de parto, no sentido de potenciar a autoconfiança, reforçando e premiando verbalmente a conduta da mulher, animá-la e tranquilizá-la e *advocacia*, que consiste em ajudar a mulher a expressar-se e a comunicar as suas decisões e desejos.

Alguns relatos confirmam o apoio informativo prestado pelos profissionais da saúde:

*Depois as enfermeiras tiveram um papel muito importante porque enquanto eu respirava e fazia os puxos, iam-me dizendo como eu devia fazer (...). (E1)*

*E além disso, ainda me foram esclarecendo sobre algumas situações, no sentido de eu ficar desperta para a possibilidade de atuarem de forma diferente ao que eu tinha previsto. Gostei dessa atitude. (E3)*

*No entanto, eles sempre que vinham ter comigo diziam: «olha, agora vamos fazer isto...agora vamos administrar esta medicação porque...isto é para este efeito.» Eles iam comunicando comigo o que estavam a fazer. (E5)*

*Mas depois, à medida que o trabalho de parto ia evoluindo, foram conversando comigo. A linguagem era muito simples e isso sim ajudava para que eu fosse também ajudando. (E7)*

Outros relatos evidenciam o apoio físico proporcionado pelos profissionais da saúde à mulher durante o trabalho de parto:

*Pedi à auxiliar para me trazer água fresca e ela arranhou-me não sei onde (...). Soube mesmo bem (E4).*

*(...) muitas vezes, eu pedia mais isto ou aquilo e sempre me atenderam, mesmo ao nível dos auxiliares. (E5)*

*Perguntaram-me se eu estava bem, se eu precisava de alguma coisa (...). (E7)*

*Houve uma enfermeira que me fez uma massagem nas costas com gel, o que me confortou muito. A determinada altura, essa enfermeira também me ajudou a empurrar o meu bebé para baixo. (E8)*

*Até mesmo após o parto foram importantes porque me ajudaram a amamentar. (E9)*

Existem ainda relatos que sustentam o apoio emocional que os profissionais da saúde disponibilizaram à mulher:

*Senti-me acompanhada. Acho que no fundo é importante a gente não se sentir sozinha. (E1)*

*(...) não se ausentavam por muito tempo...Elas tiveram sempre perto de mim e isso, para mim, foi muito positivo. (E7)*

*Senti esse amparo, essa energia positiva à minha volta. Sinceramente, eu notei que houve ali um esforço redobrado. Eu notei um carinho que não estava à espera de o receber. Não estava porque eu sinto que as pessoas estão ali para trabalhar e não têm que gostar de mim, caramba. Mas senti que gostaram de mim e que fui acarinhada. (E6)*

*Tinha outra enfermeira à minha frente sempre a falar comigo, a dizer que estava tudo bem e que eu me estava a portar bem. (E8)*

O apoio emocional que a mulher recebe durante o trabalho de parto, é um fator vital que pode fortalecer ou enfraquecer os vínculos emocionais entre a mãe e o filho (McGrath e Kennell, 1998). Para Klaus e Kennell (1992), ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir sua identidade materna. Ainda no âmbito da análise do apoio emocional, algumas mulheres fizeram referência ao apoio verbal oferecido pelos profissionais da saúde no decorrer do trabalho de parto, através de palavras de encorajamento e elogios, como tentativa de potencializar a sua autoconfiança e premiar o seu desempenho:

*Depois as enfermeiras tiveram um papel muito importante porque enquanto eu respirava e fazia os puxos, elas também iam dizendo: «Não é assim!» Ou: «Mais um desses e o bebé está cá fora (...) quando elas começaram a dizer que eu estava a fazer bem, eu senti-me moralizada, não é?» (E1)*

*Estas palavras da enfermeira foram um incentivo enorme. (E3)*

*Então, como estavam a elogiar-me, estavam cada vez mais a alimentar o meu ego, o que me deixava ainda mais satisfeita com o que estava a fazer. (...) Os elogios para mim foram muito importantes. Eles realmente poderiam achar que eu estava a portar-me bem, mas senão o dissessem, eu ia continuar a achar que não estava a fazer o suficiente. Isso ajudou-me muito. (E7)*

*E aquelas palavras ainda me davam mais ânimo para continuar a fazer direitinho, como estava a fazer. (E8)*

Outras mulheres, também referiram nos seus depoimentos, que os profissionais da saúde que a acompanharam durante o trabalho de parto procuraram compreender os seus desejos, necessidades e preferências para esta experiência:

*Foram falando comigo, no sentido de negociarem comigo certos aspetos incluídos no meu plano de parto: «Compreendo que não queira a episiotomia, mas existem determinadas situações em que fazer a episiotomia é a melhor situação», naturalmente foi um ponto em que eu acabei por ceder. Quase que refletimos ponto por ponto, desejo por desejo do meu plano de parto. (E3)*

*Agradeço pelo facto de os profissionais tentarem, dentro dos possíveis, cumprir alguns dos desejos do meu plano de parto. (E3)*

*Não esqueço o respeito e assertividade que tiveram comigo. (E4)*

*Eu que tinha tantas desconfianças, percebi ao longo do trabalho que o que eu estava a sentir era importante para eles. (E9)*

A enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, pela sua posição privilegiada no acompanhamento da mulher em trabalho de parto, tem um papel importante na satisfação das necessidades individuais das mulheres (Gibbins e Thomson, 2001; Lundgren, Karlsdottir e Bondas, 2009; Wilde-Larsson [et al.], 2011), desempenhando um papel crucial na ajuda às mulheres para atingir uma experiência de trabalho de parto positiva (Bryanton [et al.], 2008; Larkin, Begley e Devane; 2012). Atendendo à proximidade física e afetiva, o seguinte relato testemunha porque as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica são consideradas profissionais de referência no acompanhamento do trabalho de parto:

*Recordo-me perfeitamente de uma das profissionais de saúde que esteve comigo, que posso destacar e que foi a parteira (...). Ela foi tão importante durante todo o trabalho de parto, para mim e para o meu marido, que uma das imagens que mais tenho presente é olhar para ela, chorar e pensar: “Obrigada”. (E2)*

Num estudo que pretendeu examinar os fatores relacionados com a forma como as primíparas experienciaram o trabalho de parto, os autores (Tarkka, Paunonen e Laippala, 2000) reconheceram determinadas características pessoais das enfermeiras, como a empatia, a simpatia, a paciência, o carinho e a calma, como importantes preditores de uma experiência positiva de trabalho de parto. Bárbara Carper designa este tipo de conhecimento profissional de *conhecimento pessoal*, sendo colocado ao nível do conhecimento ético, estético e empírico. (Carper, 1978). Foram encontrados excertos dos relatos, nos quais as mulheres evidenciaram a importância do *conhecimento pessoal* dos profissionais da saúde para a promoção da relação terapêutica:

*Eu acho que é um aspeto positivo porque os profissionais dão-se às pessoas. Eles próprios não criam ali uma barreira. (...) Os profissionais foram incansáveis, mesmo de madrugada. (E1)*

*Foram todos incansáveis, espetaculares, muito simpáticos, muito colaborantes e afáveis. (E2)*

*Acho que foram magníficos. Sem dúvida, foram muito prestáveis. Foram muito atentos (...) (E5)*

*Eu notei um carinho que não estava à espera de o receber (...) (E6)*

*Foram muito sensíveis, cuidadosas e humanas (...). Tiveram imensa preocupação comigo e cuidado. (E7)*

*Foram tão sensíveis e profissionais comigo e com o meu marido. (E8)*

Para duas participantes, a qualidade da relação com os profissionais da saúde foi de tal modo levada ao limite, enquanto relação autêntica e recíproca, que para elas a experiência de trabalho de parto se desenvolveu junto de profissionais da saúde, que criaram um ambiente confortável e acolhedor, permitindo vivenciar o trabalho de parto como um acontecimento em “família” e com uma assistência personalizada: (...) *toda a equipa fez com que nos sentíssemos em casa. (...) Não foi um parto entre a parteira e a utente, foi sim um parto entre amigos: «ok, a minha amiga vai ter um filho. Vamos lá ajudar nisto.» (E2); Senti-me em casa. Eu estava em família. (E4)*

Emboras as participantes, se refiram ao apoio e ao acompanhamento durante o trabalho de parto, de uma forma positiva, foram descritos três acontecimentos diferentes, que têm em comum o facto de cada um deles ter tido um impacto negativo na perceção da mulher sobre o acompanhamento durante o trabalho de parto. Uma das situações relaciona-se com a perceção que tiveram do significado atribuído ao plano de parto por alguns profissionais da saúde, representando na perspetiva desses profissionais uma ameaça aos cuidados “programados”; a outra situação refere-se ao número excessivo de profissionais na sala de partos e o quanto esse aspeto pode comprometer o apoio e acompanhamento personalizado; a terceira situação realça a desvantagem de a mulher ser acompanhada, durante o trabalho de parto, por um profissional que lhe é estranho e detém um conhecimento superficial sobre as suas expectativas e as suas necessidades. Os seguintes fragmentos dos depoimentos suportam as três situações descritas, e que influenciaram negativamente a perceção da mulher sobre o tipo acompanhamento durante o trabalho de parto:

*Também gostaria de dizer, que senti, embora por breves e escassos momentos, que acharam estranha a opção da elaboração do plano de parto, como se eu o fizesse por desconfiar dos cuidados que me iriam prestar (...) (E3)*

*Disse que não queria muita gente, que era para dar a entender a essa 4ª pessoa que estava a mais. Ele disse-me qualquer coisa, e que provavelmente não foi por mal, mas como foi dita de forma mais grosseira, eu não gostei. (E5)*

*Não achei piada nenhuma ser a enfermeira (...) porque eu não a conhecia de lado nenhum e achei-a muito fria, mas lá está, se calhar, era isso que eu precisava. Precisava de alguém que me lembrasse que eu estava ali para trabalhar e não para chorar sobre a minha desgraça. (E6)*

A satisfação da mulher com a experiência de trabalho de parto está associada principalmente com o facto de esta sentir-se cuidada com respeito e empatia por parte de todos os profissionais da saúde (Simkin, 2006), superando as suas expectativas, tal como uma

das mulheres entrevistadas refere: *Dos profissionais de saúde também esperava paciência, mas mesmo assim tiveram mais paciência do que aquela que eu estava à espera ou do que eu desejei.* (E3). A mesma participante, referindo-se ao plano de parto que elaborou, acrescenta: *Não estava à espera que se fossem preocupar tanto com aquilo que eu escrevi num papel e isso surpreendeu-me e deixou-me muito satisfeita.* (E3).

No entanto, a presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, não pode ser considerado, por si só, como sinónimo de suporte. Na verdade, é necessário que este acompanhante esteja preparado e tenha condições para oferecer medidas de conforto físico e emocional e outras formas de ajuda para a parturiente. Neste contexto, a preparação para o parto do acompanhante revelou-se essencial, pela possibilidade de proporcionar um apoio adequado e satisfatório, sendo que algumas participantes focam esse aspeto nos seus discursos: *Realmente pôs em prática o que nós tínhamos aprendido e dialogado (...)* (E2); *(...) ele estava super bem preparado para todas as fases do trabalho de parto, para aquilo que estava a acontecer ou que poderia acontecer.* (E4)

### *Eu e a Minha Participação no Trabalho de Parto*

A participação ativa das mulheres para que possam exercer o poder de escolha em relação à sua saúde implica que devam estar conscientes dos diferentes momentos do período reprodutivo, de modo a envolverem-se ativamente na decisão sobre os cuidados que recebe em cada uma dessas fases, nomeadamente durante o trabalho de parto (Sanders, 2013).

Neste contexto, a possibilidade da mulher ser a principal responsável pela história do seu trabalho de parto significa reconhecer o seu protagonismo neste acontecimento. Nos dias de hoje, muitas mulheres reivindicam esse protagonismo, reconhecendo a sua influência sobre a qualidade da experiência de trabalho de parto. Contudo, como afirma Sardo (2012, p.11), *a implementação de práticas altamente tecnológicas e sofisticadas, que contribuíram para melhorar os resultados perinatais, conduziram a uma assistência no parto mais uniformizada, mais intervencionista, destituindo a mulher do seu papel ativo, causando-lhe um clima de insatisfação e medo.* Assim, através do conceito de protagonismo, definiu-se a categoria – *Eu e a minha participação no trabalho de parto.*

### **Categoria 3: Eu e a minha participação no trabalho de parto**

**Subcategoria a): Ser protagonista na experiência de trabalho de parto**

**Subcategoria b): Não ser protagonista na experiência de trabalho de parto**

Diversos estudos divulgados na comunidade científica reconhecem a participação da mulher durante o trabalho de parto, como um dos fatores com mais influência na avaliação positiva da satisfação da experiência de trabalho de parto (Green, Coupland e Kitzinger 1990; Slade [et al.] 1993; Peterson, 1996; Waldenström [et al.] 1996; Waldenstrom, 1999; Gibbins e Thomson, 2001; Hodnett, 2002; Bryanton [et al.], 2008), contribuindo para um sentimento de realização pessoal e, por conseguinte, uma adaptação mais satisfatória à maternidade (Simkin, 1991).

Ao participar, a mulher poderá determinar a história do seu trabalho de parto, através de ligações estreitas entre a tomada de decisões e a capacidade de transformar essas decisões em ações desejadas para o seu trabalho de parto e a percepção de sentir-se no controlo desta e experiência (Sanders, 2013). Assim, participar significa ser protagonista. As seguintes unidades de registo confirmam o protagonismo que algumas mulheres assumiram no trabalho de parto, o que representou uma oportunidade de vivenciar *por dentro* esta experiência, e o quanto isso contribuiu para uma percepção positiva da sua experiência de trabalho de parto:

*E senti-me bem por saber que o meu comportamento era importante. (E1)*

*Senti que para os profissionais eu era importante e a mim agradou-me muito a ideia de eles me considerarem importante, quase que a peça chave, do meu trabalho de parto. (E3)*

*A par disso, os profissionais também foram elogiando o meu comportamento e isso comigo funcionou muito bem. Deu-me mais ânimo para continuar a fazer melhor durante o meu trabalho de parto. Senti-me motivada e envolvida. Isso foi essencial. (E5)*

*Durante o trabalho de parto, eu senti que participei até fazer os cinco centímetros de dilatação e senti-me bem, de certa forma. (E6)*

*Eu estive lá presente e senti-me parte fundamental do momento. Senti-me capaz. Sinto que passei esta prova com distinção porque os profissionais sempre foram elogiando tudo o que eu estava a fazer. Eu senti-me tão bem com isso. (E7)*

Um estudo levado a cabo por Mackey (1998) verificou que as participantes avaliaram a sua experiência de trabalho de parto de acordo com a percepção que têm da gestão do seu comportamento. A autora concluiu que as mulheres com uma melhor capacidade de gerir os eventos do trabalho de parto, percecionam a experiência de forma mais satisfatória. *Senti-me bem*, uma expressão repetida por algumas participantes do presente estudo, expressa uma

percepção positiva da mulher face ao modo como conseguiu superar a experiência de trabalho de parto, muitas vezes, sob a influência de palavras de encorajamento provenientes dos profissionais da saúde.

Na verdade, deixar a mulher à margem das tomadas de decisões e das ações sobre o seu próprio corpo, descarateriza a experiência de trabalho de parto, que se poderia dizer naturalmente promotora do *empowerment* da mulher. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 identifica o *empowerment* como a melhor estratégia para a obtenção de ganhos em saúde, incentivando o envolvimento dos cidadãos no processo de decisão no âmbito da saúde. Para Sanders (2013) o *empowerment* da mulher significa ela ser capaz de experimentar o seu trabalho de parto como protagonista do processo. Neste sentido, quando os profissionais da saúde promovem a participação da mulher durante o trabalho de parto estão a reconhecer o seu protagonismo na experiência (Sanders, 2013), o que pode contribuir para a eliminação de emoções negativas como o medo, a dor, a angústia e o pânico (Lopes [et al.], 2005).

Participar significa também ser informada sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e ter a possibilidade de influenciar as decisões sobre o acontecimento. Para Oakley (1989) a informação aumenta o domínio da mulher sobre a experiência de trabalho de parto. A força e a legitimidade da mulher em participar na experiência de trabalho de parto advém da informação credível, completa, adequada e não tendenciosa que lhes é transmitida acerca das práticas existentes ou realizadas durante o trabalho de parto e parto. Segundo Leite [et al.] (2012, p.20)

*Tendo em vista a tomada de decisões informadas sobre a sua assistência e a dos seus bebés, as mulheres têm o direito de receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas. Se entenderem, têm ainda o direito de mudar de opinião relativamente às suas escolhas.*

O nível de informação, tanto durante a gravidez, como durante o trabalho de parto, tem sido mostrado como um fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar uma maior participação no processo de decisão, influenciando a satisfação com a experiência de trabalho de parto (Green, Coupland e Kitzinger, 1990; Green, 1993; Gibbins e Thomson, 2001; Domingues, Santos e Leal, 2004). Neste contexto, os seguintes excertos demonstram a satisfação de algumas mulheres entrevistadas face à informação disponibilizada pelos profissionais da saúde durante o trabalho de parto:

*Depois as enfermeiras tiveram um papel muito importante porque enquanto eu respirava e fazia os puxos, iam-me dizendo como eu devia fazer (...)* (E1)

*E além disso, ainda me foram esclarecendo sobre algumas situações, no sentido de eu ficar desperta para a possibilidade de atuarem de forma diferente ao que eu tinha previsto. Gostei dessa atitude. (E3)*

*No entanto, eles sempre que vinham ter comigo diziam: «olha, agora vamos fazer isto...agora vamos administrar esta medicação porque...isto é para este efeito.» Eles iam comunicando comigo o que estavam a fazer. (E5)*

*Mas depois, à medida que o trabalho de parto ía evoluindo, foram conversando comigo. A linguagem era muito simples e isso sim ajudava para que eu fosse também ajudando. (E7)*

Assim, verificamos que um dos instrumentos fundamentais para uma experiência de trabalho de parto positiva é a confiança da mulher na informação que lhe é disponibilizada a respeito da evolução do trabalho de parto. Todavia, uma das participantes, juntamente com o seu companheiro, relataram emoções negativas face à falta de informação ou informação pouco clara sobre o trabalho de parto:

*Ele afligiu-se...ele ficou mais ansioso durante a tarde porque vêm as enfermeiras, vêm os médicos e falam entre eles e usam termos que a gente não percebe e, às vezes pensávamos: “o que é que será que se está a passar? Será que está a haver algum problema? Alguma coisa que se está a passar não é normal?” E essa sensação de não saber ou não perceber o que se está a passar é muito angustiante. (E1)*

A falta de informação sobre a evolução do trabalho de parto e sobre os procedimentos realizados pode originar tensão, ansiedade e medo, relacionados com algum facto que possa estar a correr mal com a mulher ou com a sua criança, o que, conseqüentemente pode originar insegurança e desconforto. A necessidade da mulher de ser informada da evolução do trabalho de parto surge associada também, à importância de envolvimento nas decisões, contribuindo para desenvolver a capacidade de lidar com o processo. Sentir-se respeitada e considerada de uma forma personalizada encontra-se associada à necessidade de informação e ao sentir-se em controlo da situação (Johansson [et al.], 2002; Lally [et al.], 2008).

