

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA MULHER
EM TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Manuela Teixeira

Paula Dores Pinto Janeiro

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela Teixeira por ter aceitado orientar esta Dissertação, pela disponibilidade, incentivo, paciência e cooperação.

Ao Tó por não me deixar desistir, por todo o apoio, incentivo e carinho.

O meu Bem-haja aos dois

DEDICATÓRIA

Ao Tó, meu marido e meu companheiro

Aos meus Pais, Adão e Conceição

À minha irmã, Rosa Maria

Aos meus sobrinhos, Catarina, Cláudia, João e Rodrigo

Aos meus sogros, Carmo e Manuela

“Se eu pudesse deixar algum presente para ti, deixaria o acesso ao sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo fora... Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para ti, se pudesse, o respeito aquilo que é indispensável: Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação. E, quando tudo mais faltasse, um segredo: O de buscar no interior de ti mesmo a resposta e a força para encontrar a saída.”

Mahatma Gandhi

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 Recomendações da Organização Mundial de Saúde	15
1.2 Teoria das Transições	16
1.3 Preparação para o Parto / Trabalho de Parto	19
1.4 Comunicação, Acolhimento e Comportamento dos Profissionais de Saúde	26
1.5 A Presença do Acompanhante em Trabalho de Parto e Nascimento	28
1.6 Tipo de Parto e Experiências da Mulher	30
CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
2.1 Tipo de Estudo	33
2.2 Critérios de Seleção da Amostra	36
2.3 Procedimentos Metodológicos	37
2.4 Implicações Éticas	39

CAPÍTULO 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
3.1 Caracterização das Participantes do Estudo	41
3.2 Apresentação dos Resultados	45
3.3 Discussão dos Resultados	54
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	75
ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA	77
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO	83
ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRECTOR CLÍNICO	87
ANEXO IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	91
ANEXO V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRECTOR DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA	95
ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA	99

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Quadro resumo das etapas processuais do Método Fenomenológico de análise segundo Giorgi	38
FIGURA 2: Quadro de unidades de significado/categorias que emergiram da análise de dados	45
FIGURA 3: Memória da experiência – Aspectos positivos versus aspectos negativos	53

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição percentual das participantes segundo o grupo etário	41
GRÁFICO 2: Distribuição percentual das participantes segundo as habilitações literárias	42
GRÁFICO 3: Distribuição do número de consultas de vigilância por participante	42
GRÁFICO 4: Distribuição percentual das participantes segundo a frequência ou não de Curso de Preparação para o Parto.....	43
GRÁFICO 5: Distribuição percentual das participantes por tipo de parto	43
GRÁFICO 6: Distribuição das participantes segundo a relação entre paridade e tipo de parto	44
GRÁFICO 7: Distribuição percentual da opinião das participantes relativamente à presença do acompanhante no parto/nascimento	44

RESUMO

Este estudo tem como principal objetivo conhecer as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento. Pois conhecendo essas experiências e os fatores que as influenciam podemos reflectir sobre os cuidados de enfermagem e contribuir para que esses cuidados prestados à mulher em trabalho de parto e nascimento proporcionem um trabalho de parto positivo que reforcem a confiança em si mesma e nos enfermeiros. Como o que se pretende essencialmente com este estudo é conhecer as experiências vivenciadas, optou-se pela metodologia qualitativa. Foi efectuado um guião de entrevista e realizadas entrevistas semiestruturadas a puérperas nas primeiras 48 horas pós parto na maternidade de um hospital central do Porto. Os resultados encontrados constituem um contributo para o debate e mostram que a maioria das mulheres entrevistadas (91,7%) referem a experiência vivenciada durante o trabalho de parto e nascimento como positiva. Esta experiência positiva segundo os resultados obtidos está fortemente ligada a aspetos como a duração (tempo) do trabalho de parto, à analgesia epidural e ao comportamento/atitudes do profissional de saúde (comunicação, responsabilidade, disponibilidade e privacidade).

Palavras-chave: Enfermagem, experiências vivenciadas, trabalho de parto, nascimento

ABSTRACT

Title: Experiences lived by woman in labor and birth

The main goal of this study is to know the experiences of women in labor and birth. Knowing these experiences as well as their influencing factors, we can reflect on nursing care and contribute for it to become a positive reinforcement of the confidence women deposit in themselves and in nurses. Since what we intend with this study is to acknowledge the experiences lived by these women, we opted for a qualitative methodology. An interview guide was made and semi-structured interviews were conducted with postpartum women within 48 hours after birth in the maternity ward of a hospital's central in Oporto. The results found are a contribution to the debate and show that the majority of the interviewed women (91.7%) reported the experience lived during labor and birth as positive. According to the results, this positive experience is strongly linked to aspects such as the duration (time) of labor, epidural analgesia administration and the attitudes/behavior of health professionals (communication, responsibility, availability and privacy).

Keywords: Nursing, experiences, labor, birth

INTRODUÇÃO

Este estudo nasceu de uma curiosidade... enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções na sala de partos, assisto diariamente as mulheres no seu trabalho de parto e nascimento. Conhecermos as experiências que são vivenciadas pelas mulheres em trabalho de parto e nascimento, e os fatores que influenciam essas experiências quer de forma positiva ou negativa, parece-nos essencial para potenciarmos os cuidados de enfermagem no sentido do que efectivamente é importante para a mulher, nesta fase única da sua vida.

A experiência de “ dar à luz” é um momento singular e uma experiência marcante e significativa na vida de uma mulher. Pensamos que a experiência das mulheres em trabalho de parto e nascimento está intimamente ligada a diversos fatores, como por exemplo, as expectativas, a cultura, conhecimentos sobre o parto e nascimento, preparação pré natal, a história obstétrica anterior, a ansiedade, e principalmente, a atenção e os cuidados recebidos nesses mesmos períodos.

A tendência mundial do avanço tecnológico e científico mostra uma grande fragilidade no que se refere ao cuidado e conforto, principalmente na vivência do trabalho de parto e nascimento. Era esperado que este auxiliasse o trabalho dos profissionais, contribuindo assim para que os cuidadores tivessem mais condições para ser e estar junto à mulher por eles cuidada (Carraro, 2006). Durante o século XX, os avanços científicos e tecnológicos alteraram as nossas vivências, inclusive a maneira de nascer, o que por vezes leva à utilização excessiva dos meios tecnológicos em detrimento do que a natureza determina.

No entanto, é também importante não esquecer os benefícios que esses avanços trouxeram à saúde e à qualidade de vida da mulher e das famílias, nomeadamente a diminuição da mortalidade e morbidade materna e neonatal. Basear os cuidados de

enfermagem na prática baseada em evidência (PBE), que compreende o uso consciente, explícito e sensato da melhor evidência atual para a tomada de decisão dos profissionais de saúde (Sackett D., 1998), no atendimento da mulher em trabalho de parto, pode aumentar a confiança dessa mulher, numa ocasião tão importante da sua vida. E, segundo Barros (2002, p. 209), “... as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o processo gravídico – puerperal”.

Enkin, Keirse, Neilson, Ducley e Hodmeyr (2000) referem que na bibliografia consultada, verifica-se a existência de trabalhos que têm avaliado e criticado as práticas obstétricas, contribuindo para a implementação de modelos de cuidados que privilegiem a implementação de serviços de atenção ao parto menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de proporcionar a vivência do trabalho de parto e nascimento, como experiência positiva. Encontram-se também estudos (Domingues R. [et al.], 2004; Cicuto A. [et al.], 2012) que falam de questões relacionadas com a autonomia e satisfação da mulher durante o trabalho de parto e nascimento, mas que têm sido realizados em contextos socioculturais diferentes do nosso, o que dificulta uma transposição dos resultados para a nossa realidade.

E é nesta confluência de conhecimentos teóricos, científicos e grandes tecnologias, que surge a temática para este estudo: Experiência vivenciada pela mulher em trabalho de parto e nascimento.

Decompondo esta questão, outras lhe surgem, como por exemplo: o tipo de parto influencia o grau de satisfação da mulher? A analgesia influencia a experiência vivenciada pela mulher? A comunicação influencia o trabalho de parto e nascimento?

Por sua vez, estas questões conduzem à formulação de um objectivo geral:

- Compreender o significado que as mulheres atribuem ao trabalho de parto e nascimento, e se o comportamento/atitude do profissional de saúde influencia a experiência vivenciada pela mulher e de que forma.

Temos como finalidade, ao realizar este estudo, contribuir para que os cuidados de enfermagem prestados à mulher em trabalho de parto e nascimento proporcionem uma experiência positiva, reforçando na mulher a confiança em si mesma e nos enfermeiros.

O modelo conceptual que serviu de apoio para a realização deste estudo, foi a teoria das transições de Meleis, uma vez que enfatiza a importância dos cuidados de enfermagem nas mudanças condicionadas por transições de vida, como é o caso da maternidade.

O presente trabalho divide-se em três capítulos, enquadramento teórico, enquadramento metodológico, e a análise e discussão de resultados.

No enquadramento teórico, procuramos explorar todas as áreas que possam contribuir para a clarificação da temática. Assim, far-se-á uma abordagem sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS); a teoria das transições; a preparação para o parto e trabalho de parto; a comunicação, acolhimento e comportamento dos profissionais de saúde; a presença do acompanhante no trabalho de parto e nascimento; tipo de parto e experiências da mulher.

No enquadramento metodológico, abordamos a metodologia de investigação (tipo de estudo, critérios de seleção da amostra, procedimentos metodológicos e implicações éticas).

No terceiro capítulo, apresentamos a análise e discussão dos resultados (características das participantes do estudo, análise dos dados qualitativos e discussão de resultados). Por fim, realçamos as principais conclusões que emergiram desta investigação.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O parto é uma experiência muito importante na vida de uma mulher. A experiência de dar à luz é tão marcante, que durante anos, o acontecimento em si, os sentimentos, as experiências vivenciadas durante o nascimento do bebé são lembradas nos mínimos detalhes (Kitzinger, 1987). E, “ao contrário da gravidez, na qual a evolução é lenta e permite que as diversas mudanças aconteçam gradualmente, o parto é um processo abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas” (Santos e Silva, 2007, p. 38), na própria mulher, na sua maneira de ser/attitudes e mesmo no seu comportamento. Por isso é que o parto não pode e não deve ser visto como um evento exclusivamente biológico, deve sim ser visto também, como um processo social e cultural, e parece-nos também importante referir que o comportamento da mulher em trabalho de parto e nascimento é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência. Por outro lado, o parto além de ser influenciado por um vasto número de fatores, como já referimos anteriormente, também influenciará e muito noutros aspetos, daí, Lopes [et al.] (2005, p. 247), referirem que “... o parto também dá à mulher a oportunidade de reviver o seu próprio nascimento e de renascer como mulher, além de nascer como mãe”.

1.1 Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto eutócico, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação segundo a OMS foi baseada em

evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas em todo o mundo. Este documento está dividido em 4 categorias:

- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, como por exemplo: um plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família; oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; respeito do direito da mulher à privacidade no local do parto.

- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como por exemplo: o uso rotineiro de tricotomia; uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; e uso rotineiro de enema.

- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, como por exemplo: amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto; pressão do fundo durante o trabalho de parto; e clampes precoce do cordão umbilical.

- Práticas frequentemente usadas de modo inadequado, como por exemplo: restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; e cateterização da bexiga.

Estes princípios asseguram fortemente a protecção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efectivo (OMS, 1996). Assim, os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção de vivências positivas à mulher que se encontra em trabalho de parto e nascimento, bem como no pós parto, potenciando o nível de conhecimentos, favorecendo o aumento da autoestima e diminuindo a ansiedade.

1.2 Teoria das Transições

Os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam transições (Meleis, 2011). As questões sobre a natureza das transições e as experiências humanas de transição começaram a emergir no início dos anos 80 (do séc. XX).

Transições são “uma passagem através de uma fase da vida, situação, estado ou outro...” (Meleis [et al.], 2011, p. 25). São uma fase de turbulência entre dois períodos de estabilidade. Temos como exemplos de transições: as etapas de desenvolvimento (adolescência), as etapas de desenvolvimento familiar (maternidade e paternidade), as transições situacionais (imigração), as transições de saúde/doença, bem como as transições organizacionais (mudanças na comunidade) (Meleis [et al.], 2000).

Neste modelo a atenção deve estar assente nas representações que a própria pessoa tem de determinada transição. Pretende-se que o processo de transição entre as diferentes etapas seja saudável, ou seja, em que haja uma redefinição de significados/consciençialização, modificação das expectativas, reestruturação de rotinas diárias, desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, manutenção da continuidade, criação de novas escolhas e encontrar oportunidade para o crescimento. Pois, desta forma, os enfermeiros constituirão um recurso para os alvos de cuidados, quando conhecem em profundidade as questões que promovem a saúde, através do auxílio na aquisição de habilidades e competências relacionadas com a transição (Gladys [et al.], 2007).

Existem alguns conceitos na teoria das transições, que são centrais para a Enfermagem e que o enfermeiro deve conhecer, como: a natureza da transição, os condicionalismos da transição, que podem ser facilitadores e inibidores (pessoais, comunidade e sociedade) e os padrões de resposta, indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis [et al.], 2000).

A Enfermagem é definida como “a arte e a ciência de facilitar as transições para a saúde e bem-estar das populações” (Meleis e Trangenstein, 1994, p. 257). Ou seja, este modelo encara a prestação de cuidados de saúde de uma forma multidisciplinar, isto é, a enfermagem para além de profissão é também uma disciplina do saber diferente das outras, cujo foco de atenção se relaciona com o estudo da resposta humana face à confrontação com as transições de vida, que correspondem a períodos de maior vulnerabilidade e de risco para a saúde.

Relativamente à maternidade/paternidade, esta nova etapa do ciclo de vida da mulher, implica o ajustamento a um conjunto de mudanças e redefinições de papéis pessoais, sociais e familiares, constituindo uma transição para a mulher/família, que se prepara para redefinir papéis e relações. Acresce a circunstância de esta ser uma fase de transição da

vida da mulher, em que os fatores que estão presentes podem ser ou não facilitadores dessa mudança.

A transição para a maternidade, segundo Meleis [et al.] (2000), insere-se nas etapas de desenvolvimento familiar, uma vez que implica “un logro de integración, maduración y especialización las esferas del componente humano de lo biológico, mental, social y espiritual” (Gladys [et al.], 2007, p. 15)*. Não se insere apenas na mudança do status da saúde e também não se limita apenas a uma alteração de papéis. Ela contempla a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. E ainda, “caracteriza-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas” (Leal, 2005, p. 240).

Quanto ao padrão, esta transição para a maternidade/paternidade, classifica-se como múltipla. Pois a mulher/companheiro transformam-se em pais pela primeira vez ou não, progenitores de uma nova família ou de uma família que se alarga, e necessitam de reformular várias esferas da vida privada, familiar e muitas vezes social (Lopes, 2007).

A redefinição de significados/consciencialização diz respeito à percepção que a mulher tem de si própria e pode-se dizer que consiste na demonstração de conhecimentos e habilidades acerca das mudanças associadas à própria transição, estando relacionada com o grau de congruência entre o conhecimento da mudança, as expectativas e as respostas individuais.

Por sua vez, a criação de novas escolhas (envolvimento) poderá ser resultado do nível de consciência. Uma mulher que passa por uma transição para a maternidade, da qual não tem consciência e não se prepara, nem prevê a necessidade de mobilizar recursos, pode não se adaptar a esta nova fase da sua vida, que é a de ser mãe. É aqui que os enfermeiros devem estar presentes e atentos no sentido de ajudar a mulher/família a desenvolver fatores (capacidades, conhecimentos e habilidades) que possam ser facilitadores dessa mudança, uma vez que esta implica a alteração das rotinas habituais para integrar e desempenhar novos papéis.

A gravidez corresponde a um período de preparação física, psicológica e emocional para o trabalho de parto e nascimento. Ser mãe é uma das etapas de maturação da vida adulta, representando um período de múltiplas aprendizagens quer para os progenitores, quer para os que lhe estão próximos (Lowdermilk e Perry, 2008). Também, o parto tem a

* “a realização de maturação, integração e especialização nas áreas do componente humano, biológico, mental e espiritual”.

capacidade de afectar as relações existentes entre o casal, pois como referem Lopes [et al.] (2005, p. 247), este “... por sua natureza, não é um evento neutro, ele tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa (...) e pode ser considerado um momento importante do processo de transição para a maternidade”.

O nascimento de um filho é, não só, um tempo de mudança na vida de uma família que exige a aprendizagem inerente aos cuidados à criança, mas igualmente, um evento crítico caracterizado pela reorganização individual, conjugal e profissional, pelo que representa uma transição no ciclo de vida (Emmanuel [et al.], 2005).

O papel dos enfermeiros no trabalho de parto e nascimento deverá desenvolver-se no sentido de aumentar a confiança e estratégias de coping da mulher, promover a saúde, facilitar a transição e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades da mulher/família.

1.3 Preparação para o Parto / Trabalho de Parto

A gravidez altera toda a dinâmica pessoal e familiar da mulher. Desde as alterações físicas evidentes e o início de um período de grandes alterações emocionais e psicológicas. Felicidade, medo e insegurança afetam a mulher de forma evidente, tornando essencial todo o apoio, para que este momento tão especial seja vivido em toda a sua plenitude.