A comunidade científica revela um tema predominante na história de cada mulher em trabalho de parto, com um impacto significativamente positivo sobre essa experiência e relacionado com o conceito de participação: o controlo percebido (Simkin, 1991; McCrea e Wright, 1999; Lavender [et al.], 1999; Waldenström,1999; Gibbins e Thomson, 2001; Hardin e Buckner, 2004; Stevens, 2011; Larkin, Begley e Devane, 2012; Fair e Morrison, 2012).

A diversidade de significados do conceito de autocontrolo está associada a diferentes aspetos do trabalho de parto. O conceito de autocontrolo para algumas mulheres relaciona-se com o controlo sobre o processo de trabalho de parto, por exemplo, a sua duração (Niven,1994): *Portanto, a partir do momento em que eu comecei a respirar deu-me a sensação*

*que depois tudo foi num instante. (E3).* Para outras mulheres envolve participação nas decisões que são feitas sobre a gestão do trabalho de parto (Simkin, 1991; Niven, 1994; Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996): *Os momentos mais significativos foram quando eu, depois de uns longos dois minutos em que eu tive uma conversa comigo própria, pedi para me induzirem o parto e decidi fazer a epidural (E6) e para outras mulheres associa-se ao controlo do seu comportamento e emoções (Niven, 1994): Eu fiquei híper feliz (...) por ter conseguido (...) (E5); A partir daquele momento, senti-me mais segura, mais confiante e mais capaz de enfrentar o parto. (E9).*

Contudo, as mulheres do estudo, que perceberam perda do autocontrolo sobre o trabalho de parto associado à dificuldade em lidar com a dor, revelaram-se menos satisfeitas com a experiência:

*Eu imaginava que ia ter um bocadinho mais de energia. Não fazia ideia que me ia sentir esgotada. (E3)*

*Não contava que eu me fosse sentir tão dependente. Tão dependente para me conseguir mexer. (...) O controlo que normalmente estou habituada a ter, eu não estava à espera de o perder. Esperava que fosse conseguir estar mais ativa nesse momento. Pensei que ia conseguir ser um pouco mais forte. (E3)*

*Eu senti que devia ter dado mais até porque, em determinados momentos, eu achava que estava a colaborar minimamente, mas durante aproximadamente duas ou três horas eu tremi como varas verdes, e aí eu queria ter dado mais de mim, mas o meu sistema nervoso dominava-me. (E5)*

*A partir do momento que levei a epidural, foi a alienação total do que me estava a acontecer. Depois disso, senti que dei um pouco o controlo da situação. (E6)*

Importa agora refletir sobre o rigor dos conceitos que têm sido utilizados: estaremos a confundir o conceito de participação ativa da mulher na tomada de decisões sobre o trabalho de parto, quando, na realidade, ela apenas coopera com os profissionais da saúde nas decisões sobre a evolução do trabalho de parto? Na verdade, a mulher enquanto ser autodeterminado deverá ter a capacidade e o desejo de decidir sobre si mesma, no entanto, o trabalho de parto constitui-se como um acontecimento extraordinário de grande intensidade e imprevisibilidade, pelo que facilmente a mulher pode sentir-se condicionada pelo ambiente e pelas decisões dos profissionais da saúde que a rodeiam. Por vezes, a ansiedade, o medo e a insegurança deixam a mulher mais frágil e mais suscetível, ao ponto de levá-la a aceitar as orientações dos profissionais da saúde. Também no nosso estudo, algumas mulheres descreveram situações em que os profissionais da saúde tiveram uma influência direta em decisões sobre o trabalho de parto:

*Houve só uma fase em que eu estava a sentir as dores a apertar muito e eu deixei que me pusessem o cateter epidural, caso fosse necessário alguma coisa. (...). Lá*

*está a enfermeira convenceu-me (...). Por esse momento, eu também acabei por ceder na decisão sobre o cateter epidural. (E3)*

*Antes de fazer a rotura, a enfermeira Gabriela sugeriu que fosse colocado o cateter epidural porque já estava com 5-6 cm, embora eu não tivesse tido qualquer dor, rigorosamente nenhuma. (...) Então, sugeriu colocar o cateter antes de fazer a rotura porque depois as coisas podiam-se devolver de forma muito rápida e dolorosa. E, pronto, eu aceitei. (E4)*

*Quando a parteira sugeriu eu ir para o banquinho, eu pensei que seria só para fazer a respiração ou fazer alguns exercícios. Mas, depois a parteira perguntou-me se eu queria ter ali o meu bebé e eu disse: “Sim, porque não.” (E8)*

Segundo Ramalho (2010), as situações em que os profissionais da saúde envolvem as mulheres na tomada de decisões acerca dos assuntos que dizem respeito a si próprias, ao seu filho ou à sua família, são percebidas como comportamentos indicadores de respeito. A satisfação da mulher com a experiência de trabalho de parto está associada principalmente com o facto de esta sentir-se cuidada com respeito e com empatia por parte de todos os profissionais da saúde (Simkin, 2006). Algumas participantes introduziram o conceito de respeito na assistência à mulher durante o trabalho de parto, tal como podemos reconhecer através dos seguintes fragmentos das entrevistas:

*E essa paciência para mim ainda foi mais evidente porque eles respeitaram o facto de eu não querer induções. Esta paciência de respeitar a minha decisão também se verificou. Fiquei muito contente, muito contente com os cuidados prestados. (E3)*

*Não esqueço o respeito e assertividade que tiveram comigo. Respeitaram as minhas opções, o meu espaço e ajudaram a minha filha a nascer. Agradeço-lhes muito. (E4)*

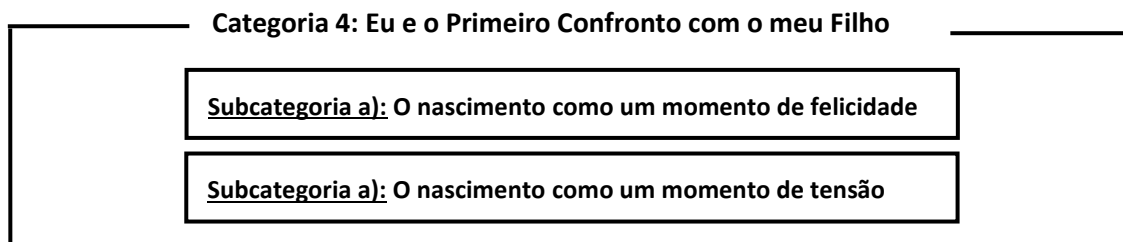
*Foi evidente o respeito por mim. (E9)*

A investigação conduzida no domínio da participação ativa da mulher nas decisões sobre o trabalho de parto revela que, de acordo com as práticas que são desenvolvidas pelos profissionais da saúde, quanto mais a mulher está envolvida e participa nas decisões relativas ao decurso do trabalho de parto, ao parto em si, assim como nos cuidados a prestar ao recém-nascido logo a seguir ao parto, maior a probabilidade de satisfação da mulher e a qualidade da interação que estabelece com a criança (DeVries [et al.], 1993).

### *Eu e o Primeiro Confronto com o meu Filho*

As mulheres tendem espontaneamente a falar mais da gravidez do que do trabalho de parto, embora o momento do nascimento seja muito significativo do ponto de vista emocional para a maior parte delas (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002). O momento do nascimento tem

um efeito marcante na experiência do trabalho de parto, pela possibilidade de proporcionar o primeiro confronto da mulher com o seu filho.



O nascimento é um momento rico em emoções porque possibilita o primeiro contato com a criança, sem ter o abdómen da mãe como barreira física (Tomeleri [et al.], 2007). De facto, as emoções são elementos essenciais que exprimem uma vivência interna e resultam da tentativa de dar estrutura e sentido à experiência vivenciada. Quase todas as mulheres entrevistadas descreveram o momento do nascimento como uma experiência memorável, à qual associam uma elevada carga emotiva, um acontecimento único, que despertou sensações e emoções muito fortes que, por vezes, tiveram dificuldade em expressá-las:

*O momento do parto é avassalador. Transcende-nos completamente. É muito de sentir (...). Eu até sou de palavras e de escrever sobre sentimento, mas desta vez tenho sentido muito dificuldade em falar sobre isso. (E1)*

*São momentos que são difíceis de explicar. Mas senti de uma forma muito intensa, muito intensa mesmo. É mesmo muito importante o momento em que a bebé nasce. (E2)*

*Aquele momento é assim um turbilhão de emoções, que eu nem sei bem definir: é uma alegria, é um alívio, é uma sensação de missão cumprida. (E4)*

*São os momentos que levamos connosco um dia, mais tarde: sentir ela a sair de mim, olhar para ela e sentir os braços do Adérito à minha volta é lindo...É lindo! Senti que temos o nosso coração fora das mãos (...). (E6)*

*Quando ela nasceu quase que só chorava. Foi um momento muito intenso. Acho que nunca me senti assim. (E9)*

Perante o momento do nascimento, a generalidade das mulheres entrevistadas relata emoções positivas, como a felicidade, a tranquilidade e o alívio, fazendo esquecer as situações mais difíceis que foram experimentadas ao longo do trabalho de parto. Duas das participantes afirmam: *O resto fica para trás. Esquece-se a dor, esquece-se aqueles meses de preocupações, esquece-se muitas coisas. (...).É mesmo esse o momento auge do trabalho de parto. (E2); As dores de parto ficaram para trás. Quando ela nasceu foi tão bom, que nós esquecemos tudo. (E9)*

Todavia, os momentos de interação entre mãe e filho não se verificaram somente após o momento do nascimento. Uma das participantes relata uma experiência espiritual com o seu

filho, ainda durante o trabalho de parto: *Sem dúvida um dos momentos mais significativos foi naquela altura em que os picos das contrações começam a aumentar e a minha mãe estava a dormir e eu estava sossegada e foi um momento de diálogo muito grande entre mim e o bebé e com a música do Zeca Afonso. Foi um momento muito, mas muito intenso.* (E3) Alguns estudos concluíram que algumas mulheres, tendencialmente, descrevem a sua experiência de trabalho de parto como um momento de grande importância espiritual (Simkin, 2006; Remer, 2008).

Para todas as mulheres existem situações particulares associadas ao trabalho de parto, que a ajudarão a entrar na nova etapa – a maternidade. O primeiro choro, o primeiro olhar, o contacto pele-a-pele e a primeira mamada são eventos que ocorrem imediatamente após o nascimento e são fundamentais para que a mulher desenvolva em si o sentido da maternidade (Stern, Bruschiweiller-Stern e Freeland, 2005). O primeiro confronto da mulher com o bebé real impulsiona, também, a descoberta das suas características físicas, como as seguintes unidades de registo o comprovam: *“Vamos ver se é loira, se é morena, se é parecida com a mãe ou com o pai, se respira (...) (E2); Queria, realmente, ver (...) se ela tinha os cinco dedos em cada mão e em cada pé, as orelhas, a boca (...) (E2); (...) ver se estava tudo direitinho, se tinha os dedinhos todos (E8).*

De acordo com Mercer, Hackley e Bostrom (1983), as mulheres que apresentaram um contacto precoce com o seu bebé saudável logo após o nascimento, manifestaram impressões mais positivas da experiência de trabalho de parto. Os seguintes fragmentos das entrevistas confirmam a satisfação das mulheres perante a oportunidade de experienciar momentos de interação com o seu filho, imediatamente após o nascimento:

*Depois quando tive oportunidade de pegar, cheirar é um momento de felicidade tão grande que nós precisamos que nos belisquem (...) (E2)*

*Agora, aquela sensação quando ouvimos o choro dela pela primeira vez, depois o nosso próprio choro quando a vemos pela primeira vez e quando é pousada sobre o nosso peito... realmente sensações são indiscreíveis. (E3)*

*Colocaram-na aqui em cima de mim e puseram-na a mamar e ela agarrou praticamente logo, agarrou a mama esquerda. (E5)*

*Só o facto de ele estar ali, a chorar, a tocar na minha pele porque uma coisa que ele fez quando o encostaram a mim, que eu achava que isso não era possível, mas ele veio à procura do meu peito e começou logo a mamar (...) (E7)*

Windstrom [et al.] (1990) concluíram que determinadas condições relativas à experiência de trabalho de parto favorecem o estabelecimento de interações mais adequadas entre a mãe e o bebé, nomeadamente, o contacto precoce mãe-bebé estabelecido através da amamentação e do contacto pele-a-pele mãe-filho nos trinta minutos pós-parto. Para Kitzinger (1984), a amamentação nas primeiras horas de vida permite um prolongamento da relação

afetiva que durante a gravidez foi de sangue e que, após o nascimento, é de leite. De acordo com as recomendações do Instituto Internacional de Lamaze (2007), o recém-nascido saudável deve ser colocado pele-com-pele no abdômen ou peito da mãe, e ambos devem ser tapados com um lençol. Desta forma, os bebês mantêm-se quentes e choram menos, e a amamentação usufrui de um bom começo, quando mães e bebês ficam juntos desde o nascimento.

No discurso das participantes parece haver um destaque preponderante em relação ao choro do filho recém-nascido. Percebe-se, que a para a maior parte das mulheres, o primeiro choro representa uma manifestação de vida, uma representação associada ao bem-estar da criança recém-nascida:

*Quando ela saiu não chorou logo (...)* (E2)  
*Agora, aquela sensação quando ouvimos o choro dela pela primeira vez (...)* (E3)  
*Quando olhei, a enfermeira (...) estava a exteriorizar o corpo para baixo e ela chorou logo.* (E4)  
*O choro dela era tão levezinho (...)* (E5)  
*Quando o Mateus nasceu, ouvi logo o primeiro chorinho dele.* (E8)  
*Quando ela nasceu, chorou logo e chorou muito.* (E9)

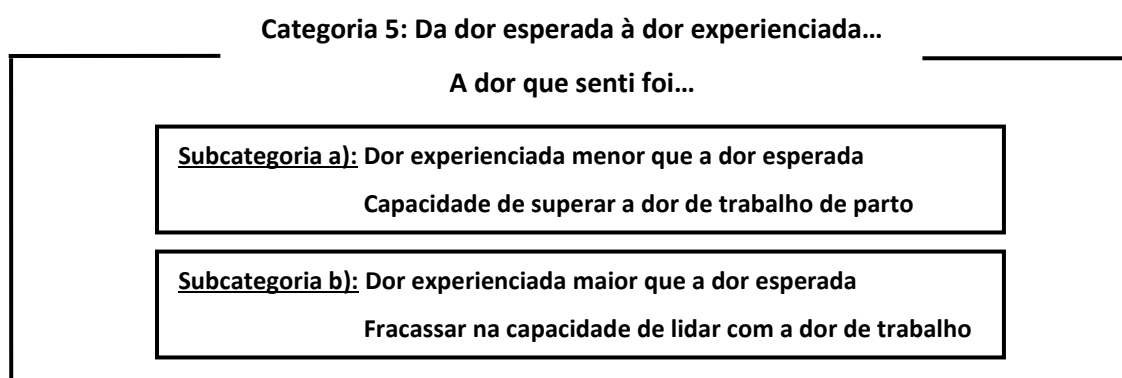
No entanto, ao mesmo tempo em que algumas participantes consideraram o primeiro choro como um momento de intensa alegria associado ao nascimento, outras mulheres do estudo demonstraram tensões, ainda que passageiras, até experimentarem uma sensação de alívio: *No momento em que a ouvi chorar, porque eu fiquei um bocado tensa por não a ter ouvido de imediato a chorar, e comecei a chorar porque pensei que alguma coisa não estaria bem. No momento em que a ouvi a chorar foi uma tal sensação de alívio.* (E2)

A propósito da importância dos primeiros momentos de interação entre mãe e filho, após o nascimento, uma das participantes reconhece no parto normal uma oportunidade ótima para assegurar as condições facilitadoras para o primeiro contacto entre a mãe e o filho recém-nascido: *(...) acho que é mesmo muito bonito e tenho pena que muitas mulheres, façam com que o seu rumo vá diretamente para uma cesariana e não tenham a oportunidade de passar pela experiência de um trabalho de parto normal porque acho que a nível de vinculação entre mãe e filho é qualquer coisa de extraordinário...é um momento mesmo único.* (E2)

### *Da Dor Esperada à Dor Experienciada...A Dor que Senti Foi...*

A dor esteve presente na maioria das experiências de trabalho de parto descritas pelas mulheres entrevistadas. Contudo, a variabilidade verificada junto das participantes, no que respeita a percepção da experiência de dor durante o trabalho de parto, como foi descrita, leva-

nos a concluir que a dor associada trabalho de parto é o resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais e da interpretação que cada mulher faz do conjunto das circunstâncias (Lowe, 1996; Lowdermilk, 2008). Segundo Wall (2002), a dor é sempre acompanhada por uma emoção e um significado, pelo que cada dor é única para quem a experiencia. Assim sendo, perante a complexidade do fenómeno da dor no trabalho de parto procuraremos evitar tentativas de simplificação da sua interpretação, dando ênfase a relatos representativos das participantes neste estudo sobre o modo como a *sua* dor foi experienciada e gerida.



A dor associada ao trabalho de parto interfere de forma significativa na qualidade da experiência da mulher (Paech, 1991). Para alguns autores, Slade [et al.] (1993), Waldenström (1999) e Simkin (2006) quando a dor experimentada é maior do que a esperada influencia negativamente a experiência de trabalho de parto. Os depoimentos seguintes elucidam sobre a intensidade das emoções negativas, associadas à experiência da dor do trabalho de parto:

*Eu, por vezes, também sentia alguma agonia por causa da dor, e acabei por me voltar para dentro. (E3)*

*(...) não consegui aguentar a dor porque foi demasiado forte para eu conseguir lidar (...). Foi muito forte mesmo. (E6)*

*Mas, por outro lado, eu não aguentava mais sentir aquelas dores. Nem conseguia descansar entre as contrações. Eu achei que morria. Não imaginava sentir tanta dor. (E9)*

Parece evidente que o significado atribuído à experiência de dor de trabalho de parto difere amplamente entre as participantes. Para uma das participantes, a dor do trabalho de parto é necessária, e por ser natural permitiu uma vivência integral da experiência de parir: *A necessidade de ter um bebé passa por isso. Ter um parto sem dor nenhuma, eu não queria. (E3)*. No entanto, uma outra participante atribui uma conotação mais moderada: *Agora posso*

*dizer que é uma dor complicada, mas suportável. (E8). Mas, uma outra mulher é determinante ao considerar a dor de trabalho de parto horrível. (E7)*

Embora o significado atribuído à dor durante o trabalho de parto seja diferente entre as mulheres, a mesma mulher pode elaborar concepções paradoxais sobre a experiência da sua dor. Um relato representativo de uma das participantes revela como a experiência de dor foi vista como intrínseca ao processo de trabalho de parto, mas, ao mesmo tempo, foi manifestado o desejo de a evitar: *Bem, por um lado, eu sabia que para ter a minha bebé, tinha que passar pela dor. A minha mãe já me tinha avisado de como foi quando me teve (...). Mas, por outro lado, eu não aguentava mais sentir dores. Nem conseguia descansar entre as contrações. Eu achei que morria. Não imaginava sentir tanta dor. (E9)*

Mesmo sendo a dor do trabalho de parto previsível e temporária, cada parturiente a perceberá à sua maneira, lhe atribuirá um determinado significado e reagirá à dor, segundo as suas expectativas e as suas experiências anteriores, suportadas pelo sistema cultural (Lopes [et al.] 2009) e pelas circunstâncias do seu trabalho de parto, nomeadamente o ambiente onde decorreu e o tipo de apoio que recebeu (Hodnett [et al.], 2007). Neste contexto, *a percepção da dor é vivenciada diferentemente pelas mulheres durante o parto, sendo esta condicionada por diferentes fatores (Guerra, 2010, p.50).*

Em determinados relatos, percebe-se que a experiência de dor de trabalho de parto é condicionada, em grande parte, por experiências de dor passadas:

*Já tive dores menstruais muito más e, por isso, não foi novidade. (E1)  
(...) é uma dor mesmo insignificante quando comparada com tantas dores que já sentimos (...) (E2)  
Várias experiências passadas ligadas à dor fazem com que eu hoje diga que a dor do parto não foi para mim uma dor insuportável, como muitas mulheres dizem. Já tive dores muito mais intensas, como quando fui operada (...) (E5)  
É verdade que as outras dores que senti, como a dor de dentes, foi dias e dias e a dor do trabalho de parto foi só aquele bocadinho. (E8)*

As atitudes de cada uma das mulheres em relação à dor são amplamente diferentes. Em determinados depoimentos percebe-se uma certa relação entre a dor de trabalho de parto sentida pela mulher e a sua capacidade de lidar com essa sensação. A experiência da dor pode ser conotada de forma particularmente negativa se a mulher considerar que não está a gerir eficazmente, através de medicamentos ou outras técnicas de controlo da dor (Stevens, 2011). De facto, a percepção de um comportamento desajustado face à experiência da dor de trabalho de parto é um fator apontado, pela mulher, como razão para a percepção de uma experiência de trabalho de parto negativa (Soet [et al.], 2003; Simkin, 2006). Assim sendo, constatamos que a mulher reconhece emoções negativas quando percebe ineficácia no modo

como lidou com a dor durante o trabalho de parto: *E eu pensei: Oh, meu Deus, eu não aguento isto por muito mais tempo. (E3); Eu cheguei a comentar com a enfermeira que não estava a aguentar mais. (E9)*. No sentido oposto, quando uma mulher reconhece a sua capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto, sente-se satisfeita: *Eu, durante a noite, controlava bem as dores porque lembrava-me bem da maneira como as enfermeiras nas aulas de preparação ensinaram a fazer a respiração (...)* (E8).

A analgesia natural e a analgesia farmacológica expressam as duas polaridades no modo como a dor de trabalho de parto pode ser enfrentada pela mulher, resultando num conflito de escolhas entre os recursos endógenos e o uso de fármacos.

Algumas mulheres fazem referência, nos seus discursos, ao recurso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como a respiração, o relaxamento, a utilização da bola de Pilates, a musicoterapia e a deambulação ou liberdade de movimentos:

*(...) quando a enfermeira (...) entrou, foi ela que me deixou ir até à casa de banho a pé (...)* (E2)

*(...) tive oportunidade de ouvir musica durante o trabalho de parto (...)* (E2)

*A auxiliar achava-me imensa piada porque eu andava de um lado para o outro. Eu não parava quieta.* (E3)

*Quando achei que tinha que relaxar, relaxei e acho que isso foi extremamente benéfico.* (E4)

*Enquanto eu estava na bola eu estava bem.* (E5)

*Eu passei aquela noite a fazer a respiração. Eu sentava-me na cama, tornava-me a deitar e sempre a fazer a respiração.* (E8)

Todavia, no que concerne às estratégias farmacológicas de alívio da dor, algumas das participantes referem-se ao efeito positivo da analgesia epidural na experiência de trabalho de parto:

*Sinceramente, para mim, foi o melhor que me podia ter acontecido porque a epidural deu-me uma sensação de relaxamento e foi a causa de eu dormir muito e dormi como já não dormia há meses.* (E1)

*Eu não tive qualquer tipo de dor durante o trabalho de parto, também porque recorri, como é óbvio, à epidural e muito provavelmente isso ajudou-me bastante.* (E2)

*Um dos momentos mais satisfatórios foi quando levei a epidural porque estava com imensas dores, que estavam a dar cabo de mim. Hoje, para mim a epidural significa satisfação (...)* (E7)

*A partir do momento que fiz a epidural tive noção que as coisas podiam ser diferentes. A partir daquele momento, senti-me mais segura, mais confiante e mais capaz para enfrentar o parto.* (E9)

Costa [et al.] (2003b) verificaram que, em termos da intensidade de dor experienciada, a experiência de parto eutócico da mulher é significativamente mais positiva quando decorre

sob o efeito da analgesia epidural. Também Buckley (cit in Costa [et al.], 2003b) concluíram que numa situação de parto eutócico com epidural, verifica-se que muitas mulheres têm uma “boa” experiência de trabalho de parto, uma vez que o alívio da dor permite um maior relaxamento, tal como ilustram as unidades de registo: *Eu não tive qualquer tipo de dor durante o trabalho de parto, também porque recorri, como é óbvio, à epidural e provavelmente isso ajudou-me bastante (E2); (...) a partir do momento, que levei a epidural senti tal alívio que me permitiu desfrutar do meu de trabalho de parto e do nascimento do meu bebé. (...) (E7).* Uma outra participante, que não recorreu à analgesia epidural, reconhece que, um maior alívio da dor poderia ter-lhe permitido desfrutar da experiência de uma outra forma: *Sempre tive em mente experienciar todo o percurso do trabalho de parto sem analgesia. Mas, de facto, também reconheço que se nos momentos de agonia, se a dor fosse um pouco menor, eu talvez conseguisse aproveitar de outra maneira o momento que estava a viver (E3).*

Todavia, uma das participante considerou o procedimento associado à colocação do cateter epidural como que o pior momento do seu trabalho de parto: *E o que ainda me custou mais de todo o período em que estive em trabalho de parto foi a colocação do cateter epidural. Eu detestei. Eu detestei a colocação do cateter. Foi horrível (E4).*

Uma outra participante relaciona o recurso à analgesia epidural com a privação de protagonismo durante o trabalho de parto: *A partir do momento em que levei a epidural, foi uma alienação do trabalho de parto. (E6).* Nesta situação, o recurso à analgesia epidural foi encarado como um fracasso em lidar com as circunstâncias do trabalho de parto, conduzindo a um sentimento de frustração que influenciou negativamente a perceção da experiência pela mulher.

Bussche [et al.] (2007) consideram que há uma variedade de atitudes, de influências sociais e de controlo que influenciam a opção da mulher pela analgesia epidural, mas enfatizam que os profissionais de saúde têm papel de destaque, posto que demonstraram significativa influência sobre essa decisão. Três participantes contam como a decisão sobre a realização de analgesia epidural foi influenciada por um profissional de saúde:

*Houve só uma fase em que eu estava a sentir as dores a apertar muito e eu deixei que me pusessem o cateter epidural, caso fosse necessário alguma coisa. (...) Lá está a enfermeira convenceu-me. (E3)*

*Então, [a enfermeira], sugeriu colocar o cateter epidural antes de fazer a rotura porque depois as coisas podiam-se desenvolver de forma muito rápida e dolorosa. E, pronto, eu aceitei. (E4)*

*A enfermeira foi impecável e sei que aquela conversa foi muito importante para a minha decisão, pois eu acabei por optar fazer epidural no dia do parto. (E9)*

O uso das tecnologias, porém, não são garante de um trabalho de parto sem dor, pois, como pontua Diniz (2005), há uma diferença entre a dor de trabalho de parto propriamente dita e aquela decorrente de procedimentos obstétricos que visam a aceleração do trabalho de parto. Nesse sentido, considera-se que a dor associada ao trabalho de parto pode ser ampliada por práticas como a impossibilidade de mobilização, o uso de ocitocina, a episiotomia e a episiorrafia, entre outras (Diniz, 2005). De facto, algumas participantes reconhecem o quanto determinados procedimentos potenciaram a dor em relação ao trabalho de parto, sendo, por isso, atribuída uma conotação negativa à experiência de trabalho de parto:

*E o que me custou mais de todo o tempo em que estive em trabalho de parto foi a colocação do cateter epidural. Eu detestei. (E4)*

*A partir do momento em que a enfermeira (...) veio fazer-me o toque e rebentar a bolsa de água, aí, então, é que não consegui aguentar a dor porque foi demasiado forte para eu conseguir lidar (...) (E6)*

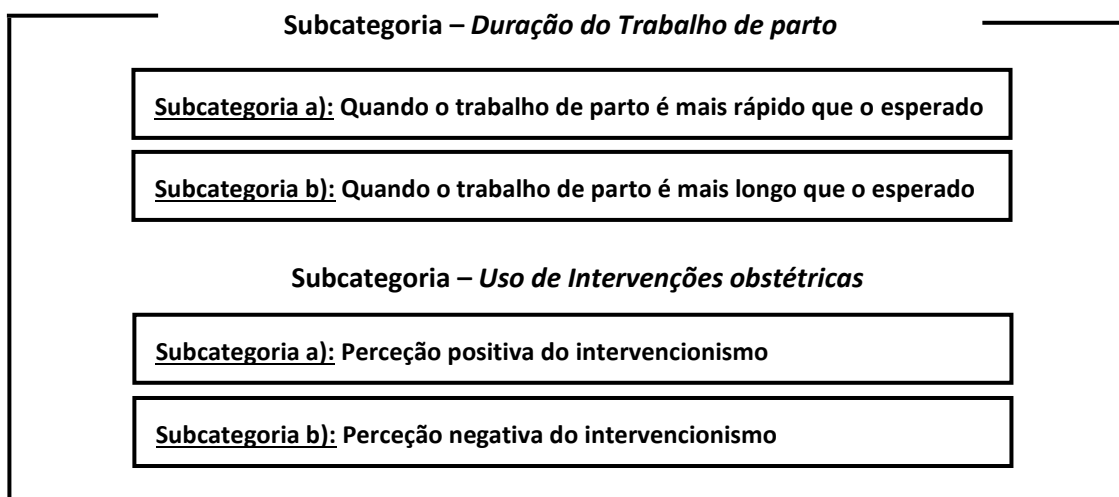
O trabalho de parto foi visto como uma experiência difícil pelo facto de implicar dor, aparecendo nos discursos das mulheres referindo-se à expectativa atual em contraposição à experiência vivida: *Realmente, doeu um pouco mais do que o que eu estava à espera. (E3). Por isso, não correspondeu nada àquilo que eu pensava que seriam as dores de trabalho de parto. (E7).* Porém, para uma outra participante, a dor experimentada foi significativamente inferior à dor imaginada: *Eu tinha imaginado uma dor muito pior. (E2)* Alguns estudos de investigação referem-se às discrepâncias em termos da dor antecipada e da dor experimentada, sendo melhor ou pior do que o esperado (Green,1993; Hallgren [et al.], 1995; Gibbins e Thomson, 2001). Entretanto, o estudo de Fridh [et al.] (1998) mostrou que as expectativas irrealistas em relação à dor e ao desconforto estão relacionadas com uma maior intensidade de dor experienciada durante o trabalho de parto. As mulheres que vivenciam um trabalho de parto com menor nível de dor apresentam normalmente um maior nível de satisfação com a sua experiência de trabalho de parto (Goodman, Mackey e Tavakoli, 2004).

Todavia, as relações entre a qualidade com a experiência de trabalho de parto, dor no trabalho de parto e analgesia são complexas. Hodnett (2002) conclui que a influência da dor, do alívio da dor e das intervenções obstétricas durante o trabalho de parto na subsequente satisfação não é tão direta como a influência das atitudes e dos comportamentos dos profissionais da saúde.

## *Caraterísticas Obstétricas: Diferentes Perspetivas*

Fatores obstétricos podem estar associados à satisfação com a experiência de trabalho de parto da mulher. Algumas participantes, nos seus depoimentos, abordaram determinadas circunstâncias associadas ao processo do trabalho de parto, por vezes interrelacionadas, e que influenciaram, positiva ou negativamente, a sua perceção sobre a experiência. Inúmeras podiam ser as subcategorias associadas à categoria – *caraterísticas obstétricas: diferentes perspetivas*. Todavia, de acordo, com os dados obtidos, destacamos a duração do trabalho de parto e o uso de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto.

### **Categoria 6: Caraterísticas Obstétricas: diferentes perspetivas**



Um trabalho de parto prolongado é apontado como uma das variáveis que determina uma perceção negativa da experiência de trabalho de parto (Soet [et al.], 2003; Domingos, Santos e Leal, 2004; Simkin, 2006;). O estudo de Green, Coupland e Kitzinger (1990) mostrou que as mulheres primíparas, que estavam menos satisfeitas com a experiência de trabalho de parto, tinham experimentado trabalhos de parto mais longos.

Como se pode observar pelas unidades de registo em relação à duração do trabalho de parto, constatamos que algumas participantes referem ter tido uma experiência de trabalho de parto mais demorada do que o esperado, o que interferiu negativamente com na perceção da experiência:

*Claro que são muitas horas à espera. E por 10 cm espera-se muito. Esperamos muitas horas para ter 4 cm e foi por isso que ele começou a entrar em parafuso.* (E1)

*Realmente imaginada que o trabalho de parto fosse menos demorado.* (E3)

*Tive muitas horas de espera, muitas contrações, algumas muito intensas. Eu entrei para aquela sala de partos às dez e meia da manhã e só as seis e um quanto é que ele nasceu. (E7)*

Das nove participantes do estudo, duas referiram que a evolução do trabalho de parto foi mais rápida do que o esperado, influenciando positivamente a percepção da experiência de trabalho de parto. Assim, uma das participantes, ao optar por um trabalho de parto induzido, preparou-se, de forma realista, para uma evolução mais lenta do trabalho de parto. Detentora de informações especializadas sobre o acontecimento do trabalho de parto, que potencialmente lhe conferiam um maior autocontrole e autoconhecimento sobre a experiência, a duração do trabalho de parto surpreendeu esta participante: *Foi um parto induzido. Foi induzido com o propess e portanto a partir daí nada foi como eu pensava porque com o propess ia ser pela noite dentro e ela nasceu ao final da tarde ou nem isso. Foi surpreendente. (E4)*. Uma outra participante experimentou uma evolução rápida do trabalho de parto, superando as suas melhores expectativas. Neste caso, a mulher tinha entrado em trabalho de parto espontâneo, encontrando-se já na fase ativa do trabalho de parto quando chegou ao hospital. Ela fala sobre a cronologia dos acontecimentos: *Cheguei às 10:00 à consulta, entrei para a sala de partos às 11:10 e tive o Mateus às 12:00. (...) A velocidade com que as coisas acabaram por acontecer, apanhou-me de surpresa. Apesar de eu querer que o meu parto foi rápido, acho que não estava preparada para ser assim tão rápido (...)*. (E8)

Um estudo recente, levado a cabo por Adams, Eberhard-Gran e Eskild (2012), concluiu que a duração do trabalho de parto foi significativamente maior em mulheres com medo do parto em comparação com mulheres sem esse medo (diferença de 1 hora e 32 minutos). As seguintes unidades de registo mostram como estas duas participantes relacionam a evolução rápida do trabalho de parto com a ausência de medo: *Foi tudo tão pacífico, as coisas foram decididas na hora, quando tiveram que ser que eu nem tive oportunidade de sentir medo. Acho que isso nem passou lá pela sala. (E4)*. *Não houve momentos de tensão, nervosismo, de medo porque nem houve tempo para sentir medo. Foi tudo tão rápido. (E8)*

Em geral, a literatura sugere que o aumento do uso de intervenções obstétricas está associado a uma menor satisfação com a experiência de trabalho de parto. Diversos estudos encontraram relações inversas entre as intervenções associadas ao trabalho de parto (partos induzidos, partos instrumentalizados, uso de ocitocina, episiotomias/episiorrafias e o número de toques vaginais) e a satisfação da mulher com a experiência de trabalho de parto (Green, Coupland, Kitzinger; 1990; Green, 1993; Waldestrom, 1999; Hodnett, 2002; Bryanton [et al.], 2008). Uma assistência intervencionista durante o trabalho de parto representou uma fonte de

insatisfação para uma das participantes, tornando-se particularmente preocupante quando se sabe que esta mesma mulher projetou, durante a gravidez, um trabalho de parto natural:

*Tive muitas contrações durante o momento em que me examinavam e tentavam romper a bolsa de água. Eu penso que foram uns vinte minutos excruciantes. (...) Para mim, aquele momento foi horrível. (E6)*

*Claramente que aquele toque foi o ponto de viragem na história do meu trabalho de parto. Foi aquele toque desgraçado. Eu sinto que se não tivesse feito aquele toque, eu se calhar até aguentava tudo sem epidural. Mas também, se calhar, se não tivesse feito o toque também não teria sido mais quarenta e cinco minutos; teriam sido mais duas horas ou três. (E6)*

De facto, existe um número considerável de profissionais que mantem a convicção que podem melhorar a evolução do trabalho de parto intervindo, mesmo no caso de uma gravidez de risco reduzido – é o chamado Gestão Ativa do Trabalho de Parto (ou Active Management of Labour). Porém, as investigações não têm demonstrado que o uso rotineiro destas intervenções melhore os resultados do parto em todas as mulheres (Lamaze, 2007). A evidência científica atual não apoia intervenções obstétricas de rotina sem justificação, nas parturientes de baixo risco (OMS, 1996). No entanto, esta realidade não advém apenas da atitude dos profissionais da saúde e das suas práticas, mas também porque as próprias mulheres não têm consciência das suas capacidades, falta-lhes confiança e não sabem que o trabalho de parto pode ser uma experiência saudável e gratificante para elas.

Será que esta realidade se relaciona com uma falta efetividade da preparação para o parto? Neste contexto, é essencial que a preparação para o parto ofereça às mulheres um conhecimento adequado, que lhes possibilite realizar escolhas informadas e esclarecidas, de acordo com as suas expectativas para este acontecimento, valores, cultura, formas de ser e estar perante a vida. A propósito da importância da preparação para o parto, Lothian e DeVries (2005, p.19) consideram que *“the education and empowerment of pregnant women are just as important as good prenatal care.”* Ajudar a grávida a encontrar em si própria a sua vontade é fundamental, para não ser encaminhada a adotar o caminho mais fácil e usual dos profissionais, através de intervenções obstétricas desnecessárias, pois trata-se de um acontecimento extraordinário, onde os protagonistas são ela própria, o seu filho e a sua família.

Da análise dos resultados, verificamos que em cada uma das nove experiências de trabalho de parto relatadas, é expressa alguma forma de intervencionismo por parte dos profissionais. Contudo, a “quantidade” de intervencionismo não parece afetar a avaliação global da mulher sobre o trabalho de parto, uma vez que as nove mulheres entrevistadas fazem uma apreciação positiva da sua experiência. No entanto, constatamos a referência à

concretização de um trabalho de parto natural, tal como havia sido desejado pela mulher, revelando-se um aspeto valorizado na avaliação da experiência de trabalho de parto pela mulher: *A minha grande expectativa é que tudo fosse o mais natural possível. E realmente concretizou-se.* (E3)

A Organização Mundial de Saúde apresenta um conjunto de recomendações contidas em vários documentos, propondo modificações ao nível do acompanhamento do trabalho de parto. As propostas apresentadas nos documentos *“Care in Normal Birth: A practical Guide”* (OMS, 1996) e *Safe Motherhood* (OMS, 1998) trouxeram importantes contributos para o debate, apresentando uma crítica ao excesso de medicalização do parto, apontando para um modelo de assistência onde prevaleça a utilização das tecnologias no trabalho de parto em doses terapêuticas e com base em evidências científicas (Tornquist, 2003).