Vigilância Pré natal

A melhor forma de melhorar a saúde de uma população é através da prestação de cuidados de saúde à grávida, baixando assim a mortalidade e morbilidade peri natal. O período pré natal é um período de adaptação, de preparação para o nascimento tanto física como psicologicamente. Primeiro devido ao crescimento fetal, e segundo resultante da preparação para a maternidade. É um período de aprendizagem quer para os pais, quer

para as pessoas da família que também estão próximas do casal e pretende-se que seja um momento de desenvolvimento da unidade familiar.

Muito embora os cuidados pré natais envolvam outros técnicos de saúde, a relação do enfermeiro com a grávida é determinante no estabelecimento de interações futuras. Na consulta de enfermagem pré natal são prestados cuidados de enfermagem pelos enfermeiros especialistas em saúde materna obstetrícia e ginecologia à grávida, com o objectivo de definir um plano de cuidados individualizado, que promova uma vivência saudável da gravidez, facilitando a transição para a parentalidade. A experiência de transição exige a incorporação de novos conhecimentos, conduzindo a alterações de comportamentos (Meleis, 2000). Pretende-se a promoção do autocuidado da grávida, aquisição de conhecimentos para o desenvolvimento de competências parentais e a prevenção e deteção precoce de complicações maternas e fetais.

Em teoria, uma gestação é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida, e/ou para o feto, é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Machado, 2005).

Os cuidados pré natais, tal como os concebemos, são um fenómeno da medicina ocidental. O modelo de cuidados biomédico ocidental, estimula a mulher a procurar cuidados pré natais o mais precocemente possível (Bobak [et al.], 1999). Resumidamente, os cuidados pré natais são os cuidados dispensados à mulher antes de o bebé nascer. São essenciais para a prevenção de problemas ou para a sua deteção o mais cedo possível.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2006), os cuidados pré natais têm como objetivo fundamental, prevenir problemas de saúde que possam interferir no bem-estar da mulher e do bebé. Para além deste objetivo, os cuidados pré-natais procuram, promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicológico e social à grávida. Minorar os sintomas associados ao estado gravídico e ajudar a grávida a compreender e adaptar-se às alterações fisiológicas. Avaliar o bem-estar materno e fetal, e assegurar o normal decurso da gravidez. Detetar precocemente fatores de risco e orientar corretamente cada situação. Preparar a mulher para o trabalho de parto e nascimento sensibilizando-a para alguns comportamentos e cuidados que deve ter, de forma a garantir o desenvolvimento saudável. Estimular laços afetivos entre a grávida e família, estimular a interação, a interajuda, a cooperação e união familiar, de forma que, após o nascimento essa dinâmica

familiar seja um fator facilitador neste processo de transição para a parentalidade. E promover a autoestima e autoconfiança da grávida.

Em suma, “a finalidade dos cuidados na maternidade é assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, para a criança e para a família” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 223).

Preparação para o Parto

Ankrett (1992) citado por Couto (2006, p. 61) definiu a preparação para o parto como “um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto”. Essa aprendizagem deve ser realizada de forma progressiva, coerente, de acordo com o nível cultural e compreensão da mulher.

Segundo Couto (2006), a preparação para o parto emerge como um elemento que visa equilibrar não só a mulher como protagonista da sua gravidez e do seu trabalho de parto e nascimento, como o próprio profissional de saúde, enquanto meio utilizado pela comunidade para um fim, viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado e exultante por parte da mulher e da sua família. Watson (1988) refere que após toda a informação dada a preparação para o parto surge como momento ideal para concretizar o plano de parto no sentido de ajudar a preparar e organizar ideias. O plano de parto é uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a parturiente pensou e refletiu. Isto inclui escolher onde quer ter o seu bebé, quem vai estar presente, quais são os procedimentos médicos que desejaria e quais preferia evitar.

A preparação para o parto é uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A preparação para o parto e nascimento, tem como objetivo ajudar o casal a viver o momento do trabalho de parto e nascimento, com menos ansiedade, aumentando a sua confiança em si e no seu corpo e as capacidades para se auto cuidar e cuidar do seu bebé.

Certos autores como Cordeiro (1987) e Mendes (1993) são de opinião que a prevenção do clima de ansiedade e medo relacionado com a sexualidade e reprodução deve efetuar-

se desde a infância, na escola, através de correta informação sexual. Cordeiro, citado por Bento (1992, p. 48), por exemplo, refere que "...por outro lado a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa ansiosa que povoa toda a mulher grávida. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde (...) reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso...".

O mesmo autor comenta ainda que quando a mãe é preparada física e psiquicamente, contribui mais eficazmente enquanto grávida, para uma atitude de maior tranquilidade e para um comportamento adequado durante o trabalho de parto.

"Os cursos de preparação para o parto (CPP), nasceram na Europa, no início do séc. XX, Dick Read, obstetra inglês, durante o seu exercício percebeu que no hospital as mulheres sentiam-se tensas, com medo, viam-se sozinhas e pariam com dificuldade. Era então necessário intervir, não só sobre o seu estado físico (através de técnicas cada vez mais seguras), mas também sobre o seu estado psicológico" (Germano, 2006, p. 193).

Começou-se então a falar nos CPP, e como sabemos existem muitos (psicoprofilático, massagem, sofrologia, hidroterapia, haptonomia, aromaterapia, acupuntura), e segundo o mesmo autor perseguem todos os mesmos objetivos:

- Proporcionar à grávida a informação necessária para a gravidez, o parto e o recém-nascido (RN), de modo a que possa viver conscientemente esse momento tão especial;
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia;
- Reduzir ao mínimo a dor, graças a técnicas de respiração e relaxamento;
- Proporcionar encontro com outras mulheres na mesma situação, e que por isso, melhor do que ninguém podem falar da sua experiência, dúvidas e receios;
- Apresentar à mulher e companheiro os ambientes em que irá estar internada e onde será assistida, para que lhe sejam menos estranhos.

Segundo Mendes (1993, p. 84), "...as lições de preparação para o parto são também úteis, principalmente aquelas que ensinam o relaxamento muscular.

Também Figueiredo, citado por Bento (1992, p. 49) refere que "...para certos autores, os cursos de educação, a confiança na preparação do parto, o apoio de pessoa significativa como o marido, aumentariam a confiança e diminuiriam a medicação, dor e ansiedade".

Perante o trabalho de parto e nascimento a resposta emocional que normalmente a mulher exhibe é a ansiedade e/ou medo, o que por si só aumenta a dor. O controlo ou diminuição da dor do trabalho de parto e nascimento propriamente dito "...auxiliam a mulher e seu acompanhante a participar mais ativamente no nascimento da criança. (...) proporciona um relacionamento positivo com a criança, aumentando a autoestima feminina (...) tem o potencial de fortalecer a ligação dos pais com o filho" (Burroughs, 1995, p. 174).

Trabalho de Parto

Segundo Graça (2005), o trabalho de parto define-se como, a existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas, cada vez mais frequentes e mais intensas, com repercussão a nível do colo uterino, em termos de extinção/dilatação e evolução da apresentação nos planos de Hodge, que leva ao nascimento do recém-nascido.

Na opinião de Lowdermilk (2008), o trabalho de parto é influenciado por cinco fatores essenciais: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mãe e as reações psicológicas. Durante a última fase da gravidez, mãe e feto preparam-se para o parto. O feto cresce e desenvolve-se, preparando-se para a vida extra uterina. A mulher ao longo da gravidez sofre várias adaptações fisiológicas que a preparam para o parto e nascimento. Os Enfermeiros devem conhecer e compreender os fatores essenciais do trabalho de parto, os processos envolvidos, a normal sucessão de acontecimentos e as adaptações sofridas tanto pela mãe como pelo feto.

Nos últimos anos, grandes avanços têm sido feitos na tentativa de melhor compreender os mecanismos que estão subjacentes à dor do trabalho de parto e nascimento e ao seu tratamento.

A sensação dolorosa sentida pela mulher no trabalho de parto e nascimento é muito variável, e está sujeita a influências psíquicas (comportamento, motivação, cultura e educação), orgânicas (constituição genética), stress, bem como distocias que podem aumentá-la, e libertação de endorfinas que pode diminuí-la (Niven [et al.], 2000).

Por tudo isto a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, e deve ser valorizada, indo de encontro aquilo que a mulher preconiza para o seu parto. O comportamento da mulher face à dor varia podendo: contrair a face, chorar, gemer, ficar tensa, ficar histérica, não demonstrar qualquer desconforto.