De facto, embora o aumento da utilização de tecnologia na assistência ao trabalho de parto tenha contribuído para melhorar os resultados a nível da mortalidade e morbilidade materno-infantil, teve como consequência uma prática mais intervencionista e uniformizada, retirando à mulher a possibilidade de ser a protagonista do seu próprio trabalho de parto, contribuindo muito para a sua insatisfação e medo com esta experiência (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

Ao longo deste subcapítulo procuramos compreender de que modo a experiência de trabalho de parto foi percebida pelas nove mulheres entrevistadas. O entendimento sobre como o trabalho de parto foi configurado durante a gravidez, através de diversas expectativas, bem como o modo como foi experienciado pela mulher parecem fornecer informações sobre como tal acontecimento pode influenciar a entrada na experiência da maternidade. Assim sendo, no subcapítulo seguinte procuraremos compreender o impacto da experiência de trabalho de parto no desenvolvimento do papel materno, no período após o parto: Impacto da Experiência de Trabalho de Parto no Desenvolvimento do Papel Maternal *“O depois”*.

### 3.4 Impacto da Experiência de Trabalho de Parto no Desenvolvimento do Papel Maternal: “O Depois”

Num *continuum* sobre o entendimento do trabalho de parto, importa, neste momento da discussão dos resultados, compreender o impacto da experiência de trabalho de parto no desenvolvimento do papel maternal, no período após o parto.

O trabalho de parto representa um dos eventos mais marcantes na vida da mulher (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996), constituindo uma intensa experiência que antecede o início efetivo do exercício do papel maternal. Para várias autoras, como Rubin (1984), Mercer (2004), Meleis [et al.], (2010), o trabalho de parto constitui um acontecimento importante no processo de transição para a maternidade, o que é percebido pelo discurso de uma das participantes, quando refere: *Naquele intervalo de tempo entre a minha saída e o meu regresso a casa, eu tinha sido mãe. Sim...eu sentia-me uma mulher diferente. Muitas datas perduram ainda na minha memória por aquilo de importante que aconteceu, como o dia do meu casamento, o meu primeiro dia de trabalho, o nascimento da minha sobrinha, mas nenhum deles se consegue igualar ao dia em que experimentei pela primeira vez a sensação de ser mãe (E4)*. Dentro de todo o processo inerente à transição para a maternidade, o presente estudo enfatiza o desenvolvimento do papel maternal, no período após o parto.

A constatação das diferenças na percepção da experiência de trabalho de parto por parte de cada mulher e do seu impacto no desenvolvimento do papel maternal (Rubin, 1984; Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010) define o enquadramento conceptual da unidade temática: *Impacto da Experiência de Trabalho de Parto no Desenvolvimento do Papel Maternal*, no período após o parto, à qual se associaram diversas categorias e subcategorias (Figura 7).

Categorias	Subcategorias
<b>Repercussões da Experiência de Trabalho de Parto na reformulação da identidade</b>	Repercussões positivas na identidade da mulher Repercussões negativas na identidade da mulher Memórias sobre a experiência de trabalho de parto
<b>Do esperado ao experienciado: Satisfação versus Desilusão</b>	Satisfação: experiências que confirmam expectativas (positivas) ou superam expectativas Desilusão: experiências que diferem negativamente das expectativas Satisfação e desilusão na mesma experiência de trabalho de parto
<b>Reformulação do Significado atribuído ao Trabalho de Parto</b>	O trabalho de parto como um evento crítico no ciclo de vida da mulher O trabalho de parto como uma experiência inigualável na vida da mulher O trabalho de parto como ponto de viragem no percurso da mulher Passar pela experiência do trabalho de parto para vivenciar o nascimento
<b>O Trabalho de parto como um Evento Crítico na Transição para a Maternidade</b>	Significado de Maternidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A maternidade como um projeto de vida</li> <li>• A maternidade como uma transição desenvolvimental</li> <li>• A maternidade como um lugar de responsabilidade social</li> </ul> Tornar-se Mãe: desenvolvimento do papel maternal, a partir da experiência de trabalho de parto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O projeto da maternidade na gravidez</li> <li>• De parturiente a mãe</li> <li>• Estar e não estar grávida</li> <li>• Integrar um novo papel: o de mãe</li> <li>• A filha que se tornou mãe</li> <li>• Bebê imaginário versus bebê real</li> <li>• O novo elemento</li> </ul>

**Figura 7.** Categorias e subcategorias associadas à unidade temática: Impacto da Experiência de Trabalho de Parto no Desenvolvimento do Papel Maternal “O depois”

## *Repercussões da experiência de trabalho de parto na reformulação da identidade*

O contexto do trabalho de parto é o único, pelo que para a maioria das mulheres exige um forte investimento emocional (Adams, Eberhard-Gran e Eskild, 2012). A potencialidade da experiência de trabalho de parto provocar benefícios ou danos psicológicos e emocionais para a mulher está presente em cada experiência, podendo ter um impacto positivo ou negativo na identidade da mulher. Assim, perante a evidência de repercussões positivas e de repercussões negativas, poderemos descrever o trabalho de parto como uma experiência agridoce, marcada por uma ambivalência de sentimentos (Callister, 2004). Além disso, as repercussões positivas e as repercussões negativas da experiência de trabalho de parto na construção na identidade da mulher derivam, também, das memórias que esta guarda em relação a momentos significativos da experiência de trabalho de parto. Portanto, no contexto da unidade temática – *Repercussões da Experiência de Trabalho de Parto na Identidade da Mulher*, definiram-se as seguintes subcategorias:

---

### **Categoria: Repercussões da Experiência de Trabalho de Parto na Identidade da Mulher**

---

#### **Subcategorias**

- Repercussões positivas na identidade da mulher
  - Repercussões negativas na identidade da mulher
  - Memórias sobre a experiência de trabalho de parto
- 

Da análise dos resultados obtidos, constatamos o sentido positivo atribuído pela mulher à experiência de trabalho de parto e a sua influência na reformulação da identidade, como as seguintes unidades de registo o confirmam:

<b>Sentimentos de enriquecimento e realização pessoal</b>
<i>Senti-me bem no papel de mulher em trabalho de parto (...) (E3)</i> <i>Aquele momento (...) é uma sensação de missão cumprida. (E4)</i> <i>E acho, também, que foi uma grande vitória face ao meu passado porque consegui desdramatizar muitas situações relacionadas com o parto normal. (E5)</i>
<b>Sensação de bem-estar e competência</b>
<i>Por isso, eu digo que fiz o que me competia em cada fase e isso conforta-me. (E4)</i> <i>Eu senti-me a pessoa mais importante daquela sala de partos. (E7)</i> <i>Hoje sinto-me bem comigo própria com o parto que tive (...). Sinto-me em paz (...) (E9)</i>
<b>Perceção de autoeficácia e autocontrolo</b>
<i>(...) até chego a ficar comovida porque não estava à espera de me portar tão bem. (E7)</i> <i>Ora bem, eu consigo ter bastante autocontrolo e foi isso que aconteceu durante a maior parte do meu trabalho de parto. (E3)</i>
<b>Capacidade de se envolver e influenciar o ambiente no qual ocorreu o trabalho de parto</b>
<i>Eu estava muito bem, muito à-vontade com tudo e todos. (E4)</i>
<b>Fortalecimento da autoestima, orgulho e autoconfiança</b>
<i>Foi como referi nas redes sociais...senti-me muito orgulhosa (E1)</i> <i>Senti-me muito orgulhosa; Valente mesmo. (E3)</i> <i>Senti-me uma mulher cheia de força. Nunca pensei que tivesse tanta força. E quando me davam os parabéns, eu sentia-me muito orgulhosa. (E4)</i> <i>Eu acho que naquele momento a minha autoestima estava no auge. (E7)</i> <i>Por um lado, eu estava muito orgulhosa por causa do momento que eu estava a passar. Por outro lado, também me sentia orgulhosa por aquilo que eu estava a passar. (E8)</i> <i>Senti-me orgulhosa. (E9)</i>

Alguns autores assinalam, também, sentimentos negativos associados à experiência de trabalho de parto (Waldenström, 1999; Lundgren e Dahlberg, 2002; Fenwick [et al.], 2005). Assim, entre as unidades de registo que assinalam as repercussões negativas da experiência de trabalho de parto na identidade da mulher destacam-se, por exemplo:

*Não contava que me fosse sentir tão dependente. Tão dependente para me conseguir mexer. Dependente por não conseguir controlar os fluidos, o ter que usar fralda. (...) Pensei que ia conseguir ser um pouco mais forte. (E3)*  
*Mais tarde, quando estava sozinha, quando toda a gente já tinha ido embora, eu tive aquela sensação de vazio. Faltava-me qualquer coisa. (E4)*  
*(...) não foram muitas as situações que possa dizer que tive dor. Gostava mais de focar a dor psicológica, a ansiedade, o medo do desconhecido. (E5)*  
*Eu queria ter dado mais. Eu senti que devia ter dado mais (...) (E5)*  
*Foi traumatizante para mim ter pedido para me induzir o trabalho de parto, quando eu sempre quis um trabalho de parto natural. (E6)*

Na verdade, a investigação tem vindo a mostrar que as experiências relativas ao parto são de extrema importância, interferindo de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma relação adequada com o bebé (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002, p.205). Neste sentido, parece que a aquisição de uma perceção mais satisfatória da experiência de trabalho de parto, expressada através de sentimentos positivos,

pode ser uma tarefa desenvolvimental, necessária ao ajustamento da mulher (Conde [et al.], 2007), assegurando a sua satisfação e disponibilidade na prestação dos cuidados à criança (Green, Coupland e Kitzinger, 1990; Green, 1993). Contrariamente, os sentimentos negativos e a insatisfação com a experiência de trabalho de parto podem resultar em perceções negativas acerca do recém-nascido, dificultando, a construção da identidade materna (Rubin, 1984).

A influência da perceção sobre a experiência de trabalho de parto no ajustamento ao papel maternal, reporta-nos para o conceito de responsividade materna, que é definido como o comportamento materno apropriado ao comportamento da criança (World Health Organization, 2004; Landry, Smith e Swank, 2006). Neste contexto, a resposta materna adequada às necessidades da criança poderá estar comprometida, se a mulher perceber negativamente a sua experiência de trabalho de parto.

Ao longo do trabalho de investigação, constatamos como a experiência do trabalho de parto é antecipada na gravidez sob a forma de um conjunto de expectativas, e continua a ser referida após sua conclusão, sob a forma de sentimentos e recordações que acompanharam as participantes. Segundo Stevens (2011), o trabalho de parto é considerado como um dos mais memoráveis experiências na vida de uma mulher: *Foi mesmo um momento muito importante e tenho a certeza que os anos que durar nunca mais, me vou esquecer.* (E2). As memórias sobre o trabalho de parto permanecem vivas ao nível cognitivo e continuam a influenciar as perceções de cada mulher sobre esta experiência por muito tempo, podendo ter um impacto, positivo ou negativo, com repercussões, durante toda a sua vida (Simkin, 1991, 1992; Fisher, Astbury e Smith; 1997). A globalidade das participantes refere no relato sobre a experiência de trabalho de parto, distintos momentos que ficaram retidos na memória:

*Acho que nunca mais me vou esquecer quando a enfermeira chegou lá e disse: “ Pronto já tem os 10 cm de dilatação, vamos passar agora para o parto”* (E1)

*Foi mesmo um momento muito importante e tenho a certeza que os anos que durar, nunca mais vou esquecer.* (E2)

*Lembro-me de ela dizer: “És tu que estás a puxar.” (...) Lembro-me de dizerem que estava quase, do meu dizer força e que eu estava a ir bem. Lembro-me realmente de dizerem: “Só falta aqui um ressaltozinho.”* (E3)

*Lembro-me de ele ficar à minha beira, quase a chorar, e a limpar as nossas lágrimas. Lembro-me de me perguntarem se eu queria que me colocassem a bebé em cima de mim e eu disse que sim.* (E4)

*(...) lembro-me de terem embrulhado a bebé, num pano cor-de-rosa e quentinho.* (E5)

*Lembro-me muito bem desse momento.* (E8)

Todavia, Waldenström (2003) mostrou que a memória da experiência de trabalho de parto sofre modificações ao longo do tempo. Essa ideia fica patente nas palavras de uma das participantes:

*É engraçado, que há coisas, que agora passando um mês, eu vou recordando e, às vezes, vem um ou outro pormenor à ideia. Mas agora com o esfriar das emoções, começo a lembrar-me de determinados pormenores. A memória começa a ficar mais nítida com a estabilização das emoções. Mas há coisas que eu realmente eu não me consigo lembrar porque o turbilhão de emoções ainda hoje é tal, que há coisas que ficaram misturadas, mascaradas, enevoadas no meio das minhas emoções. (E4)*

Simkin (1992) relata uma certa consistência na percepção da experiência de trabalho de parto ao longo de vários anos, apesar do decréscimo da quantidade de informação recordada e da ocorrência de mais lapsos na recordação de detalhes específicos da situação. Para Algom e Lubel (1994), as mulheres têm, geralmente, após o trabalho de parto uma apreciação correta e, mais tarde, uma memória precisa do que aconteceu, o que confirma a seguinte unidade de registo:

*É engraçado, que há coisas, que agora passando um mês, eu vou recordando e, às vezes, vem um ou outro pormenor à ideia. Mas agora com o esfriar das emoções, começo a lembrar-me de determinados pormenores. A memória começa a ficar mais nítida com a estabilização das emoções. Mas há coisas que eu realmente eu não me consigo lembrar porque o turbilhão de emoções ainda hoje é tal, que há coisas que ficaram misturadas, mascaradas, enevoadas no meio das minhas emoções. (E4)*

Entretanto, num outro estudo, Waldenström (2004a) considera que a avaliação do trabalho de parto logo após a experiência pode ser mascarada pelo alívio e felicidade sentida pelo nascimento de um filho saudável: *Aquele momento é assim um turbilhão de emoções que eu nem sei bem definir: é uma alegria, é um alívio, é uma sensação de missão cumprida. (...) Chorei. Eu estava super feliz. (E4)* Concomitantemente, os aspetos mais negativos podem levar mais tempo a serem integrados nas estruturas cognitivas.

Uma das participantes confessa-se desprovida de qualquer memória sobre momentos significativos que aconteceram: (...) *e lembro-me de perguntarem ao meu marido se queria cortar o cordão e ele disse que sim, mas não me lembro de o ver a cortar o cordão umbilical. (E4)*. A propósito do período expulsivo refere: (...) *não é o que eu mais me lembro, porque acho que esse momento é tão rápido, mas é um rápido que não é assim tão rápido quanto isso porque lembro-me de ter olhado para o relógio e ter começado a puxar às cinco e meia e a minha filha nasceu às seis. É um período de meia hora, que eu agora só me lembro de cinco minutos. (E4)*

Centradas ainda no tema referente às memórias da experiência de trabalho de parto, uma das participantes destaca a importância das imagens para preservar memórias sobre o acontecimento: *Para nós era importante porque me faz recordar que aquele momento existiu e como é que ele foi. É verdade que eu tenho as minhas próprias recordações, mas as fotografias são mais específicas. Eu já vi pormenores nas fotografias que eu não me lembrava que tinha sido assim (...).* (E9).

### *Do Esperado ao Experienciado: Satisfação versus Desilusão*

A avaliação da satisfação da mulher com a sua experiência de trabalho de parto é uma operação multidimensional, pelo que se prevê a análise da satisfação percebida com base nas diferenças entre o que é esperado ou desejado e o que é percebido (Bryanton [et al.], 2008) e engloba tanto respostas afetivas como avaliações cognitivas (Hodnett, 2002).

Slade [et al.] (1993) consideram que a avaliação da satisfação com a experiência de trabalho de parto está relacionada com as expectativas desenvolvidas na gravidez. De acordo com este pressuposto, definimos a categoria: *Do esperado ao experienciado: Satisfação versus Desilusão*, à qual foram associadas três subcategorias, que se distinguem pelo efeito produzido na mulher, resultado da equação entre as expectativas e a experiência de trabalho de parto:

---

#### **Categoria: Do esperado ao experienciado: Satisfação versus Desilusão**

---

##### **Subcategorias**

- Satisfação: experiências que confirmam expectativas (positivas) ou superam expectativas
  - Desilusão: experiências que diferem negativamente das expectativas
  - Satisfação e desilusão na mesma experiência de trabalho de parto
- 

Numa análise à tonalidade das entrevistas, verificamos que nas entrevistas E1, E2, E4, E5, E7, E9 a experiência de trabalho de parto superou as expectativas, contribuindo para um elevado grau de satisfação em relação à experiência:

*O parto foi melhor do que tudo aquilo que eu poderia ter imaginado. Se tivesse que imaginar, não imaginava tão perfeito. e depois acabei por (...) achar que foi tudo perfeito porque foi um parto fácil, bonito (...)* (E1)

*Nós imaginámos coisas muito más: muito sangue, muita dor, muito trabalho em si e para mim foi maravilhoso.* (E2)

*Além disso, as coisas até acabaram por correr muito melhor do que o que eu estava à espera (...)* (E4).

*Mas acho que o parto correu muito, muito bem e foi muito além das minhas expectativas. (E5)*

*Era tão má a ideia que eu tinha na minha mente, que ao ter sido tão diferente, porque na verdade, foi muito bom, muito natural e agradável que me senti bem comigo própria e fiquei muito satisfeita com o modo como as coisas aconteceram comigo. (E7)*

*Quase tudo foi diferente, mas para melhor. Eu tinha tantos medos. (...) Mas o parto em nada correspondeu. As coisas correram muito bem. (E9)*

Remer (2008) identificou alguns dos fatores que mais contribuem para a percepção de satisfação da mulher em relação à experiência de trabalho de parto, entre os quais destaca o facto de se ter uma experiência de trabalho de parto melhor do que a esperada (para além do acompanhamento efetivo pelos profissionais da saúde, o estabelecimento de uma relação de qualidade com estes e o ser envolvida na tomada de decisão em relação ao cuidado).