O comportamento da mulher em trabalho de parto e nascimento nem sempre é um bom parâmetro para avaliar a dor, uma vez que a maioria das mulheres procuram controlar as suas emoções para que não sejam vistas pela equipa como descontroladas e descompensadas. De facto, um estudo realizado em Florianópolis evidenciou que as mulheres demonstram uma grande preocupação em controlar as suas emoções e procuram expressar a sua dor dentro de parâmetros considerados adequados (Tornquist, 2003).

Já em 1989, Hunt referia que existem benefícios no controlo da dor. Benefícios psicológicos, ou seja, a mulher encontra-se mais ativa durante o trabalho de parto, tem um relacionamento mais positivo com o recém-nascido, aumenta a sua autoestima e melhora a vinculação. E benefícios fisiológicos, pois a mulher apresenta menor fadiga durante o trabalho de parto e encontra-se mais cooperante e consciente, e temos um recém-nascido mais feliz à nascença.

Assistir as mulheres no momento do parto e nascimento, com segurança e dignidade, é compromisso fundamental de todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da mulher, observadas as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Para Oliveira [et al.] (2001, p. 56), "...as atitudes dos profissionais que integram o mundo da maternidade são fundamentais para a humanização do cuidado. Atitudes que levam o profissional a estar aberto e disponível ao diálogo, às mudanças, a partilhar conhecimentos, à incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas, ou seja, a uma atitude interdisciplinar. Os profissionais devem falar a mesma linguagem, não se contradizerem, e complementarem-se; não tomarem atitudes opostas e, conseqüentemente todos os aspetos se reflectem na qualidade da experiência de parir, uma vez que a mulher/parturiente e a família percebem e sentem-se mais tranquilas e

seguras. Enfim, a interdisciplinaridade humaniza a equipa e, conseqüentemente, a assistência.”

Referindo-se à evolução tecnológica da obstetrícia, Maldonado (2002) ressalta que a realização de uma assistência cada vez mais sofisticada no pré parto e período perinatal, reduz ao mínimo os riscos materno e fetal. Isto resultou numa profunda dissociação entre aspectos somáticos e emocionais no atendimento clínico, cuja rotina convencional, tanto na gestação quanto no parto e no puerpério imediato, frequentemente não satisfaz as necessidades psicológicas de mãe e filho.

Na literatura internacional existem estudos que têm avaliado e criticado as práticas obstétricas (Anonymous, 1985; Wagner, 1994; OMS, 1996; Enkin, 2000). Questionar e tentar alterar comportamentos e técnicas tão enraizadas no parto parece ser uma tarefa essencial na construção das propostas de humanização. Segundo Nakano [et al.] (2007, p. 7), “...a humanização não é compreendida pelos diferentes atores sociais envolvidos no debate de forma homogênea, mas apresenta-se com um conteúdo amplo de procedimentos - ainda que possa girar em torno de dois conceitos, ou pólos fundamentais: aqueles da medicina perinatal baseada na evidência científica e o dos direitos das mulheres”.

As orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativamente ao parto “humanizado” preconizam três áreas fundamentais de actuação: o pré-natal, o trabalho de parto e o pós-parto. Humanizar, “é o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspetos: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade” (Zampiere, 1999). Deste modo, a conduta dos profissionais de enfermagem especializados deve ter em conta a informação adequada da mulher para planear onde e como o nascimento será assistido, deve manter uma monitorização rigorosa do grau de risco durante a gestação e a monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher. O respeito pelas escolhas informadas e conscientes da mulher deverá estar sempre presente, assim como reforçar informações sempre que se mostre necessário.

Colman e Colman, citados por Coutinho (2000, p. 24), referem que “atendendo a que o parto é o culminar da gravidez, parece correto que a experiência da gravidez devesse acabar tal como começa num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma vida”.

1.4 Comunicação, Acolhimento e Comportamento dos Profissionais de Saúde

Segundo Ramos (2008, p. 109), “uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente, insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, em geral”.

Para Lopes [et al.] (2009) quando a mulher recebe informações corretas referentes ao processo de parir, poderá sentir-se mais auto confiante e os sentimentos vivenciados durante o parto serão menos dolorosos e mais positivos, pois o medo do desconhecido aumenta a ansiedade e, com isso a sensação de dor.

Também Carvalho e Cunha (2007, p. 191) são da mesma opinião e referem, “... o medo da dor do trabalho de parto e parto é algo que assusta muitas mulheres e as condiciona negativamente para esses momentos tão significativos das suas vidas”.

O tipo de atendimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto é fundamental para a sua confiança na própria capacidade de ser mãe e de cuidar do seu filho. Para Klaus e Kennel (2000), ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir a sua identidade materna. Portanto, a experiência do parto produz efeitos na autoestima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar a sua disponibilidade emocional para com o seu bebé imediatamente após o parto (Peterson, 1996). Segundo a mesma autora, entre os fatores que contribuem para um conhecimento positivo de si mesmas, podem ser citados: a participação ativa no processo do parto, inclusive na tomada de decisões que cercam este momento; a percepção de que os seus sentimentos são aceites e respeitados pelos seus cuidadores; a sensação de que estão realisticamente preparadas para o parto e para a maternidade; que seja vista como alguém que está a fazer o melhor que pode; que tenha várias oportunidades de expressar os seus sentimentos sobre a maternidade, sobre o próprio nascimento e sobre qualquer experiência prévia de gravidez e parto.

Segundo Ramos (2008, p. 83), "... a adoção de modelos explicativos multifactoriais e interacionistas em saúde é essencial. Só uma abordagem multifactorial, interacionista, e ecológico-cultural, poderá ter em conta a complexidade dos processos que intervêm nas relações de saúde e doença, na diversidade das experiências e vivências psicológicas, culturais e sociais dos indivíduos e dos grupos na sua adesão aos cuidados de saúde".

Goleman (1999) defende que o recurso a determinado tipo de pensamentos, de carácter mais positivo, conduz a comportamentos e emoções mais adequados e positivos. Sendo possível canalizar a energia psíquica no sentido de um desempenho mais pró eficiente, para que este processo se possa tornar cada vez mais automático, diminuindo o esforço por parte dos indivíduos e conseguindo o grau de excelência sem esforço. O enfermeiro na sua prática diária deve pautar a prestação de cuidados de qualidade visando a manutenção da saúde das pessoas. É importante que estes profissionais de saúde encarem a saúde como uma representação mental, um estado subjetivo de procura de equilíbrio que é reflexo de um processo dinâmico, contínuo e sobretudo desejado e imprescindível.

Segundo Fróis e Figueiredo (2004, p. 3), "o principal objetivo da equipa multidisciplinar na assistência à maternidade é: ajudar o casal a viver a concepção e nascimento do seu filho de uma forma menos dolorosa possível e de um modo digno e feliz".

O acolhimento é um aspeto essencial da política de humanização, implica a receção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, ouvindo a sua queixa, permitindo que ela expresse as suas preocupações e angústias.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento (Michel Odent, 2010). Interfere também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. Cada vez, é mais frequente, a participação do "pai" na preparação pré natal, devendo a sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo para a preparação do casal para o parto e nascimento.

A história que cada mulher grávida traz, deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte desta história factos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipa envolvida na preparação pré natal. Contando as suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim a assistência pré natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e acompanhante.

Como abrir mão dos papéis predeterminados socialmente, aproximar-se de cada sujeito respeitando a sua singularidade e não perdendo de vista o seu contexto familiar e social? A resposta a essas perguntas são da competência de cada pessoa que escolheu trabalhar na área da saúde materna e obstetrícia.

Na prática quotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e utentes dos serviços, como por exemplo a forma cordial de atendimento, a forma como os profissionais se apresentam, chamando pelo nome, informando sobre comportamentos e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, incentivando a presença do acompanhante, entre outras.

1.5 A Presença do Acompanhante em Trabalho de Parto e Nascimento

Diz-nos a história que antigamente o acompanhamento do trabalho de parto e nascimento ocorria em ambiente familiar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma “aparadeira”, “comadre”, ou “curiosa “de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares. No século XX, mais precisamente depois da segunda guerra mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital e conseqüentemente a sua medicalização (Tanaka, 1995).

A institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo de nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planeadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes. Assim, as mulheres passaram a parir nos hospitais, assistidas com práticas

baseadas em normas e rotinas que as tornaram passivas no seu trabalho de parto e impediram a presença de uma pessoa do seu convívio social para apoiá-las.

Nas últimas décadas, na grande maioria dos hospitais, o suporte à mulher em trabalho de parto e nascimento tornou-se mais uma exceção do que uma rotina. O interesse sobre o retorno desse apoio tem aumentado nos últimos anos.

Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado que a mulher tenha um acompanhante no parto, tendo como base várias pesquisas científicas indicando benefícios tanto para a mulher, como para o bebê, além de estreitar o vínculo familiar. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade. Entre os benefícios apontados nas diferentes pesquisas, temos: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimentos de confiança, controlo e comunicação mais positivos, melhor percepção do parto (Gungor [et al.], 2007); menor necessidade de medicação e analgesia, relatos de maior satisfação da mulher, melhores índices de amamentação, menos relatos de cansaço durante e após o parto (Nakano [et al.], 2007); maior sentimento de prazer (Figueiredo [et al.], 2002); e também maior duração do aleitamento materno, segundo Erlandsson (2007).

No entanto, segundo a sexóloga Vânia Beliz (2012) e o médico obstetra Michel Odent (2010), já existem estudos e muitos especialistas a centrarem-se na problemática do envolvimento presencial dos homens durante o nascimento e nos efeitos sobre a sua sexualidade nos meses imediatos. Sugerem que a presença do pai na sala de partos nem sempre é benéfica, que os homens que estiveram presentes durante o parto têm menores níveis de função erétil e de satisfação com as relações sexuais. Refere também (Michel Odent, 2010), que em determinadas situações a experiência do parto pode fortalecer o sentimento de camaradagem e diminuir a atração sexual entre o casal.

Tal resultado pode estar relacionado com as dificuldades de reinício da actividade sexual nos meses que se sucedem ao parto, a que se referem Ahlborg e Strandmork (2005) e Brown e Mcdanel (2008), e também, com maior efeito naqueles que estiverem presentes na sala de partos. Essa presença poderá marcar negativamente as memórias dos homens, dificultando a funcionalidade sexual posterior, como defendem Colman e Colman (1994) e Freitas, Coelho e Silva (2007), nomeadamente pela centralidade do erotismo de cariz visual, mais presente no sexo masculino, segundo Alberoni (2007).

Hoje, reconhece-se que a sexualidade desempenha outras funções para além da procriação: é diversificada e determinada por vários fatores e circunstâncias, pelo que as suas diversas componentes devem estar, idealmente, integradas no projecto de vida (Leal, 2005).

Segundo Trupim (2007) a maioria dos homens referem que a decisão de assistir ao nascimento do filho deve-se ao facto de este ser um momento ideal para a vinculação. E o não estar presente ser sinónimo de irresponsabilidade, de pai ausente.

É importante sensibilizar o casal para que a opção a tomar relativamente a assistir ou não ao parto deve ser sempre refletida, ponderada e respeitada por ambos, de modo a não interferir emocionalmente nos companheiros.

1.6 Tipo de Parto e Experiências da Mulher

São vários os autores, Figueiredo (2001), Costa e Pacheco (2002), Taylor, Adams, Doré [et al.] (2003), que têm alertado para a influência do tipo de parto na experiência de parto da mulher, com repercussões ao nível da relação mãe/bebé/família. Alguns estudos comparam o parto eutócico com o parto por cesariana. Marut e Mercer (1979), por exemplo verificam que as mulheres que pariram por parto distócico por cesariana demoram mais tempo a dar um nome ao filho. Tendem a ver o seu parto como não normal, com uma certa estigmatização social, percepcionando toda a experiência do parto de uma forma mais negativa, do que as mulheres que parem por parto eutócico.

Também Rizk, Nasser, Thomas e Ezimokhai (2001) constataam que as mulheres que têm parto por cesariana relatam menor satisfação com a informação fornecida pelos médicos, bem como com o seu envolvimento no processo de tomada de decisão, mas sobretudo mais sentimentos negativos como zanga, culpa, desapontamento e fracasso, do que as mulheres que têm parto eutócico.

Dimatteo [et al.] (1996) numa meta análise realizada com 74 estudos que comparam as diferenças entre o parto eutócico e o parto por cesariana, encontram resultados que

sugerem que as mulheres que fizeram uma cesariana, sobretudo quando a cesariana não foi planejada, estão menos satisfeitas com a experiência do parto tanto a médio como a longo prazo.

Segundo Costa e Figueiredo (2003), a experiência da mulher pode ser bastante distinta consoante o tipo de parto. Referem, por exemplo, diferenças significativas na experiência de parto de mães que tiveram parto eutócico com ou sem analgesia epidural, pois as mulheres que foram sujeitas a analgesia epidural estão mais capazes de relaxar e de estar disponíveis para colaborar com a equipa, sentem menos medo e mais autocontrolo, durante o trabalho de parto e nascimento. Também Bucley (1998) refere que a mulher submetida a parto eutócico com analgesia epidural, tem uma boa experiência, uma vez que o alívio da dor permite um maior relaxamento o qual contribui positivamente para a experiência do parto.

Costa e Figueiredo (2003) relatam também diferenças significativas na experiência de parto de mães que tiveram parto por cesariana com anestesia epidural ou com anestesia geral, pois as que foram sujeitas a anestesia epidural estão mais capazes de relaxar e de estarem disponíveis para colaborar com a equipa, aproveitam melhor a primeira vez que estão com o bebé, e em geral experienciam mais sentimentos positivos (por exemplo mais controlo sobre a situação, maior confiança, prazer e satisfação), embora também alguns sentimentos negativos (por exemplo mais medo e mal-estar), durante o trabalho de parto e parto.

Segundo os mesmos autores anteriormente citados, a satisfação com a experiência de parto varia dentro do mesmo tipo de parto em função do tipo de analgesia adoptado e a forma como as mulheres experienciam o parto varia em função do tipo de parto a que são submetidas. Referem também que muitas vezes o parto não ocorre em conformidade com as expectativas prévias, o que nos deve alertar para a necessidade de melhor informar as grávidas quanto aos diferentes tipos de parto a que podem estar sujeitas. A informação à grávida revela-se de grande importância no sentido de proporcionar expectativas mais realistas, bem como uma experiência de parto mais previsível e por conseguinte tão positiva quanto possível.

CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo procuramos clarificar aspectos de natureza metodológica que orientaram o estudo. Iniciamos com o tipo de estudo onde operacionalizamos a questão de partida, definimos objectivos, finalidade e paradigma. Abordamos também os critérios de seleção da amostra, procedimentos metodológicos onde descrevemos a estratégia utilizada para a colheita e análise de dados. Terminamos com as implicações éticas abrangidas no estudo.

2.1 Tipo de Estudo

Na elaboração de um trabalho de investigação, são pressupostos basilares, o método, a sistematização, a disciplina, sendo indispensável, efetuar o desenho do estudo.

O nascimento de um bebé é um dos eventos mais emocionantes, misteriosos e transformadores na vida de cada ser humano. É uma experiência indelevelmente gravada tanto na vida da mãe que dá à luz como o bebé que nasce (Tudela, 2007).

A vivência do trabalho de parto é um momento único em que, segundo Michel Odent (2010), a mulher em trabalho de parto necessita sentir segurança para que o seu corpo faça aquilo que tem que fazer. Refere também que o silêncio e o respeito pela intimidade e privacidade da mulher durante o trabalho de parto e nascimento devem ser uma prioridade em quem acompanha o desenrolar do trabalho de parto e nascimento.

Neste sentido surge a seguinte questão de partida: ***Conhecer (qual) a experiência vivenciada pela mulher em trabalho de parto e nascimento.***

Perante esta questão geral outras questões de caráter mais específico lhe sucedem, de forma a compreender melhor o fenómeno.

- O tipo de parto influencia o grau de satisfação da mulher?
- A paridade influencia o grau de satisfação da mulher?
- A analgesia influencia a experiência vivenciada pela mulher?
- A preparação para o parto influencia a experiência vivenciada pela mulher em trabalho de parto?
- A comunicação influencia o trabalho de parto e nascimento?
- O comportamento dos enfermeiros obstetras e dos outros profissionais de saúde influenciam a experiência vivenciada pela mulher em trabalho de parto?
- A presença do acompanhante influencia a experiência vivenciada pela mulher em trabalho de parto e nascimento?

Este conjunto de questões conduz à formulação dos seguintes objetivos:

- Compreender o significado que as mulheres atribuem ao trabalho de parto e nascimento;
- Conhecer a perspetiva da mulher sobre as suas vivências e os cuidados recebidos durante o trabalho de parto e nascimento;
- Perceber a possível relação entre a história obstétrica (paridade e tipo de parto) e a experiência da mulher;
- Compreender se o comportamento/atitude do profissional de saúde influencia a experiência vivenciada pela mulher e de que forma.

Todo o projeto de investigação pressupõe a escolha de um paradigma, que nos permite visualizar de determinada forma a realidade que queremos estudar.

Segundo Fortin (2003), o objeto da investigação em ciências de enfermagem, é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 52), “um paradigma consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou preposições logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação”.

Para atingir os objetivos propostos, considerou-se apropriado seguir um paradigma construtivista, pois permite a compreensão dos fenómenos humanos perspetivando a realidade como uma construção efetuada pelos intervenientes, inseridos em ambientes que influenciam a sua ação.