As expectativas negativas sobre o trabalho de parto não fazem dele, necessariamente, uma experiência negativa. De facto, este achado refuta os resultados de alguns estudos, ao considerarem que as expectativas negativas se associam a uma experiência de trabalho de parto negativa (Heaman [et al.], 1992; Green, 1993; Waldenström, 1999; Gibbins e Thomson, 2001). Quase todas as mulheres entrevistadas consideraram que a experiência de trabalho de parto não confirmou as expectativas negativas que acompanharam as mulheres ao longo da gravidez, sob a forma de múltiplos medos, ansiedades e preocupações. Algumas participantes confirmam esta dissonância entre as expectativas e a experiência de trabalho de parto, acabando as seguintes unidades de registo por sustentar a dimensão não confirmadora das expectativas negativas sobre a experiência de trabalho de parto:

*Não há que ter medo da epidural, não há que ter medo do período expulsivo, não há que ter medo das contrações, não há que ter medo de nada. Quando nós estamos em trabalho de parto, as coisas vão acontecendo e reparamos que tudo o que imaginamos de mau foi, sem dúvida nenhuma, uma idiotice. (E2)*

*Era tão má a ideia que eu tinha na minha mente, que ao ter sido tão diferente (...), por na verdade, foi muito bom, muito natural e agradável, eu senti-me bem comigo própria e acabei por ficar muito satisfeita como as coisas aconteceram comigo. (E7)*

Autores como Goodman, Mackey e Tavakoli (2004) concluíram que a satisfação com a experiência de trabalho de parto foi influenciada pelo facto de as expectativas desenvolvidas terem sido atendidas. Waldenström (1999) e Gibbins e Thomson (2001) reconheceram que as expectativas positivas acerca do trabalho de parto parecem ser responsáveis pela atribuição de um significado positivo à experiência. Para duas participantes do estudo, o modo como o trabalho de parto foi experienciado confirma as expectativas positivas desenvolvidas ao longo

da gravidez: *O parto foi como eu tinha imaginado, embora as proporções na altura são sempre maiores.* (E3); *Eu imaginava que corresse tudo pelo melhor, o que acabou por acontecer.* (E8)

A não concretização das expectativas encontra-se associada a uma experiência de trabalho menos satisfatória, condicionando o bem-estar no pós-parto, constituindo um fator dificultador da transição para a maternidade (Meleis [et al.], 2010). Numa das entrevistas verificamos que, durante a gravidez, a mulher projetou um trabalho de parto natural, sendo todas as suas expectativas sustentadas por um plano de parto que apresentou previamente à instituição. Porém, um acontecimento na fase final da gravidez marca a reviravolta no modo como a experiência de trabalho acabou por se suceder, através de uma catadupa de eventos não pensados, não idealizados e não desejados. Assim, esta mulher pediu para terminar a gravidez, induzindo o trabalho de parto, porque a morte inesperada do seu próprio pai estava a consumi-la física e emocionalmente e, por isso, tornava-se urgente fazer nascer o seu filho para redirecionar as suas emoções:

*Portanto, os momentos mais significativos foram, sem dúvida, quando eu pedi para me induzirem o trabalho de parto, contra todas as expectativas e quando decidi pedir epidural.* (E6)

*Foi tudo diferente, até o próprio o facto de não ter tido a bebé de cócaras, como eu queria. (...) Foi diferente porque não foi natural, porque estive imenso tempo deitada; porque estive basicamente aniquilada ao efeito da epidural. A partir do momento que levei a epidural foi uma alienação de toda a experiência de trabalho de parto.* (E6).

As diferenças entre as expectativas e a experiência de trabalho de parto vivida podem afetar a mulher, conduzindo a sentimentos de culpa, raiva, depressão e mesmo de trauma em relação à experiência vivida (MaClean, McDermott e May; 2000; Maggione, Margola e Filippi, 2006; Simkin, 2006). Esta participante expressa a sua tristeza, desilusão e raiva perante as circunstâncias que envolveram o seu trabalho de parto e afirma: *Eu senti-a que durante o trabalho de parto foi-me roubada toda a experiência porque foi como eu estivesse a jogar uma partida de póquer com Deus e ele me tivesse enganado à força toda. Fui defraudada completamente...burlada... roubada* (E6).

Até que ponto as participantes, desiludidas com o modo como determinados detalhes da experiência de trabalho de parto aconteceram, haviam desenvolvido expectativas realistas acerca das exigências físicas e emocionais de um trabalho de parto? De facto, a construção de expectativas irrealistas pode representar um projeto nefasto para a mulher, no sentido de que a probabilidade de serem realizadas é muito reduzida, aumentando a probabilidade de uma experiência de trabalho de parto menos satisfatória pelo não cumprimento dessas mesmas expectativas (Guerra, 2010). Uma participante reconhece o efeito inóspito de expectativas

irrealistas: *Nem sequer devíamos ter parado para refletir tanto sobre isso porque as coisas não vão de encontro a muitas das expectativas, porque muitas vezes, nem são expectativas corretas.* (E2). Ainda a propósito das exigências da experiência de trabalho de parto, uma outra participante refere: *É um trabalho de parto e não um passeio de parto* (E6).

Ao longo dos últimos parágrafos procurou-se compreender a relação entre a natureza das expectativas e avaliação da experiência de trabalho de parto, sendo que a diferença entre estas duas variáveis foi percebido de forma negativa, despoletando na mulher a desilusão; e/ou de forma positiva associado a uma sensação de satisfação face à experiência de trabalho de parto.

Apesar da tonalidade positiva com que a experiência de trabalho de parto foi vivida pelas participantes, circunstâncias particulares do trabalho de parto tiveram um impacto negativo, embora essas circunstâncias (e a força do impacto) manifestaram-se de forma diferente entre as participantes. Neste contexto, as mulheres do estudo perceberam uma experiência de trabalho de parto, simultaneamente positiva e negativa, contribuindo para esta avaliação: a presença da figura significativa; o apoio prestado pelos profissionais da saúde; a participação da mulher nas decisões sobre o trabalho de parto e percepção de controlo; a ligação mãe-filho imediatamente após o parto; a dor no trabalho de parto e as estratégias para gerir a dor e as circunstâncias obstétricas (duração, intervenções obstétricas) (Anexo VII).

A natureza multifacetada da experiência de trabalho de parto, segundo Waldenström [et al.] (1996) mostra que as mulheres podem estar satisfeitas com alguns aspetos da sua experiência e não satisfeitas com outros, e, assim, sentimentos positivos e negativos podem coexistir. Por exemplo, uma mulher pode estar profundamente insatisfeita com os cuidados de saúde que recebeu, mas sentir-se satisfeita com o seu próprio comportamento durante o trabalho de parto (Green, Coupland e Kitzinger, 1990). No anexo VII, é especificada a avaliação bipolarizada das participantes sobre determinados aspetos relacionados com a experiência de trabalho de parto. Verificamos, por exemplo, que uma das participantes (E3) manifesta-se globalmente satisfeita com a sua experiência de trabalho de parto, embora se sinta desiludida pela sensação de incompetência e de perda de autocontrolo associada à experiência da dor atribuindo uma conotação negativa à experiência de trabalho de parto:

*Não contava que eu me fosse sentir tão dependente. (...) Foi muito estranho. Desconhecia. Não imaginava. O controlo que normalmente estamos habituados, eu não estava à espera de o perder. Esperava que fosse conseguir estar mais ativa nesse momento.* (E3)

*Eu, por vezes, também sentia alguma agonia por causa da dor, e acabei por me voltar para dentro.* (E3)

A satisfação com a experiência de trabalho de parto é um conceito global. De acordo com Tovar (2004), a avaliação da experiência de trabalho de parto, sem especificar as diversas circunstâncias associadas, pode não trazer respostas completas. Por esse motivo, para uma melhor abordagem à experiência de trabalho de parto torna-se necessário captar a visão das mulheres, sem enfatizar qualquer componente específico ou fragmentar a experiência de trabalho de parto (Stevens, 2011).

### *Reformulação do Significado atribuído ao Trabalho de Parto*

Uma das características das transições é a criação de novos significados. A importância de valorizar os significados conduz-nos a adotar uma visão do processo de transição, sob a perspectiva da pessoa que o está a experienciar (Schumacher e Meleis, 1994). Além disso, fazer comparações é, também, uma forma de o indivíduo se situar em termos de tempo, de espaço e de relações. Esta comparação pode ser entre o momento antes e depois do evento crítico (Meleis [et al.], 2010).

Quando abordamos a dimensão referente às expectativas associadas ao trabalho de parto, procuramos compreender o significado atribuído pelas mulheres ao trabalho de parto antes de ser experienciado. Após a experiência parece haver uma desconstrução do significado elaborado, para tornar a construir um novo significado, dando assim um sentido à experiência de trabalho de parto vivida. Assim, perante um processo de reformulação do significado de trabalho de parto, definiram-se as seguintes subcategorias:

---

#### **Categoria: Reformulação do Significado de Trabalho de Parto**

---

##### **Subcategorias**

- O trabalho de parto como um evento crítico no ciclo de vida da mulher
  - O trabalho de parto como uma experiência inigualável na vida da mulher
  - O trabalho de parto como ponto de viragem no percurso da mulher
  - Passar pela experiência do trabalho de parto para vivenciar o nascimento
- 

Houve momentos em que os relatos apresentados pareciam sintetizar o cruzamento de percepções de tantas outras mulheres; outros, em que a experiência relatada parecia ser única. Nesta diversidade de relatos, procuraremos identificar alguns dos significados atribuídos pela mulher à experiência de trabalho de parto.

O trabalho de parto constitui um acontecimento singular e uma das experiências mais significativas na trajetória de vida da mulher. O trabalho de parto representa uma experiência crucial na vida das mulheres, pois tem um impacto físico, psicológico e emocional significativo (Bertucci [et al.], 2012). Algumas participantes referiram-se ao trabalho de parto como um evento crítico no ciclo de vida da mulher:

*Acredite, foi maravilhoso porque foi das coisas que eu mais gostei e que se pudesse repetiria porque é um momento único, sem dúvida. (E2)*

*Mas acho que esta experiência é muito específica, muito específica na nossa vida. E, se calhar, é mesmo a que fica no topo da pirâmide das experiências de vida mais marcantes. (E5)*

*Acho que é o momento mais importante na vida de uma mulher, pelo menos para mim foi até ao momento. (E7)*

*Eu guardo o dia do meu parto como um dia muito feliz na minha vida. (E8)*

Enquanto evento crítico no ciclo de vida da mulher, o trabalho de parto adquire uma profunda relevância na intimidade da mulher, que ultrapassa de longe o ato do próprio parto, sendo pouco provável que qualquer outra experiência da vida de uma mulher seja comparável à experiência de trabalho de parto (Kitzinger, 1984). Através do discurso de algumas mulheres constatamos que o trabalho de parto é encarado como uma experiência inigualável na vida da mulher:

*(...) dificilmente acho que alguma coisa se iá igualar ao nascimento de um filho. (E2)*

*Nunca houve nenhum momento na minha vida cuja intensidade eu consiga comparar com outro momento da minha vida. (E3)*

*Eu tenho momentos muito marcantes na minha vida como o dia do meu casamento; o nascimento da minha sobrinha, que para mim é quase como uma filha, mas são decisões diferentes, são momentos da vida diferentes e não tem comparação o nascimento de um filho (...) (E4)*

*Nada é comparável àquele momento. Nós podemos ter momentos muito, muito importantes ao longo da nossa vida, como uma carreira bem sucessiva, bons amigos, uma vida estável e tudo isto é bastante satisfatório, mas ter um filho (...). Nada se comparada ao momento de se ter um filho (...) (E7)*

O trabalho de parto é, também, encarado como um momento de mudança, que marca o início de uma série de mudanças significativas na história de vidas das mulheres. É a natureza do trabalho de parto que transforma o nascimento de um filho num momento de transição que marca uma profunda mudança na vida da mulher (Stern, Bruscheiler-Stern e Freeland, 2005). Alguns resultados são evidentes ao considerarem o acontecimento do trabalho de parto como um ponto de viragem ou transformação no seu percurso de vida:

*E quando ele está cá fora, a gente sente mesmo (...) e que a nossa vida acabou de mudar por completo. (E1)*

*E é naquele momento e será dali para a frente. É ali o ponto de partida. (E3)*

*Chegou ao fim esta etapa e começou outra. (E4)*  
*Joguei futebol alguns anos e o que se está a passar comigo neste momento faz-me lembrar aquilo que se passou em alguns jogos, quando o treinador fazia “aquela substituição” e a história do jogo mudava por completo em direção à vitória. (E7)*

Stern, Bruschweiler-Stern e Freeland (2005) descrevem o momento do nascimento, inserido no evento do trabalho de parto, como uma experiência que vem acompanhada por emoções e vivências inesquecíveis. Podemos constatar, através das seguintes unidades de registo, como o nascimento é um acontecimento crítico, como qualquer partida definitiva:

*Uma pessoa sente-se feliz, mas é uma felicidade, não sei, é uma felicidade tão diferente daquilo que costumamos sentir quando estamos felizes que até me custa descrever. É mesmo de sentir. (E1)*

*É algo tão imenso que nós, no momento do parto, temos um sentimento de posse tão grande que dizemos: «É meu...é minha.» É essencialmente isso.*

*Para mim a grande emoção vivida gira em volta de um amor incondicional que nasce de uma mãe para um filho. (E3)*

*Eu acho que é um momento de grandiosidade. É algo divino que está a acontecer. Tudo pára. Tudo ao nosso redor pára. (E5)*

*Senti que temos o nosso coração fora das mãos, é melhor sensação à face da terra. (E6)*

*Quando o vi a sair de dentro de mim foi o melhor momento. É indescritível. É indescritível ver ele a sair dentro de nós e termos noção que fomos capazes de o pôr cá fora. Foi fenomenal. (E7)*

### *O Trabalho de Parto como um Evento Crítico na Transição para a Maternidade*

Para Meleis [et al.] (2010), a maioria das transições encontram-se associadas a eventos significativos ou pontos de viragem que pautam a vida de todos os indivíduos, sendo, também descritos como períodos críticos ou etapas de grande vulnerabilidade. Este predicado da teoria das transições fundamenta o pressuposto central do estudo, o qual considera o trabalho de parto como um evento crítico na transição para a maternidade.

Ao longo da apresentação do trabalho tem sido mencionado um dos seus princípios orientadores, o qual reconhece o trabalho de parto como um evento crítico na transição para a maternidade e no desenvolvimento da identidade materna (Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010). Mas, de que forma as mulheres deste estudo descrevem o conceito de maternidade? E qual a influência da experiência de trabalho de parto na transição para a maternidade? A categoria, designada por *O Trabalho de Parto como um Evento Crítico na Transição para a Maternidade*, esclarece o significado de maternidade atribuído pelas participantes e explica como a experiência de trabalho de parto (e aquilo que representa) pode influenciar o processo que a mulher enfrenta ao tornar-se mãe. Na figura 8, são identificadas as subcategorias que se

associaram à categoria – *O Trabalho de Parto como um Evento Crítico na Transição para a Maternidade*.

---

**Categoria:** O Trabalho de Parto como um Evento Crítico na Transição para a Maternidade

---

**Subcategorias**

- Significado de maternidade:

- A maternidade como um projeto de vida
- A maternidade como uma transição desenvolvimental
- A maternidade como um lugar de responsabilidade social

- Tornar-se mãe: desenvolvimento do papel maternal, a partir da experiência de trabalho de parto:

- O projeto da maternidade na gravidez
  - De parturiente a mãe
  - Estar e não estar grávida
  - Integrar um novo papel: o de mãe
  - A filha que se tornou mãe
  - Bebê imaginário versus bebê real
  - O novo elemento
- 

**Figura 8.** Subcategorias associadas à categoria: O Trabalho de Parto como um Evento Crítico na Transição para a Maternidade

### *Significado de Maternidade*

O trabalho de parto define, no ciclo evolutivo da mulher, a passagem definitiva de um estado a outro, inaugurando um período de desenvolvimento muito exigente – a maternidade (Canavarro 2001; Leal, 2005). Na perspectiva de Canavarro (2001, p. 20) *A experiência de maternidade é infinitamente variável mas, em grande medida, depende do significado que lhe é atribuído*. Embora a experiência da maternidade surja no plano pessoal da mulher, o seu significado é múltiplo e socialmente construído. Na verdade, enquanto experiência humana, a maternidade assume diversos significados, que especificam as variações históricas e culturais dos ambientes sociais nos quais cada mulher vive (Correia, 2005), além dos aspetos subjetivos envolvidos no processo individual de atribuição de significados, relacionados com a história da mulher.

A maternidade representa um desafio individual e um marco sem retorno na vida da mulher, perpetuando laços afetivos únicos: *Podemos ter um ex-apartamento, um ex-carro, um ex-cão, um ex-marido...muita coisa pode desaparecer ao longo da nossa vida, mas um filho é nosso para sempre* (E2). A maternidade constitui uma das construções mais significativas do percurso de vida da mulher, representando um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade, pois é um período em que um grande número de mudanças pessoais, sociais e biológicas coincidem (Leal, 2005). Neste contexto, para algumas mulheres, a maternidade é considerada um projeto de vida, ao qual se associa a noção de opção, tal como constatamos através do próximo relato: *(...) é uma coisa que nós quisemos, nós planeamos. Em poucas situações da nossa vida, nós temos a oportunidade de escolher e querer. Mas quando nós optamos por ter um filho, nós quisemos ter esse filho. Ou seja, estamos a controlar a nossa vida, entre aspas.* (E2).

Será talvez importante reconhecer a maternidade enquanto período de transformação e mudança, em que múltiplas alterações obrigam a mulher a uma sequência de ajustamentos e a uma enorme flexibilidade e competência para lidar com as exigências inerentes (Canavarro, 2001; Leal, 2005). Esta transformação e crescimento da mulher no seu ciclo de vida, leva-nos a considerar a maternidade como uma transição desenvolvimental (Schumacher e Meleis, 1994; Mercer, 2004; Meleis [et al.], 2010), o que é confirmado pelas seguintes unidades de registo:

*Naquele intervalo de tempo entre a minha saída e o meu regresso a casa, eu tinha sido mãe. Sim...eu sentia-me uma mulher diferente. Muitas datas perduram ainda na minha memória por aquilo de importante que aconteceu, como o dia do meu casamento, o meu primeiro dia de trabalho, o nascimento da minha sobrinha, mas nenhum deles se consegue igualar ao dia em que experimentei pela primeira vez a sensação de ser mãe.* (E4)

*Eu acho que, às vezes, ainda não caí bem na real. Nem dá para acreditar que já sou mãe.* (E5)

*É tudo novo para mim, mas está a ser uma experiência maravilhosa.* (E9)

A transição para a maternidade é definida, por Nelson (2003), como um compromisso intenso e de envolvimento ativo, que requer a reestruturação de múltiplas responsabilidades e comportamentos da mulher (Moura-Ramos e Canavarro, 2007). Algumas unidades de registo comprovam como a maternidade é vista como um lugar de responsabilidade social, que pode trazer muitos desafios para a mulher e sua família (Brazelton, 1992; Nelson, 2003):

*Tinha nascido uma outra mulher, que agora tinha outras responsabilidades.* (...) (E1)

*Aumentamos os níveis de responsabilidade. Deixamos de nos centrar em nós próprios e passamos a centrar-nos nela.* (E2)

*Sabemos que a partir daquele momento o objetivo da nossa vida é aquela criaturinha que está ali. (E3)*  
*Agora tinha o meu bebê aqui comigo, nos meus braços e tinha de cuidar dele, alimentá-lo, protegê-lo. (E7)*

Perante esta noção de responsabilidade, algumas mulheres questionam inclusive a sua capacidade em assumir o papel de mãe:

*Será que vou ser capaz de cuidar dela? Enquanto ela estava aqui dentro nada de mal lhe acontecia e agora cá fora? Será que eu vou protegê-la? Será que vou ser boa mãe? Será que vou ser capaz? (E4)*

*Eu perguntava-me: Será que eu vou ser capaz? (E5)*

*Nessa altura, o meu pensamento foi recear não ser capaz de tomar conta dela. Tinha medo de não ser boa mãe e ainda hoje tenho esse receio (E9).*

As dúvidas de cada mulher em relação à sua competência materna levaram autores como Colman e Colman (1994), Cowan e Cowan (1995) e Mercer (2004) a considerar que o sucesso da transição para a maternidade decorre da capacidade da mãe superar os desafios do desconhecido, o desenvolvimento de competências face a uma nova situação e o sentimento de satisfação com o novo papel.