Para Basto (1998), o paradigma construtivista considera as teorias como forma de dar sentido à experiência vivida e à sua compreensão, seguindo um raciocínio indutivo, em que a metodologia utilizada é a qualitativa.

Inerente ao método de abordagem qualitativa poder-se-á optar por vários tipos de pesquisa, consoante a finalidade que queremos atingir.

Este estudo tem como finalidade contribuir para que os cuidados de enfermagem prestados à mulher em trabalho de parto e nascimento proporcionem um trabalho de parto humanizado reforçando a confiança em si própria e nos enfermeiros.

Assim, considerando que o que se pretende essencialmente com o estudo é, conhecer as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento, optou-se pela abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2004), “...responde a questões muito particulares (...), trabalha com o universo mais profundo das relações e dos fenómenos”, também para Bogdan e Biklen (1994, p. 50), “o objectivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e a experiência humana”, uma vez que neste tipo de abordagem, o significado das experiências vivenciadas é de extrema importância. Deste modo, ao entrevistar-se os participantes no estudo, o investigador tem o objetivo de conhecer as suas experiências e o modo como as interpretam.

Considerou-se, portanto, uma pesquisa de carácter exploratório e descritivo, uma vez que se pretende a compreensão do fenómeno, analisando-o e descrevendo-o rigorosamente, resultante da análise dos dados recolhidos. Em termos temporais, o estudo é transversal.

2.2 Critérios de Seleção da Amostra

Em consonância com os objetivos do estudo, a população proposta é constituída por puérperas nas primeiras 48 horas pós parto, cujo trabalho de parto ocorra na maternidade de um hospital central no Porto, e que aceitem participar no estudo.

Como critério de exclusão da população temos: as puérperas submetidas a cesariana programada.

Optou-se pela amostra não probabilística por conveniência, utilizando-se os critérios de escolha intencional acima mencionados para a determinação da população.

Reflectindo sobre o tamanho da amostra, não esquecemos que uma investigação do tipo qualitativo, não tem como foco a quantidade mas sim a qualidade da informação obtida. Apoiamo-nos no que refere Morse, citado por Fortin (1999, p. 211), “...se o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos o tamanho da amostra poderá ser reduzido. Nos estudos exploratórios de natureza qualitativa (...) cujo objetivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado”.

Quivy e Campenhoudt (1998, p. 163) dizem que “...chegará forçosamente o momento em que já não conseguirá encontrar novos casos francamente diferentes dos que já se encontrou e em que o rendimento marginal de cada entrevista suplementar decrescerá rapidamente”. Isto quer dizer que informações repetidas nas entrevistas são indicador de que o número de elementos da amostra poderá ter sido suficiente.

O tratamento de dados desenvolve-se num processo contínuo e simultâneo, com passos articulados e complementares entre si, visando compreender a realidade tal como ocorre e é descrita.

2.3 Procedimentos Metodológicos

O aprofundamento da temática em estudo, levou a uma revisão bibliográfica com a construção de um referencial teórico, procurando dar um panorama do conhecimento existente sobre o assunto e das questões fundamentais que se afloravam, partindo assim num “avanço/retrocesso”, ou seja, utilizando sempre um pensamento crítico/reflexivo, para a construção do instrumento de colheita de dados seleccionado, a entrevista semi-estruturada.

De acordo com Patton (1990), “...nós entrevistamos pessoas para descobrir a partir delas algo que não podemos observar (...) nós não podemos observar sentimentos, pensamentos e intenções”.

Também Bogdan e Biklen (1994, p.134) referem que a entrevista é “utilizada para recolher dados descritivos do próprio sujeito”. O seu carácter flexível “permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspectiva pessoal” (Ibidem), e tomar a direcção que quiserem para representarem o que têm para dizer.

Ainda, segundo Gauthier (2003), é mais simples interrogar as pessoas acerca dos seus sentimentos, das suas experiências, crenças e saberes, de modo a conseguir uma compreensão mais aprofundada do fenómeno estudado, através da utilização da entrevista semi-estruturada. Esta opção permitiu às entrevistadas a fluidez do discurso e espontaneidade e como nos diz Briggs (1984) citado por Bogdan e Biklen (1994, p. 136), “uma boa entrevista caracteriza-se pelo facto dos sujeitos estarem à vontade e falarem livremente do seu ponto de vista”. No entanto, sempre que foi necessário situá-las nos temas relacionados com os objetivos da entrevista, houve interpolação do entrevistador.

O instrumento de colheita de dados que se utilizou foi a entrevista semi-estruturada, tendo sido elaborado um guião de entrevista (Anexo I). Após a construção do guião de entrevista, no sentido de proceder à sua validação, optou-se pela realização de duas entrevistas, de forma a garantir que o instrumento de colheita de dados se ajustasse, exactamente ao que se pretendia estudar. Assim de acordo com os resultados obtidos, considerou-se que as questões correspondiam aos objetivos do estudo.

As entrevistas realizaram-se no mês de agosto de 2012, sendo a amostra constituída por doze puérperas. Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento prévio das participantes, onde foram novamente reforçados os objetivos, finalidade do estudo e a importância da sua participação, de que iria ser mantida confidencialidade, e de reforçar o seu direito a consentir ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação.

No que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados tivemos em conta os aspetos formais de pedido de autorização.

No presente estudo e após a execução de cada entrevista, a transcrição das entrevistas realizou-se com o registo integral dos conteúdos expressos, incluindo tempos de pausa, expressão de sentimentos (ex: chorar, rir).

Iniciamos a análise de dados após a transcrição das entrevistas de acordo com o método de Giorgi (1985, 1997), que sistematizamos de forma resumida no Figura 1.

Figura 1 – Quadro resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi (1985, 1997, 2006).

ETAPAS	DESCRIÇÃO
1 – Obter o sentido do todo	Leitura da transcrição completa das entrevistas para obter o sentido do todo.
2 – Discriminação das unidades de significado	O investigador volta às entrevistas transcritas, e relê-as de novo de forma demorada, e de cada vez que o investigador identifique uma transcrição de significado nas transcrições, estas são assinaladas. No final desta etapa, obtemos uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes.
3 – Transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica	Transformação da linguagem do dia-a-dia expressa pelos participantes numa linguagem mais rigorosa para o discurso científico de acordo com o contexto disciplinar e com a perspectiva fenomenológica.

<p>4 – Síntese das unidades de significado transformadas numa estrutura descritiva do significado da experiência.</p>	<p>Integrar as unidades de significado transformadas em constituintes chave e sintetizar numa descrição da(s) estrutura(s) essencial(ais) e geral(ais) da experiência vivida pelos participantes relativamente ao fenómeno em estudo.</p>
---	---

Fonte: MENDES, I. – **Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós parto.** (2007, p. 127)

Após a transcrição de todas as entrevistas procedeu-se à delimitação das unidades de significado/identificação de expressões significativas, que não são mais do que partes do texto que qualificam factos relacionados com a problemática em estudo e onde os participantes verbalizam aspetos relacionados com os objetivos do estudo. Citando Deslauries, Fortin (1999, p. 308) afirma que as unidades de significado podem ser “...uma palavra, como um grupo de palavras, uma frase ou um conjunto de frases”.

Esta fase foi a mais demorada, pois foi necessário voltar a ler e reler várias vezes as entrevistas para apreender o sentido do todo, partindo destas unidades de significado, procuramos atribuir significados, sem alterar a descrição da experiência.

Na apresentação das unidades de significado optamos por designar as entrevistas de E1 e E2 (entrevistas exploratórias) e de E3 a E12, sequenciando-as de modo cronológico tendo como referência o momento da sua realização.

Por último recorrendo à estrutura essencial podemos descrever rigorosamente o significado atribuído ao fenómeno do estudo.

2.4 Implicações Éticas

No que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados tivemos em conta os aspetos formais de pedido de autorização à instituição selecionada e o consentimento informado das participantes (Anexo II), onde foram consideradas e respeitadas as normas

éticas e deontológicas que necessariamente fazem parte da elaboração de um estudo de investigação.

Neste contexto, foi solicitada a autorização para a realização da seleção das participantes no serviço de obstetrícia/puerpério ao Director Clínico do Centro Hospitalar de São João E.P.E. (Anexo III), ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo IV), ao Diretor do Serviço de Obstetrícia (Anexo V) e à Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia (Anexo VI).

No que diz respeito ao consentimento informado dos participantes (Anexo II), após primeiro contacto formal no serviço de obstetrícia/puerpério, foi-lhes explicado o objetivo do estudo e a importância da sua participação, de que iria ser mantida a confidencialidade e do seu direito a consentir ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação. No que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos dados, garantimos aos participantes que toda a informação recolhida ao longo do processo de investigação não ficaria acessível a outros que não o investigador e que mais ninguém conheceria a fonte.