*Tornar-se mãe: desenvolvimento do papel maternal, a partir da experiência de trabalho de parto*

Tornar-se mãe representa uma das maiores revoluções com que se depara a mulher na sua existência. Referido por Schumacher e Meleis (1994), tornar-se mãe envolve uma mudança de um estado para outro, podendo ser compreendida em termos de transição no ciclo de vida da mulher, e por isso designada por transição para a maternidade.

*Torna-se mãe* significa transformação e crescimento contínuo da identidade materna, ao longo do tempo (Mercer, 2004), o que exige uma adaptação materna às novas tarefas que se impõem. Segundo Graça, Figueiredo e Carreira (2011, p. 27) a transição para a maternidade implica um conjunto de *tarefas relacionadas com a satisfação pessoal, relação com a família de origem e com o cônjuge/companheiro, aceitação do bebê e reestruturação da identidade materna.*

Mercer (2004) identificou a experiência de trabalho de parto como uma das variáveis com mais significado no processo de transição para a maternidade. Assim, nesta investigação constatamos a influência da experiência de trabalho de parto na transição para a maternidade, embora essa informação se torne verdadeiramente significativa quando analisada sob diversas perspetivas. Neste contexto, a amplitude dos relatos das mulheres do estudo conduziu-nos a

uma análise, mais pormenorizada, relacionada com a construção da maternidade a partir da experiência de trabalho de parto:

---

**Subcategoria: Tornar-se mãe: construção da maternidade a partir da experiência de trabalho de parto**

---

**Subcategorias**

- O projeto da maternidade na gravidez
  - Estar e não estar grávida
  - De parturiente a mãe
  - Integrar uma nova condição: a de mãe
  - A filha que se tornou mãe
  - Bebê imaginário versus bebê real
  - O novo elemento: uma nova família
- 

Autores como Rubin (1984); Brazelton e Cramer (1992); Stern, Bruschiweiler-Stern e Freeland (2005); Canavarro (2001) e Mercer (2004) consideram a gravidez como uma fase de ensaio para a maternidade. Segundo Brazelton e Cramer (1992), durante a gravidez, a mulher desenvolve expectativas sobre o seu novo papel: o de mãe, sendo esta preparação uma etapa fundamental para que uma mulher se torne mãe. Algumas unidades de registo confirmam o modo pessoal como cada projeto da maternidade foi construído ao longo da gravidez:

*Eu tinha amigas que o grande sonho delas era ser mãe. Falavam montes de vezes nisso. Eu nunca fui uma rapariga muito dada a isso. Eu, claro, gostava de passar pela experiência, mas não vivia para esse sonho. Se algum dia tivesse que acontecer, acontecia. (E1)*

*Esta gravidez foi planeada. Nós queríamos muito e achamos que seria o momento ideal para sermos pais e, então, fomos ao longo da gravidez conversando sobre expectativas, brincando com certas situações (...). (E2)*

Uma outra participante refere-se à construção de expectativas sobre a experiência da maternidade, antes do diagnóstico da gravidez. Estas expectativas podem influenciar o modo com a transição para a maternidade pode ser experienciada pelas mulheres (Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2006). A seguinte unidade de registo comprova como o projeto da maternidade pode iniciar-se antes da própria conceção:

*Aliás, eu acho que, como comecei a pensar engravidar em 2004, altura em que eu fui operada, ou seja, já lá vão 8 anos...o desfecho dessa situação fez com que eu tivesse tido consciência que naquele preciso momento não ia conseguir ser mãe e fez com que eu comesse, desde então a preparar-me ...o querer tanto ser mãe fez com que aquele bichinho biológico já tivesse sido despoletado. (E5)*

A expectativa de uma mulher ser mãe, a vivência de um filho a crescer dentro si, filho que ainda não conhece, mas que já faz parte da sua vida, gera durante a gravidez, um conjunto de ideias no imaginário da mulher, em que convivem, ao mesmo tempo, a ansiedade, a alegria, a insegurança e o medo, sobre o seu desempenho do papel maternal (Canaval [et al.], 2007; Alves [et al.], 2007).

Dentro da experiência de trabalho de parto, o nascimento pode ser entendido como o momento em que uma mulher se transforma fisicamente em mãe, podendo a ascensão a esta nova condição não coincidir com o facto de se reconhecer imediata e emocionalmente como mãe, o que nos leva a questionar sobre o momento em que a mulher se assume, pela primeira vez, como mãe ou se consciencializa sobre esse novo papel. Na verdade, sob o ponto de vista emocional, o nascimento de um filho pode não coincidir com o nascimento de uma mãe. Uma das participantes exprime, com inquietação, expectativas sobre sentimentos de estranheza após o seu filho nascer e relaciona esta não identificação imediata com a condição de mãe com uma futura falta de cumprimento das funções maternas: (...) *pensava com muito receio que podia não sentir nada quando a minha filha nascesse, como algumas pessoas me disseram que tinha acontecido com elas. Eu pensava: «Oh, meu Deus, mas que mãe sou eu? Será que vou ser má mãe?»* (E4)

De acordo com Brazelton e Cramer (1992), a experiência de trabalho de parto acarreta na mulher emoções intensas, pois ela se vê obrigada a enfrentar o fim súbito da gravidez. As unidades de registo comprovam a consciencialização de algumas mulheres sobre uma linha temporal ténue, que separa a condição de estar grávida e a condição de já não estar grávida:

*E foi nesse momento, enquanto as contrações ainda me deixavam pensar qualquer coisa que realmente tivemos ali o nosso último momento enquanto grávida. Foi de certa forma, uma despedida daquele estado.* (E3)

*Faltava-me qualquer coisa. A minha barriga já não mexia como dantes, porque realmente ela já não estava ali dentro. Agora, o sítio dela era outro. (...) É uma sensação de vazio olhar para a barriga porque a barriga ainda está um bocado proeminente; nós ainda não estamos como eramos antes da gravidez, mas também não estamos grávidas. Falta aqui qualquer coisa. Parece que não sou eu. Não sou eu antes de grávida, mas também não sou grávida.* (E4)

*O meu bebé já não estava dentro de mim.* (E7)

Os diversos significados do trabalho de parto transformam o nascimento de um filho numa experiência extraordinária. Uma participante do estudo revela: *O poder de dar a vida a alguém ou o fazer alguém nascer é algo tão supremo, tão divino.* (E3). Num estreito espaço de tempo, a mulher experimenta uma transição abrupta de papéis: de parturiente a mãe. Neste sentido, o trabalho de parto inscreve a mulher na experiência da maternidade: (...) *mas ter um*

*filho... passar por um trabalho de parto para se ter um filho faz desse momento, algo muito intenso. (E7).*

As unidades de registo seguintes mostram como os momentos depois do nascimento são importantes na integração do papel maternal porque, durante este período, a mulher é capaz de sentir que o filho realmente lhe pertence:

*(...) só nesse momento tomamos consciência que agora temos alguém dependente de nós: um filho. (E1)*

*Sente-se mesmo aquela ligação mãe-filho. «Eu sou a tua menina, e tu és a minha mãe.» (E3)*

*Para mim a grande emoção vivida naquele momento gira em volta de um amor incondicional que nasce de uma mãe para um filho. (E3)*

*Na fase em que a bebé acabou de nascer senti...tive aquele sentimento como se já a conhecia antes. (E6)*

*Por isso, quando ele nasceu eu tive necessidade de lhe dizer: «Olá, está aqui a mãe.» (E7)*

Segundo Brazelton e Cramer (1992), a mulher após o trabalho de parto vê-se obrigada a abandonar o seu papel de filha e assumir o de mãe. Algumas mulheres do estudo expressam a sua emoção em relação à presença da sua mãe, pai ou outros familiares próximos, logo após o trabalho de parto e descrevem o primeiro encontro com estas figuras significativas como um dos momentos marcantes:

*Um dos momentos mais marcantes para mim foi ver a minha mãe a entrar na sala de partos e pegar na minha filha ao colo e estar a chorar e dizer: “É tão linda a minha menina.” É claro que para nós, é a nossa mãe. Gosto muito do meu marido, mas a minha mãe é a minha mãe e ver a minha mãe a pegar na minha filha e dizer: «Ó minha filha, a nossa menina é linda». (E4)*

*(...) ver a reação da minha mãe e do meu pai, que foram avós pela primeira vez. Eles estavam emocionados. Eu sei que lhes tinha dado uma prenda muito desejada (...). (E5)*

*Quando as minhas irmãs e a minha mãe entraram na sala senti-me tão cheia. (E9)*

O nascimento pode representar um processo de separação, percecionado pela mulher como o processo a partir do qual se desliga da gravidez e da imagem de um bebé imaginado para se confrontar, pela primeira vez, com a imagem do bebé real (Colman e Colman, 1994). Alguns fragmentos discursivos mostram como o momento do nascimento é marcado por uma importante transição, em que a mulher deixa de perceber aquele ser imaginário, para assumi-lo como um ser concreto:

*(...) e questionamo-nos sobre o que está a acontecer com a nossa vida naquele momento: se é a minha filha, se é o meu momento, se é a minha vez, se...é uma sensação indescritível, é uma sensação de que tudo o resto deixa de interessar, focamo-nos num ser tão pequenino (...). (E2)*

*(...) acho que no início, eu nem estava a acreditar que a minha filha estava ali e eu só pensava: «É tão linda. É tão perfeita.» (...) Eu nem queria acreditar que ela me estava a tocar. (E4)*

*(...) porque vê-la tão pequenina e é o que é nosso e o que é nosso é belíssimo. (E5)*

*(...) porque ele agora era real, existia realmente (...) (E7)*

Neste contexto, depois do nascimento, a mãe precisa aceitar o fim do sentimento de fusão com o feto e das fantasias desenvolvidas durante a gravidez; se adaptar a um novo ser sobre o qual possui um sentimento de estranheza e suportar a perda do filho imaginado; se adaptar às características específicas do seu filho recém-nascido; ultrapassar o medo de ferir uma criança indefesa e por fim aprender a tolerar e apreciar todas as exigências que lhe são feitas pela total dependência do seu filho (Brazelton e Cramer, 1992; Raphael-Leff, 1997).

O ciclo de vida de cada indivíduo acontece dentro do ciclo de vida familiar (Abreu [et al], 2009). O nascimento de um filho é sempre uma experiência da família como um todo. As várias classificações do ciclo de vida familiar consideram que o nascimento do primeiro filho é, sem dúvida, um acontecimento-chave que propicia a transição para uma nova fase da família (Relvas, 1996), sendo que traz consigo dois novos subsistemas (parental e filial), bem como, novas funções, novas tarefas e um conjunto de reorganizações relacionais entre os recentes mãe e pai (Alarcão, 2006). No discurso de algumas mulheres compreendemos como o novo elemento marca o início de uma nova família:

*E quando eles está cá fora, a gente sente mesmo que somos três agora e que a nossa vida acabou de mudar por completo. (E1)*

*Acho que senti que eu e o meu marido agora estávamos completos. Acho que com um filho, fruto de um amor, ou pelo menos tem que ser ou deveria ser. (E1)*

*A partir dali, sou eu, o meu marido e ele...o Vasco. (E1)*

*O momento mais marcante foi quando nos abraçarmos os três, em que ela está pousada em cima de mim, em contato pele a pele, e o meu marido se abraça a nós as duas e diz: “ A nossa filha!” Acho que é o momento mais marcante, em que estamos os três e somos uma família. (E4)*

Nesta etapa final do trabalho, apresentamos uma síntese interpretativa dos resultados obtidos, tendo como referência a Teoria das Transições de Meleis [et al.] (2010). De facto, ao utilizarmos a estrutura da teoria das transições na discussão dos resultados pretendemos dar um significado mais alargado à análise de conteúdo realizada até ao momento (Figura 11).

As mulheres do estudo desenvolveram **expectativas individuais** sobre o trabalho de parto, embora o tipo de expectativas e o significado atribuído por cada mulher foi diferente. Múltiplos fatores afetaram o modo como cada mulher antecipou a sua experiência de trabalho de parto, como o **significado atribuído ao trabalho de parto** (antes de ser experienciado) e o **tipo de preparação para o parto** realizada pela mulher/casal.

As participantes criaram expectativas positivas, significativamente predominantes, e expectativas negativas sobre aspetos relacionados com o trabalho de parto, nomeadamente: o papel do acompanhante de trabalho de parto; o apoio prestado pelos profissionais da saúde; a participação nas decisões sobre o trabalho de parto; a dor no trabalho de parto e estratégias para geri-la e os momentos de interação entre mãe-filho imediatamente após o nascimento.

O modo como cada mulher percecionou a sua experiência de trabalho de parto variou consideravelmente. A generalidade das participantes percecionaram experiências positivas de trabalho de parto. Contudo, em alguns casos, perceções positivas e perceções negativas sobre a experiência de trabalho de parto coexistiram na mesma mulher. Fatores relacionados com as **expectativas acerca do trabalho de parto**; as **atitudes da mulher face ao trabalho de parto** e os **recursos comunitários** (apoio por parte do companheiro, de familiares ou de profissionais da saúde) foram identificados, pelas mulheres, como fatores facilitadores (Figura 9) ou fatores dificultadores (Figura 10) da experiência de trabalho de parto.

<b>Fatores facilitadores da Experiência de Trabalho de Parto</b>	Presença da figura significativa durante o trabalho de parto
	Apoio prestado pelos profissionais da saúde
	Participação da mulher nas decisões e perceção de controlo
	Momentos de interação entre mãe-filho após o nascimento
	Dor experienciada menor que a dor esperada
	Capacidade da mulher superar a dor de trabalho de parto
	Trabalho de parto mais rápido do que o esperado
	Realização de intervenções obstétricas necessárias ou desejadas

**Figura 9.** Fatores facilitadores da experiência de trabalho de parto.

<b>Fatores dificultadores da Experiência de Trabalho de Parto</b>	Falta de apoio dos profissionais da saúde
	A não inclusão na tomada de decisões e perceção de falta de controlo sobre o trabalho de parto
	Dor experienciada maior que a dor esperada
	Sensação de fracasso Na capacidade de lidar com a dor de trabalho de parto
	Trabalho de parto mais longo do que o imaginado
	Realização de intervenções obstétricas desnecessárias ou não desejadas.

**Figura 10.** Fatores dificultadores da experiência de trabalho de parto.

No presente estudo, as respostas das mulheres face à experiência de trabalho de parto relacionaram-se sobretudo com os indicadores de processo e não com os indicadores de resultado. Neste contexto, as respostas de processo que se evidenciaram foram: **o sentir-se situada** e o **desenvolver da confiança e do coping**.

No estudo, as mulheres puderam apresentar e compreender as suas experiências de trabalho de parto. Constatamos que após a experiência vivida, as mulheres **reconstruíram o significado atribuído ao trabalho de parto**, dando-lhes um novo sentido. Esta comparação de significados, que confrontou o *antes da experiência* e o *após a experiência*, permitiu à mulher sentir-se situada quanto às circunstâncias da nova etapa no seu ciclo de vida.

As mulheres desenvolveram um sentido de confiança como resultado das experiências que vivenciaram. Assim, da perceção sobre a experiência de trabalho de parto distinguiram-se **repercussões positivas** e **repercussões negativas** na reformulação da identidade da mulher, condicionando as respostas imediatas da mulher na transição para o papel maternal.

As respostas das mulheres na transição para o papel maternal, logo após o trabalho de parto, foram também influenciadas pela **relação existente entre as expectativas e a perceção da experiência vivida**, pela mulher. Dessa avaliação, o resultado positivo desencadeou uma resposta satisfatória na mulher; por sua vez, o resultado negativo dessa diferença despoletou uma resposta marcada pela desilusão. Este tópico reitera um dos pressupostos orientadores do estudo, segundo o qual o trabalho de parto constitui um evento longitudinal, na medida que depende das expectativas criadas durante a gravidez; e ao mesmo tempo, o modo como é experienciado tem repercussões no desenvolvimento de confiança em relação ao exercício efetivo do papel maternal.

A experiência de trabalho de parto (e aquilo que representou para cada mulher) influenciou a entrada efetiva da mulher numa nova condição: a de mãe. Alguns autores dizem-nos que a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e auto-redefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004; Kralik, Visentin e van Loon, 2006; Meleis [et al.] (2010). Neste sentido, embora não haja unanimidade na **consciencialização** acerca da reformulação da identidade maternal, as mulheres do estudo consideram o trabalho de parto como um dos acontecimentos mais marcantes na sua vida, que produziu efeitos no início do exercício efetivo do papel maternal.

## Transição para a Maternidade

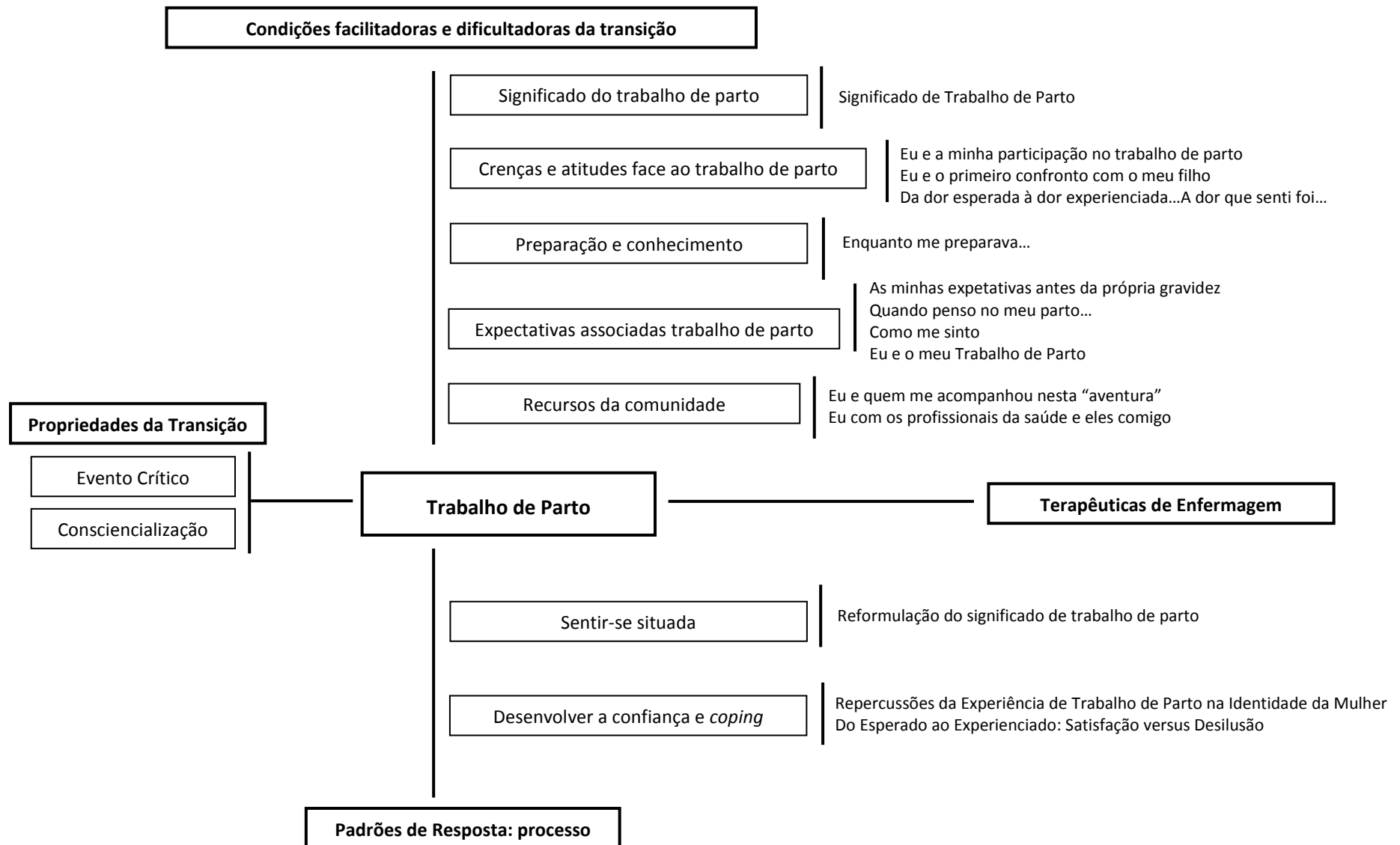


Figura 11. O Trabalho de Parto: um evento crítico na transição para a Maternidade, segundo a Teoria das Transições de Meleis

## CONCLUSÕES

Para concluir proceder-se-á à sistematização dos resultados mais relevantes do estudo desenvolvido, fazendo referência à intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica neste campo de intervenção, tomando consciência dos desafios levantados face às subjetividades inerentes à perceção da experiência de trabalho de parto. Serão, também, referidas as limitações do estudo e descritas algumas sugestões para a continuidade da investigação nesta área.