De acordo com Polit e Hungles (1997), citado por Streubert e Carpenter (2002, p. 43), “uma promessa de confidencialidade ao participante é uma garantia de que qualquer informação que o informante fornece não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação”.

CAPÍTULO 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo apresentamos a análise e discussão dos resultados, tendo subjacente os objetivos da investigação. Começamos pela caracterização das participantes do estudo. De seguida abordamos a apresentação dos resultados, onde descrevemos as unidades de significado/categorias que emergiram da análise de dados. Terminamos com a discussão dos resultados.

3.1 Caracterização das Participantes do Estudo

Os dados que se apresentam a seguir reportam-se a doze puérperas que foram identificadas segundo os critérios anteriormente previstos. Todas as puérperas participantes no estudo têm nacionalidade portuguesa e estão casadas.

A faixa etária das puérperas está situada entre os 25 e 39 anos.

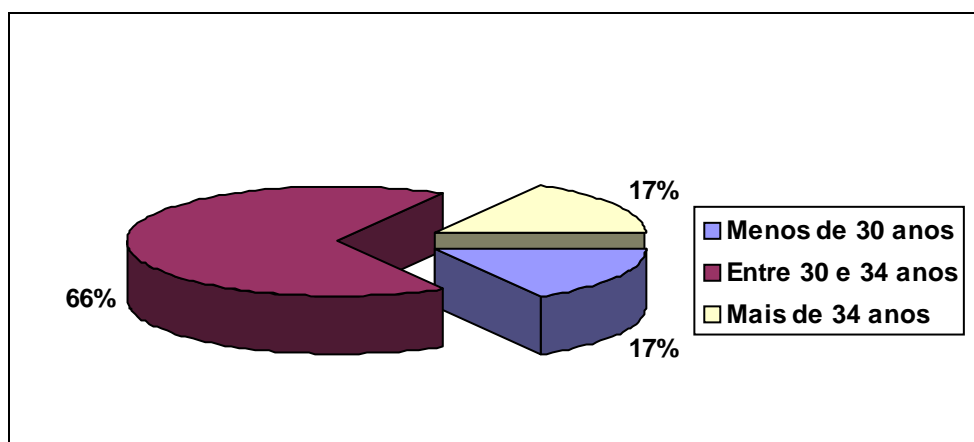


Gráfico 1: Distribuição percentual das participantes segundo o grupo etário

No Gráfico 1, observa-se que o grupo etário com maior número de puérperas, 66%, é dos 30 aos 34 anos (oito puérperas).

As habilitações literárias das puérperas inquiridas compreendem-se desde o 9º ano de escolaridade à licenciatura.

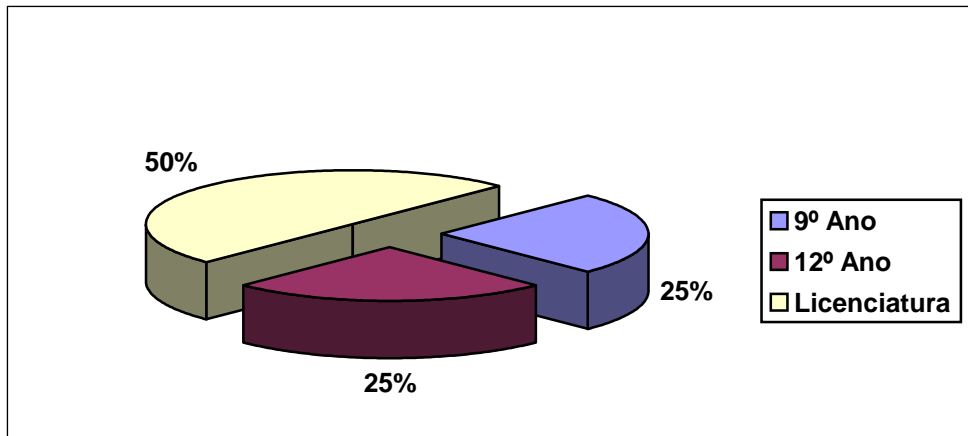


Gráfico 2: Distribuição percentual das participantes segundo as habilitações literárias

Ao analisar o Gráfico 2, verifica-se que 50% das participantes têm licenciatura, 25% completaram o 12º ano e 25% o 9º ano de escolaridade.

Relativamente à vigilância pré-natal, todas as participantes no estudo cumpriram o programa de vigilância de saúde da gravidez, variando o número de consultas entre 6 e 11.

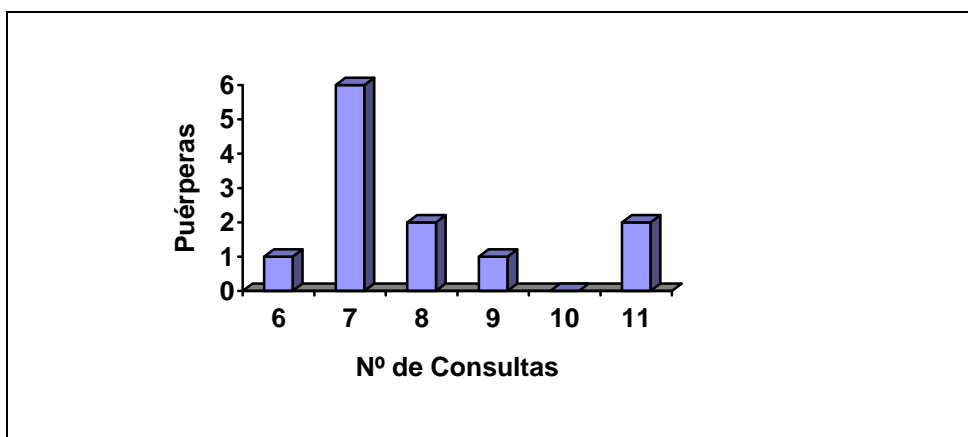


Gráfico 3: Distribuição do número de consultas de vigilância por participante

Ao analisar o Gráfico 3, verifica-se que seis das participantes (50%) realizaram sete consultas de vigilância pré-natal, sendo que apenas um elemento realizou seis consultas, todos os outros realizaram mais do que sete.

Quanto à preparação para o parto, três participantes (25%) referem ter efetuado curso de preparação para o parto e nove não (75%), como se pode verificar no Gráfico 4.

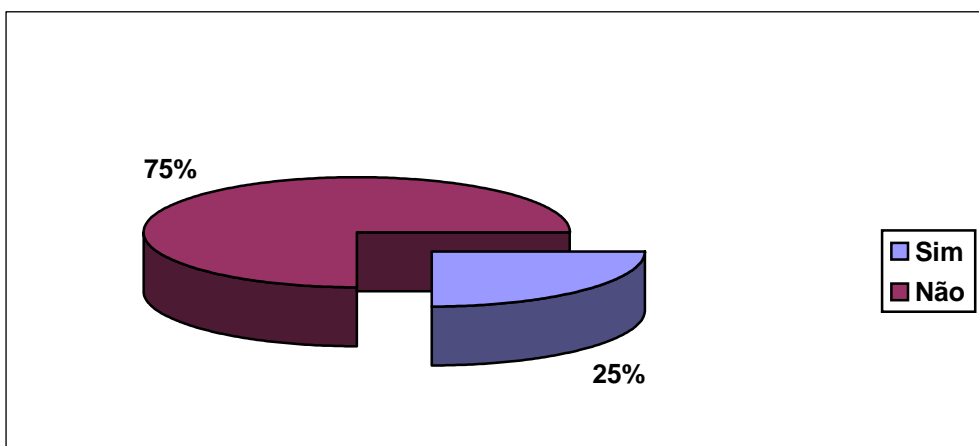


Gráfico 4: Distribuição percentual das participantes segundo a frequência de Curso de Preparação para o parto

Das nove puérperas que não efetuaram preparação para o parto, seis eram múltíparas, e destas, três referem ter realizado preparação para o parto numa gravidez anterior.

No que se refere ao tipo de parto, temos 42% de mulheres com parto eutócico, 33% com parto distócico auxiliado por ventosa e 25% com parto distócico por cesariana, como nos mostra o Gráfico 5.