### Principais Conclusões

O presente estudo reafirma o trabalho de parto como um acontecimento único no ciclo de vida da mulher e uma experiência fortemente personalizada. Cada relato mostrou-nos uma experiência, uma identidade, um corpo, uma mulher: *mulheres*.

Os relatos sobre a experiência de trabalho de parto confirmam o modo pessoal como cada mulher antecipou e percecionou a sua experiência de trabalho de parto e o seu impacto no desenvolvimento do papel maternal, no período imediatamente após o trabalho de parto. Entretanto, os dados analisados demonstraram que existem fatores que facilitaram ou dificultaram a experiência de trabalho de parto e, por conseguinte, influenciaram positiva ou negativamente o modo como a transição para o papel maternal foi experienciada pela mulher.

Perante esta trajetória, consideramos o trabalho de parto uma experiência longitudinal no ciclo de vida da mulher, caracterizada por uma ambivalência de resultados: expectativas positivas *versus* expectativas negativas; experiência positiva *versus* experiência negativa; impacto positivo *versus* impacto negativo. Estes resultados dicotómicos levam-nos a afirmar que a experiência de trabalho de parto existe num *continuum* com dois sentidos, sendo que o sentido positivo determinará uma transição saudável; enquanto o sentido negativo dificultará o processo da transição da mulher para o desenvolvimento do papel maternal. Talvez, por isso, a experiência de trabalho de parto é capaz de introduzir na vida da mulher significados, que mudarão definitivamente a sua vida e a perceção sobre si.

## Implicações para a Prática

Este estudo permitiu concluir que a partir do conhecimento das expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto, poderemos direcionar o acompanhamento das mulheres e a sua preparação com o objetivo de otimizar e valorizar a sua satisfação com a experiência de trabalho de parto, contribuindo assim para uma maior confiança na construção do papel maternal. Este conhecimento permitirá ajudar e preparar as mulheres para uma experiência positiva de trabalho de parto, contribuindo para uma transição para a maternidade saudável. Assim, o campo de intervenção do Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica abrange os diferentes contextos em que as mulheres se podem inserir: o período pré-natal, durante o trabalho de parto e o período do pós-parto.

### No período pré-natal

Recomenda-se que os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica criem programas de preparação de preparação para o parto, através dos quais se ajude as mulheres a adquirirem um conhecimento realista em relação ao trabalho de parto, nomeadamente em relação ao tipo de parto, ao acompanhamento possível por parte de pessoas significativas, os diversos recursos disponíveis para o alívio da dor e a participação esclarecida nas decisões em relação ao trabalho de parto. Recomendamos o conhecimento individual das expectativas, das preferências, das responsabilidades e das capacidades de cada grávida/casal. Caminharemos, assim, no sentido de se diminuírem as incongruências entre as expectativas sobre o trabalho de parto e o modo como posteriormente é experienciado, aspeto que se demonstrou com um impacto negativo na perceção da experiência de trabalho de parto.

### Durante o trabalho de parto

Atualmente, grande parte das pessoas nasce, em Portugal, devido à intervenção de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Sendo assim, como poderemos nós voltar as costas a tal evidência e responsabilidade? O presente estudo reafirmou a existência de fatores que facilitam a experiência de trabalho de parto. O conhecimento de fatores que determinam a satisfação da mulher com a experiência de trabalho de parto é importante pela possibilidade de estabelecer um diferencial em termos de cuidado. Sendo assim, identificaram-se seguintes práticas, potencialmente promotoras de uma experiência positiva de trabalho de parto:

- Incentivar a presença e o apoio do acompanhante significativo escolhido pela mulher.

- Oferecer à mulher/casal informações sobre o que necessitar ou desejar.
- Envolver a mulher/casal na tomada de decisões acerca do seu trabalho de parto.
- Promover o apoio físico e emocional contínuo durante o trabalho de parto.
- Facilitar à mulher medidas de conforto e métodos de alívio da dor (farmacológicos e não farmacológicos).
- Facultar, sempre que possível, o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido e o início da amamentação ou outros momentos de interação.

### No período pós-parto

Recomenda-se que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica encoraje as mulheres a falar sobre sua experiência de trabalho de parto. Isto pode ajudá-las a modificar sua percepção, caso não tenham sido plenamente conscientes da sua experiência, o que poderá promover uma integração positiva da experiência de trabalho de parto.

O desafio para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e todos os outros elementos envolvidos é, no período pós-parto, implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às mulheres, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar pela mulher, perante o seu novo papel: o de mãe.

Em Portugal, o mais vulgar é as mulheres efetuarem a vigilância da gravidez com um profissional da saúde, a preparação para o parto com outro profissional, o trabalho de parto com outros profissionais e o pós-parto ainda com outros. Cada mulher é única e como tal, a sua história, as suas vivências, a sua experiência de vida, o seu conhecimento influenciarão o modo como o trabalho de parto é experienciado e percebido. Este é o motivo pelo qual sugerimos o acompanhamento de cada mulher, pelo mesmo profissional da saúde durante a gravidez, o trabalho de parto e no período após o parto.

### **Limitações do Estudo**

Em virtude do tipo de estudo realizado e do tamanho da amostra, que se enquadra no paradigma de investigação qualitativa, não são possíveis generalizações ou extrapolação dos resultados. Uma outra limitação do estudo, associada às opções metodológicas, refere-se ao facto de o processo de amostragem ter decorrido num único local – o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Reconhece-se o quanto poderia ter sido enriquecedor para o trabalho, atendendo ao tipo de amostra selecionada (amostra intencional de variação máxima) ter obtido participantes de outras áreas, nomeadamente da área do Grande Porto.

## Implicações na Investigação

Acreditamos que os resultados deste estudo contribuíram para mais um debate sobre o significado da experiência de trabalho de parto; todavia, também, devem ser vistos como um ponto de partida para novos desafios metodológicos na investigação.

Recomendamos a realização de estudos adicionais que avaliem a situação portuguesa e aprofundem a discussão sobre a satisfação das mulheres com a experiência de trabalho de parto. Como o significado de experiência de trabalho de parto e experiência da maternidade sofre importantes variações nos diversos contextos socioculturais, é importante conhecer as expectativas das mulheres portuguesas em relação ao trabalho de parto para poder avaliar a sua satisfação com esse acontecimento, considerando as peculiaridades dos diferentes locais e características da assistência prestada.

Recomendamos, também, a elaboração de investigações futuras sobre os diferentes fatores pessoais, sociais e situacionais que influenciam a forma como as expectativas sobre a experiência de trabalho de parto são desenvolvidas pela mulher ao longo da gravidez e, por conseguinte, o modo como afetam os comportamentos e as atitudes da mulher e da figura significativa e dos profissionais da saúde.

Recomendamos a elaboração de estudos que investiguem a influência do modo como o trabalho de parto foi antecipado e depois experienciado, ao longo do tempo, porque os estudos portugueses que se debruçaram sobre esta realidade são escassos e estão longe de produzir resultados consensuais.

Antes do último ponto final, aqui fica o testemunho de uma das mulheres do estudo, como o corolário do trabalho: *Hoje sou mãe. (...) Desde o dia do parto que eu e a minha filha não nos separamos. É tudo novo para mim, mas está a ser uma experiência maravilhosa.* (E9)

## BIBLIOGRAFIA

### A

ABREU, W. – *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais*. Coimbra: Editora Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-96-2.

ADAMS, Ellise D.; BIANCHI, Ann L. – A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol. 37, nº 1 (2008), p. 106-115.

ADAMS, S; EBERHARD-GRAN, M; ESKILD, A. – Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 119, nº 10 (2012), p. 1238-1246.

AIRES, Luísa – *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Lisboa: Universidade Aberta. 2011. ISBN: 978-989-97582-1-6

AYERS, Susan; PICKERING, A.D. – Women's Expectations and Experience of Birth. *Psychology and Health*. Vol. 20, nº 1 (2005), p. 79-92.

ALARCÃO, M. – *(Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica* Coimbra: Quarteto, 2006.

ALDEN, Dana L., HOA, Do Mai; BHAWUK, Dharm – Client satisfaction with reproductive health-care: integrating business approaches to modelling and measurement. *Social Sciences & Medicine*. Vol. 59, nº 11(2004), p. 2219-2232.

ALGOM, Daniel; LUBEL, Sonia – Psychophysics in the field: perception and memory for labor pain. *Perception & Psychophysics*. Vol. 55, nº 2 (1994), p. 133-141.

ALVES, Alexandra M. [et al.] – A Enfermagem e Puérperas Primigestas: Desvendando o processo de Transição ao Papel Materno. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 12, nº 4 (2007), p. 416-427.

AMADO, J. Silva – A Técnica da Análise de Conteúdo. *Referência*. Nº5 (2000), p. 53-63.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS: APEO – *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Lusociência Edições Técnicas e Científicas Lda., 2009. ISBN: 978-972-8930-49-3.7.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR – *A Dor*. [Em linha]. [Consultado em Maio de 2013]. Disponível em: <http://www.aped-dor.com>.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES – Statement on Safe Motherhood. Washington: Health, Education, Labor and Pensions Committee. Public Health Subcommittee. April, 2002.

## **B**

BAGLIO, G. [et al.] – Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. Vol. 36, nº 4 (2000), p. 465-478.

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009.

BEATON, Janet; GUPTON, Annette. – Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*. Vol. 6, nº 3 (1990), p. 133-139.

BERG [et al.] – Women's encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*. Vol.12, nº 1 (1996), p. 11-15.

BERTUCCI, V. [et al.] – Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaptation of the childbirth perception questionnaire. *Midwifery*. Vol. 28, nº 2 (2012), p. 265-274.

BEZERRA, Maria; CARDOSO, M. Vera – Fatores Culturais que interferem nas Experiências das Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 3 (2006), p. 414-421.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 2010. ISBN: 978-972-0-34112-9.

BRANDÃO, Sónia M. – *Envolvimento Emocional do Pai com o Bebê: Impacto da Experiência de Parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado.

BRAZELTON, T. Berry – *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 1992. ISBN 972-710-056-2.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand – *As primeiras relações*. São Paulo: Livraria Martins Fontes eds., 1992.

BRYANTON, Janet [et al.] – Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol.37, nº 1 (2008), p. 24-34.

BRÜGGEMANN, Odaléia; PARPINELLI, Mary; OSIS, M<sup>a</sup> José – Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21, nº 5 (2005), p. 1316-1328.

BUSSCHE, Eva V. [et al.] – Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*. Vol.11, nº 3 (2007), p. 275-282.

## C

CALLISTER, L.C. – Making Meaning: Women's Birth Narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol. 33, nº 4 (2004), p. 508–518.

CANAVAL, Gladys E. [et al.] – La Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Revista Aquichan*. Vol. 7, nº 1 (2007), p. 8-24.

CANAVARRO, M. C. – Gravidez e Maternidade: Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p. 323-358. ISBN 972-8535-77-5

CARPER, Barbara A. – *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. [Em linha]. 1978. P. 23-33. [Consultado Agosto de 2013] Disponível em: <http://samples.jbpub.com>.

CARVALHO, Maria Luiza M. – Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos Saúde Pública*. Vol.19 (suppl.2, 2003), p. S389 – S398.

CHAN, Karen K. L. e PATERSON-BROWN, Sara – How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 22, nº 1 (2002), p. 11-15.

CHEVRIER, J. – Especificação da problemática. In B. Gauthier, *Investigação Social: Da problemática à colheita de dados*. 3<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusociência, 2003, pp. 54-76. ISBN: 978-972-8383-55-8

- CHICK, Norma; MELEIS, Afaf Ibrahim – *Transitions: a nursing concern*. In P.L. Chinn (Ed.) – *Nursing Research Methodology*. San Francisco: University of Pennsylvania (School of Nursing Departmental Papers), 1986. p. 237-257.
- COLEMAN, P.; NELSON, E.S.; SUNDRE, D.L. – The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers. *Journal of Reproduction and Infant Psychology*. Vol. 17, nº 1 (1999), p. 27-39.
- COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur D. – *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1994.
- CONDE, Ana [et al] – Percepção da Experiência de Parto: Continuidade e Mudança ao longo do Pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 8, nº 1 (2007), p. 49-66.
- CORBETT, Robin W. – Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. p. 245-303.
- CORREIA, Maria José – Gravidez e Maternidade em Grupos de Risco. In LEAL, Isabel (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Edições Fim de Século, 2005. ISBN 972-754-235-2.
- COSTA, R., [et al.] – Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. *Revista de Psicologia da Saúde e da Doença*. Vol. 4, nº 1 (2003a), p.47- 67.
- COSTA, Raquel A. [et al.] – Tipo de Parto: Expectativas, Experiência e Satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. Vol. XXVI, nº 6 (2003b), p.265-306.
- COSTA, Raquel A. [et al.] – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto” (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.5, nº1 (2004), p. 159-187.
- COSTA, Raquel A. [et al.] – Questionário de Antecipação do Parto (QAP). *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 38 (2005), p. 265-295.
- COWAN, C. P.; COWAN, P. A. – Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*. Vol.44 (1995), p. 412-423.
- CRAIG, Jean V. ; SMYTH, Rosalind, L. – *Prática Baseada na Evidência: Manual par Enfermeiros*. Lisboa: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-61-4.
- CRANLEY, M. S., HEDHAL, K. J., E PEGG, S. H. – Women’s perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*. Vol. 32, nº 1 (1983), p. 10-15.
- CRONIN, Camille. – First-time mothers: identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 12, nº 2 (2003), p. 260-267.

## D

DAVIM, Rejane M.; TORRES, Gilson V.; DANTAS, Janmilli C. – Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 10, nº 1 (2008), p. 100-109.

DARVILL, Ruth; [et. al.] - Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. Vol. 26, nº 3 (2010), p. 357-366.

DECRETO-LEI nº 142/99. D.R. I Série - A. Nº 203 (31-08-99), p. 5996-6005.

DE SILVA, Amala – *A framework for measuring responsiveness*. [Em linha] GPE Discussion Paper Series Nº 32 (2000) EIP/GPE, WHO. [Consultado em Agosto de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>.

D'ESPINHEY, Luísa [et al.] – *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional Grupos por Área de Conhecimento*. [Em linha]. 2004. [Consultado em Maio de 2012]. Disponível em: [http://www.mctes.pt/archive/doc/Bolonha\\_Tecnologias\\_da\\_Saude.pdf](http://www.mctes.pt/archive/doc/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf)

DE VRIES, Francine Gillot [et al.] – Influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interactions précoces entre la mère et son bébé. *Enfance*. Vol. 36, nº 1 (1993), p. 85-98.

DIMATTEO, M.R. [et al] – Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*. Vol. 15, nº 4 (1996), p. 303-324.

DINIZ, Cármen S. G. – Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 10, nº 3 (1995), p. 627-637.

DOMINGUES, Rosa M.; SANTOS, Elisabeth M.; LEAL, Maria C. – Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.20 (supl. 1) (2004), p. S52-S62.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi D.; MENDES, Isabel A. – Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para a Enfermagem: Part 2: Desenhos de Pesquisa Qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15, nº 4 (2007), p. 1-5.

## F

FAIR, Cynthia D.; MORRISON, Taylor E. – The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. Vol. 28, nº 1 (2012), p. 39-44.

FENWICK, J. [et al.] – The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*. Vol. 21, nº 1 (2005), p. 23-35.

FIGUEIREDO, Bárbara – Vinculação Materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação mãe ao filho. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*. Vol. 3, nº 3 (2003), p. 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra. – Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise de Análise Psicológica*. Vol. 2, nº 20 (2002), p. 203-217.

FISHER J, ASTBURY J, SMITH A. – Adverse psychological impact of obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 31, nº 5 (1997), p. 728-738.

FORTIN, M. F. – *Fundamentos e etapas do Processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

FOWLES, Eileen R. – Labor concerns of women two months after delivery. *Birth*. Vol.25, nº 4(1998), p. 235-240.

FRIDH, Gerd [et al.] – Factors associated with more intense labor pain. *Research in Nursing & Health Journal*. Vol. 11, Nº 2 (1998), p. 117-124.

## G

GAMBLE, J. A. [et al.] – A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*. Vol. 18, nº 1 (2002), p. 72-79.

GAGNON, Anita J. – Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Montreal: The Cochrane Library. Nº 4 (2000).

GAGNON, Anita J.; SANDALL, Jane – Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Montreal: The Cochrane Library. Nº 3 (2007).

GARDERN, Marcia R.; DEATRICH, Janet A. – Understanding Interventions and Outcomes in Mothers of Infants. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Vol. 29, nº 1 (2006), p. 25-44.

GIBBINS, Jo; THOMSON, Ann M. – Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. Vol. 17, nº 4 (2001), p. 302-313.

GJERDINGEN, Dwenda K.; FROBERG, Debra G. e FONTAINE, Patricia – The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine*. Vol. 23, nº 5 (1991), p. 370-375.

GONÇALVES, Célia; ISA, Alves e RAMOS, Vítor – *Cidadão e Saúde: Da Resposta a Necessidades à Gestão de Expectativas, incluindo o papel dos Media*. [Em linha] 2010. [Consultado em Outubro de 2012]. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org>.

GOODMAN, Petra; MACKEY, Marlene C. e TAVAKOLI, Abbas S. – Factors related to Childbirth Satisfaction. *Journal of Advance Nursing*. Vol. 46, nº 2 (2004), p. 212-219.

GRAÇA, Luís Mendes. – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-654-8.

GRAÇA, Luís C., FIGUEIREDO, Maria Céu; CARREIRA, Maria Teresa – Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - nº 4 (2011), p.27-35.

GREEN, J.M.; COUPLAND, V. e KITZINGER, J. – Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth*. Vol.17, nº 1 (1990), p.15-24.

GREEN, J.M. – Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*. Vol. 20, nº 2 (1993), p. 65-72.

GUERRA, Maria João J. – *O Parto Desejado: Expectativas de um Grupo de Grávidas*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2010. Tese de Mestrado.

## H

HALL, Susan M.; HOLLOWAY, Immy M. – Staying in control: Women's experiences of labour in water. *Midwifery*. Vol. 14, nº 1 (1998), p. 30-36 .

HALLDORSOTTIR, S.; KARLSDOTTIR, S. I. – Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*. Vol. 12, nº 2 (1996), p. 48–61.

HALLGREN, A. [et al.] – Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*. Vol. 11, nº 3 (1995), p. 130-137.

HALLGREN, A. [et al.] – Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*. Vol. 15, nº 1 (1999), p. 6-15.

HARDIN, Amanda M.; BUCKNER, Ellen B.– Characteristics of a Positive Experience for Women Who Have Unmedicated Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*. Vol. 13, nº 4 (2004), p. 10-16.

HEAMAN, M. [et al.] – A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. *Clinical Nursing Research*. Vol. 1, nº 3 (1992), p. 252-265.

HODNETT, Ellen D. – Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Vol.186, nº5 (Suppl.) (2002), p. S 160-172.

HODNETT, Ellen D. [et al.] – Continuous support for women during childbirth (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nº 3 (2007).

HOLLOWAY, Immy; WHEELER, Stephanie – *Qualitative Research in Nursing*. 2ª Edição. Oxford: Blackell Publication, 2002.

## I

IP, W.Y; CHIEN, W.T e CHAN, C.L. – Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 42, nº 2 (2003), p. 151-158.

## J

JOHANSSON, Peter [et al.] – Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Nordic College of Caring Sciences, Scandinavian Journal Caring Science*. Vol. 16, nº4 (2002), p. 337-344.

JORDAAN, C. – A literature review on childbirth education. *Paediatrics*. Vol. 13, nº 2 (2009), p. 34-37.

## K

KASAI, K.E. [et al.] – Women’s opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. Vol. 26, nº 3 (2010), p. 319-326.

KITZINGER, Sheila. – *A Experiência de Parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. – *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H.; KLAUS, Phyllis H. – *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. ISBN 85-7307-577-5.

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; VAN LOON, Antonia. – Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55, nº 3 (2006), p. 320-329.

## L

LALLY, J. E. [et al.] – More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*. Vol. 6, nº7 (2008), p. 1-10.

LAMAZE INTERNATIONAL. – Position Paper: Promoting, Supporting, and Protecting Normal Birth. *The Journal of Perinatal Education*. Vol. 16, nº 3 (May 2007), p. 11–15.

LANDRY, Susan H., SMITH, Karen E. e SWANK, Paul R. – Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental psychology*. Vol. 42, nº 4 (2006), p. 627-642.

LARKIN, Patricia; BEGLEY; Cecily M. e DEVANE, Declan – Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*. Vol.28, nº 1 (2012), p. 98-105.

LAVENDER, Tina [et al.] – A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*. Vol. 15, nº1 (1999), p. 40-46.

LEAL, Isabel – *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.

LEI nº 14/85 – Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto. Diário da República – I Série – Nº 153 – (06-07-1985), p. 1874.

LEITE, Lúcia [et al.] – *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»*. Subscrito por: Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, Direção-Geral de Saúde e Ordem dos Enfermeiros, 2012.

LOPES, Caroline V. [et al.] – O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 18, nº 2 (2005), p. 247-254.

LOPES, Caroline V. [et al.] – Experiências Vivenciadas pela Mulher no Momento do Parto e Nascimento do seu Filho. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 14, nº 3 (2009), p. 484-90.

LOTHIAN, Judith; De VIRE, Charlotte – *The Official Lamaze Guide: Giving Birth With Confidence*. New York: Meadowbrook Press, 2005.

LOWDERMILK, Deitra L. – Trabalho De Parto e Nascimento. In *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. p. 333-354. ISBN 978-989-8075-16-1.

LOWDERMILK, Deitra L. – Controlo do Desconforto. In *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. p. 355-387. ISBN 978-989-8075-16-1.

LOWE, Nancy K. – Explaining the pain of active labor: the importance of maternal confidence. *Research in Nursing & Health*. Vol. 12, nº 4 (1989), p. 237-45.

LOWE, Nancy K. – Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 20, nº 6 (1991), p. 457-463.

LOWE, Nancy K. – The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 25, nº 1 (1996), p. 82-92.

LOWE, Nancy K. – The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 186, (Suppl.5) (2002), p. S16-S24.

LUNDGREN, Ingela; DAHLBERG, Karin – Midwives' experience of the encounter with women' and their pain during childbirth. *Midwifery*. Vol. 18, nº 2 (2002), p. 155-164.

LUNDGREN, Ingela; KARLSDOTTIR, Sigfridur I.; BONDAS, Terese. – Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context - a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Vol. 4, nº 2 (2009), p. 115-128.

## **M**

MACFARLANE, A. – *A Psicologia do nascimento*. 1ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.

MACKEY, M. C. – Women's preparation for the childbirth experience. *Maternal-Child Nursing Journal*. Vol. 19, nº 2 (1990), p. 143-173.

MACKEY, M. C. – Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursing connections*. Vol. 11, nº 3 (1998), p. 19-32.

MACLEAN, L.; MCDERMOTT, M.; MAY, C. – Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 18, nº 2 (2000), p. 153-162.

MAGGIONI, Cristina; MARGOLA, Davide; FILIPPI, Francesca. – PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 27, nº 2 (2006), p. 81-90.

MALDONADO, Maria – *Psicologia da Gravidez*. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

- MANDER, R. – The meanings of labour pain or the layers of an onion? A woman oriented view. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 18, nº 2 (2000), p. 133-141.
- MANNING, Barbra. – Transição para a Parentalidade. In *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. p. 521-556. ISBN 978-989-8075-16-1
- MARTINS, J.C – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, nº 2 (2008), p.62-66.
- MAZZIERI, Sílvia P.; HOGA, Luiza Akiko K. – Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*. Vol. 10, nº 2 (2006), p. 166-170.
- McCREA, B. Hally; WRIGHT, Marion E. – Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 29, nº 4 (1999), p. 877-884.
- MCGRATH, Susan K.; KENNEL, John H. – Induction of labor and doula support. *Pediatric Research*. Vol. 43, nº 4 part II (1998), p. 14 A.
- MELEIS, Afaf – Theoretical nursing: development & progress. 3ªed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 2005.
- MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1 (2000), p. 12-28.
- MELEIS, Afaf [et al.] – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, Afaf; SHUMACHER, Karen – Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, nº 2 (1994), p. 119-127.
- MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, Patricia – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Vol. 42, nº 6 (1994), p. 255-259.
- MELENDER, Hanna-Leena – Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth June*. Vol.29, nº 2 (2002), p. 101-111.
- MERCER, Ramona – *Becoming mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer, 1995. ISBN 0826189709.
- MERCER, Ramona. – Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 36, nº 3 (2004), p. 226-232.

MERCER, Ramona; HACKLEY, K.; BOSTROM, A. G. – Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research*. Vol. 32, nº 4 (1983), p. 202-207.

MERCER, Ramona; WALKER, Lorraine O. – A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 35, nº 5 (2006), p. 568-582.

MILLER, Tina – Making Sense of Motherhood: A Narrative Approach. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 68, nº 2 (2006), p. 531-533.

MORGADO [et al.] – Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. II – nº 12 (2010), p. 17-27.

MOURA-RAMOS, M., CANAVARRO, M. C. – Adaptação Parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. Vol. 3, nº XXV (2007), p. 399-413.

MURPHY, Shirley A. – Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*. Vol. 4, n. 3 (1990), p. 1-7.

MURRAY, Christopher J.; KAWABATA, Kei; VALENTINE, Nicole. – People's Experience versus People's Expectations. *Health Affairs*. Vol. 20, nº 3 (2001), p. 21-24.

## **N**

NAMEY, E. E. e LYERLY, A. D. – The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Social Science and Medicine*. Vol. 71, nº 4 (2010), p. 769-776.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. – *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. [Em linha]. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. London, 2007. [Consultado em Maio de 2012]. Disponível em: <http://www.nice.org>.

NELSON, Antonia M. – Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 32, nº 4 (2003), p. 465-77.

NIVEN, C. – Coping with labour pain: the midwife's role. In Robinson, Sarah; Thomson, Ann M. – *Midwives, Research and Childbirth*. Volume 3. London: Chapman and Hall, 1994, p. 91-119.

NYSTRÖM, Kerstin; ÖHRLING, Kerstin – Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 46, nº 3 (2004), p. 319-330.

NOLAN, M. – Antenatal education – Where next? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 25, nº 6 (1997), p. 1198-1204.

NOLAN, M. – Antenatal education: Past and future agendas. *The Practising Midwife*. Vol. 2, nº 3 (1999), p. 24–27.

## O

OAKLEY, Ann – Who cares for women? Science versus love in midwifery today. *Midwives Chronicles and Nursing Notes*. Vol. 102 (1989), p. 214-221.

OLIVEIRA, Sonia [et al.] – Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 10, nº 5 (2002), p. 667-74.

OLIVEIRA, C.; PEDROSA, A.; CANAVARRO, M. – Gravidez, parentalidade e mudança, stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In Pinto, Alexandra M.; Silva, Adelina L. – *Stress e Bem-estar*. Lisboa: Climepsi editores, 2006, p.59-79. ISBN: 978-972-796-197-9

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [Em linha]. Lisboa, 2006. [Consultado em Janeiro 2012]. Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. [Em linha] Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2011. [Consultado em Janeiro 2012]. Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

OXORN, Harry – Curso Clínico do trabalho de parto Normal. In *Trabalho de Parto*. 5ª Edição. São Paulo: Livraria Roca LTDA. 1989, p. 95-125.

OWEIS, Arwa; ABUSHAIKHAA, Lubna – *Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience*. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 10, nº 6 (2004), p. 264-271.

## P

PACHECO, A. [et al] – Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol.1, nº 7 (2005), p. 7-41.

PAECH, M. J. – The King Edward Memorial Hospital 1,000 mother survey of methods of pain relief in labour. *Anaesth Intensive Care*. Vol. 19, nº 3 (1991), p. 393-399.

PAYANT, Laura [et al.] – Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 37, nº 4 (2008), p. 405–414.

PATTON, Michael Q. – *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2ª Ed. Newbury Park: Sage, 1990.

PERDOMINI, Fernanda – A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. Dissertação de Mestrado.

PETERSON, Gayle – Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*. Vol. 11, nº2 (1996), p. 101-109.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. ISBN 85-7307-984-3

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas – *Pesquisa Qualitativa: na atenção à saúde*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005. ISBN 85-363-0455-3

PORTUGAL. Ministério da Saúde. – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [Consultado em Fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt>

PREMBERG, Åsa [et al.] – First-time fathers' experiences of childbirth: a phenomenological study. *Midwifery*. Vol. 27, nº 6 (2011), p. 848-853.

## Q

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Ed. Lisboa: Gradiva Publicações SA., 2008. ISBN 978-972-662-275-8.

## R

RAJAN, L. – Perceptions of pain and pain relief in labour: the gulf between experience and observation. *Midwifery*. Vol.9, nº 3 (1993), p. 136-145.

RAMALHO, Anabela – A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital. *Pensar Enfermagem*. Vol. 14, nº1 (1º Sem./2010), p. 9-23.

- RAPHAEL-LEFF, Joan – *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RELVAS, Ana Paula – *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, 1996. ISBN 972-36-0413-2.
- REMER, Molly. – Satisfaction with Birth. *International Journal of Childbirth Education*. Vol. 23, nº 3 (2008), p. 13-16.
- RENKERT, S; NUTBEAM, D. – Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int*. Vol. 16, nº 4 (2001), p. 381-388.
- RICCI, Susan – *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.
- RIZK [et al.] – Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine*. Vol. 29, nº 4 (2001), p. 298-307.
- ROBSON, Kay S.; KUMAR, R. – Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*. Vol.136 (Apr./1980), p. 347-353.
- ROHDE, Luis A. [et al.] – A função paterna no desenvolvimento do bebé. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Vol.13, nº 3 (1991), p. 127-135.
- ROSA, R. [et al]. – Mãe e Filho: Os Primeiros Laços de Aproximação. *Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 14, nº1 (2010), p. 105-112.
- ROWLEY, M. J. [et al.] – Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomized trial. *Medical Journal of Australia*. Vol. 163, nº 6 (1995), p. 289-293.
- RUBIN, R. – *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer, 1984.

## S

- SAISTO, Terhi; HALMESMÄKI Erja – Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 82, nº3 (2003), p. 201-208.
- SALE, D. – *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para os Profissionais da equipe de saúde*. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1998.
- SALOMONSSON, Birgitta; WIJMA, Klaas; ALEHAGEN, Siw. – Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*. Vol. 26, nº 3 (2010), p. 327-337.

- SANDERS, Lenaea. – *Empowering Women through the Birth Process: Midwifery Vs. The Medical Model*. Sacramento: Faculty of the Division of Social Work California State University. 2013. Thesis of Master.
- SAVAGE, J. S. – The Lived Experience of Knowing in Childbirth. *Journal of Perinatal Education*. Vol. 15, nº3 (2006), p. 10–24.
- SCHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf I. – Transitions: a central concept in nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, nº 2 (1994) p. 119-127.
- SEELEY, STEPHENS e TATE. *Anatomia & Fisiologia*. Lisboa: Ed.Lusodidacta, 1997.
- SIMKIN, Penny. – Just another day in a woman's life? Part I: Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Birth*. Vol.18, nº4 (1991), p. 203-210.
- SIMKIN, Penny. – Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. *Birth*. Vol. 19, nº 2 (1992), p. 64-81.
- SIMKIN, Penny. – Commentary: the meaning of labour pain. *Birth*. Vol. 27, nº 4 (2000), p. 254-255.
- SIMKIN, Penny. – What Makes a Good Birth and why does it Matter. *International Journal of Childbirth Education*. Vol. 21, nº 3 (2006), p. 7-8.
- SINGH, Debbie; NEWBURN, Mary – Feathering the nest: what women want from the birth environment. *Midwives*. Vol. 9, nº 7 (2006), p. 266-269.
- SLADE, P. [et al.] – Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol.32, nº 4 (1993), p. 469-83.
- SOET, Johanna [et al.] – Prevalence and predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*. Vol. 30, nº 1 (2003), p. 26-46.
- STERN, Daniel N.; BRUS CHWEILLER-STERN, Nadia e FREELAND, Alison – *Nascimento de uma mãe: a experiência da maternidade*. 2ª Edição. Porto: Ambar, 2005. ISBN 972430945-2.
- STEVENS, Natalie R. – *Perceived Control and Maternal Satisfaction with the Childbirth Experience*. Faculty of the University of Kansas. 2011. Doctor of Philosophy Dissertation.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ªEd. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 9789728383299.

## I

TARKKA, Marja-Terttu & PAUNONEN, Marita – Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 23, nº 1 (1996), p. 70-75.

TARKKA, Marja-Terttu; PAUNONEN, Marita; LAIPPALA, P. – Importance of the midwife in the firsttime mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 14 nº 3 (2000), p. 184-190.

TAUBMAN-BEN-ARI, Orit; [et al.] - The transition to motherhood – a time for growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol. 28, nº 8 (2009), p. 943-970.

TEDESCO, R. [et al.] – Fatores Determinantes para as expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 26, nº 10 (2004), p. 791-798.

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Supporting Women in Labour* [Em linha]. London, 2012. [Consul. Maio 2012]. Disponível em: <http://www.rcm.org.uk>.

TOMELERI, K. R. [et al.] – “Eu vi o meu filho nascer”: vivência dos pais na sala de partos. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol. 28, nº 4 (2007), p.497-504.

THOMPSON, Andrew H. e SUNOL, Rosa – Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol.7, nº 2 (1995), p. 127-141.

TORNQUIST, Carmen S. – *Paradoxos de humanização em uma maternidade no Brasil*. *Cadernos Saúde Pública*. Vol. 19, nº 3 (2003), p. S419-S427.

TUCKMAN, Bruce W. – *Manual de Investigação em Educação*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

## V

VAZ-SERRA, Adriano; ANTUNES, Rui; FIRMINO, Horácio – *Relação entre o autoconceito e expectativas*. *Psiquiatria clínica*. Vol. 7, nº 2 (1986), p. 85-90.

VILELAS, José. – *Investigação - Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Silabo, 2009.

## W

WALDENSTÖM , Ulla [et al.] – The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth*. Vol. 23, nº 3 (1996), p.144-153.

WALDESNTÖM, Ulla – Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 47, nº5 (1999), p.471-482.

WALDESNTÖM, Ulla – Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*. Vol. 30, nº 4 (2003), p. 248-254.

WALDENSTRÖM, Ulla – Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*. Vol. 31, nº 2 (2004a), p.102-107.

WALDENSTRÖM, Ulla [et al.] – A Negative Birth Experience: Prevalence and Factors in a National Sample. *Birth*. Vol. 31, nº 1 (2004b), p. 17-27.

WALL, Patrick – *Dor: A Ciência do Sofrimento*. Porto: Ambar, 2002. ISBN 972-43-0540-6.

WARREN, P. L. – First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 50, nº 5 (2005), p. 479-488.

WIDARSSON, M. [et al.] – Support Needs of Expectant Mothers and Fathers: A Qualitative Study. *The Journal of Perinatal Education*. Vol. 21, nº 1 (2012), p. 36-44.

WILDE-LARSSON, Bodil [et al.] – Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartum care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 20, nº 7-8 (2011), p. 1168–1177.

WINDSTROM, Ann-Marie [et al.] – Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development*. Vol. 21, nº 3 (1990), p.153-163.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. – *Care in Normal Birth: A Practical Guide* [Em linha]. Geneva: department of reproductive health and research, World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO – *Safe Motherhood*. Geneva: World Health Organization: 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO – The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review. World Health Organization. 2004.

## **Z**

ZAGONEL, Ivete P. – O Cuidado de Enfermagem na Perspectiva dos Eventos Transicionais Humanos. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 11, nº 2 (1998), p. 56-63.

ZWELLING E. – Childbirth education in the 1990s and beyond. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 25, nº 5 (1996), p. 425–432.

## **ANEXOS**

## **Anexo I**

### Guião Orientador da Entrevista





## **Anexo II**

### Caracterização dos Participantes do Estudo de Investigação



**Anexo III**  
Contacto Inaugural



## **Anexo IV**

Pedido de Autorização à Comissão de Ética do CHPV/VC para a Realização  
Do Estudo





**Anexo V**  
Informação ao Participante







## **Anexo VI**

Unidades temáticas, categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo



## **Anexo VII**

A relação entre as expectativas e a experiência de trabalho de parto das  
mulheres do estudo