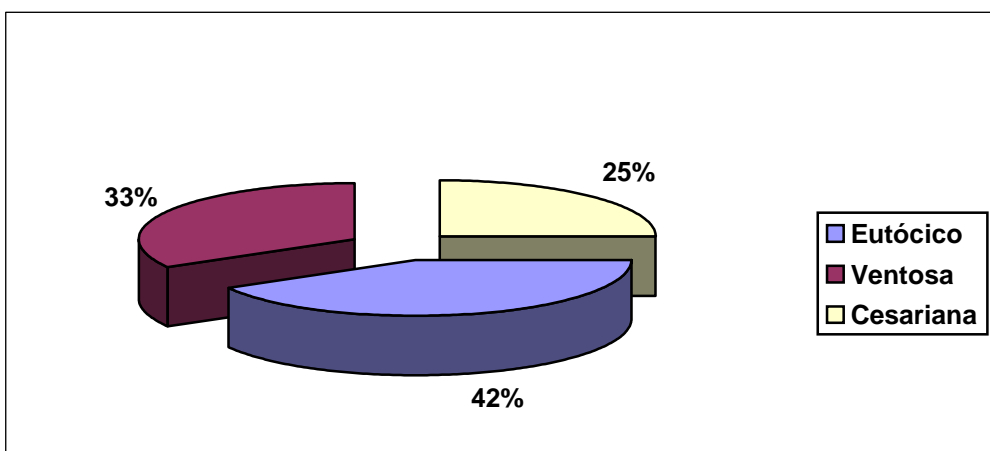


Gráfico 5: Distribuição percentual das participantes por tipo de parto

Relativamente à paridade, das cinco mulheres que pariram por parto eutócico temos a referir que quatro são múltíparas e uma primípara. Nas mulheres que pariram por parto auxiliado por ventosa, existem duas múltíparas e duas primíparas. Nas mulheres que tiveram parto por cesariana, estão incluídas duas múltíparas (com cesarianas anteriores) e uma primípara, como nos mostra o Gráfico 6.

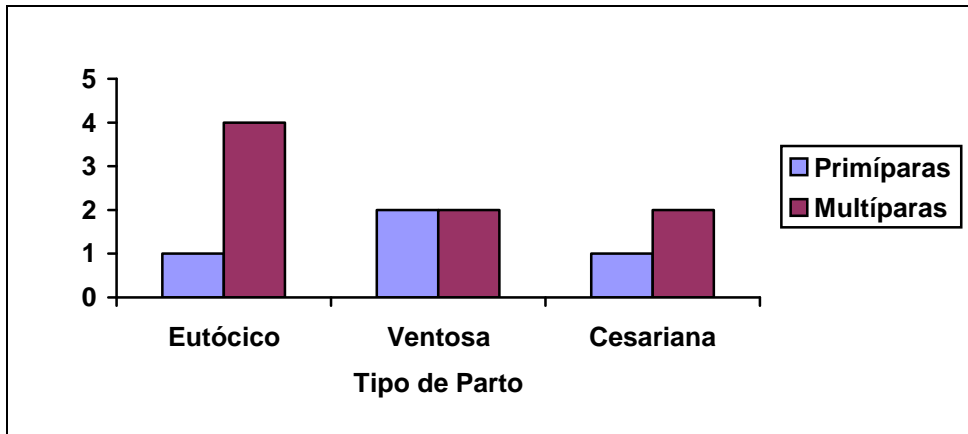


Gráfico 6: Distribuição das participantes segundo a relação entre paridade e tipo de parto

Quanto à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, a opinião foi unânime, todas as mulheres realçam a sua importância e referem que a sua presença tem muitos benefícios.

Durante o parto/nascimento 75% das participantes tiveram acompanhante e consideram positiva a sua presença, e 25% não tiveram mas por opção, como nos mostra o Gráfico 7.

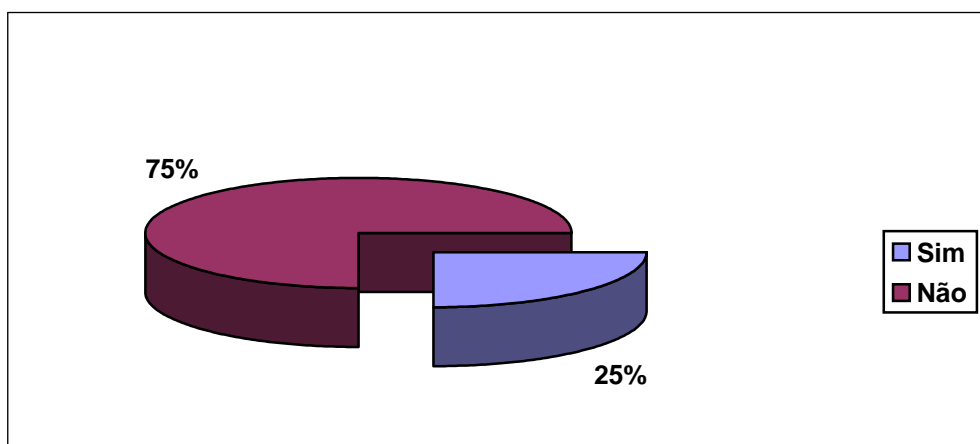


Gráfico 7: Distribuição percentual da opinião das participante relativamente à presença do acompanhante no parto/nascimento

3.2 Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados descritos do ponto de vista fenomenológico à luz das questões norteadoras deste estudo.

A apresentação e descrição dos dados que se seguem foram realizadas segundo as orientações de Giorgi (1985, 1997, 2006) e Giorgi e Giorgi (2003). Assim, segundo estes autores o capítulo referente à apresentação dos dados deve conter as unidades de significado, que emergiram do discurso das participantes, como forma de ilustração dos dados obtidos para posterior discussão. Deve conter as descrições textuais e estruturais e uma síntese dos significados das experiências vivenciadas pelas participantes.

De seguida passamos então a descrever as unidades de significado/categorias, tendo por base os objetivos do estudo e seguindo as normas de Giorgi.

Figura 2 – Quadro de unidades de significado/categorias que emergiram da análise de dados

- Duração de trabalho de parto
- Preparação para o parto / comportamento em trabalho de parto e nascimento
- Medo, ansiedade e dor
- Comportamento / atitudes do profissional
- Memória da experiência
 - Aspectos positivos
 - Aspectos negativos

Duração do Trabalho de Parto

Diz-se que uma mulher está em trabalho de parto quando estão presentes duas condições: contrações uterinas rítmicas (de 2 a 5 em 10 minutos) e extinção e dilatação cervical. A duração do trabalho de parto varia muito, mas em média dura cerca de 12 horas nas mulheres primíparas e cerca de 8 horas nas mulheres múltíparas.

Com o trabalho de parto inicia-se uma nova etapa na vida da mulher, a de ser mãe. A duração do trabalho de parto e parto influencia a opinião da mulher conforme se pode ler nos discursos seguintes:

“... foi rápido. (...) foi uma experiência curtinha.” (E3)

“Foi tudo muito rápido, contava que demorasse um dia ou uma noite por ter falado com outras mulheres. Embora saiba que cada caso é um caso.” (E6)

“Eu achei que foi rápido, vim de manhã e ele nasceu às 16 horas, não estive muito tempo o que foi ótimo.” (E9)

“O bebê nasceu bem e isso é que importa, demorou quase um dia, é cansativo, (...) gostava que fosse mais rápido.” (E2)

“A única questão foi que estive aí a noite toda, durou muito tempo.” (E12)

Relativamente ao objetivo de compreender o significado que as mulheres atribuem ao trabalho de parto e nascimento, podemos verificar que a duração do trabalho de parto é apontada pelas mulheres como justificativa para uma maior satisfação (menor duração e vice-versa).

Preparação para o Parto / Comportamento em Trabalho de Parto e Nascimento

A preparação para o parto consiste em informar e retirar dúvidas, tornar conhecido o desconhecido, ouvir os medos, receios, preocupações da mulher e desmistificá-los de forma que esta perceba o que se está a passar, tenha confiança em si mesma, no sentido de conseguir dominar o seu corpo e colaborar de forma ativa no nascimento do filho, diminuindo assim a dor.

“Acabei por não fazer preparação para o parto. (...) mas o que verifiquei foi que as informações dadas pelas enfermeiras (...) é que são importantes.” (E1)

“Inicialmente não colaborei muito, estava com muito medo (...), tentei acalmar-me e fazer o que tinha aprendido nas aulas e realmente ajudou-me muito.” (E2)

“Acho que no fundo fui muito mais forte do que aquilo que imaginava. Eu estive interessada em fazer (...), mas houve problemas de comunicação (...) e eu não tinha ido a aula nenhuma. Acho que a preparação para o parto devia ser obrigatória, se a tivesse feito provavelmente sabia coordenar a respiração e os puxos, e não teria sido necessária a ventosa.” (E6)

“A preparação para o parto é muito importante porque no meu caso como estava completamente analgesiada, se não fosse a preparação para o parto eu não iria colaborar nada. Pela minha experiência se me perguntarem se deve ou não fazer preparação para o parto eu digo que sim.” (E7)

“Como já tenho outro filho desta vez não me apliquei tanto.” (E8)

“A preparação para o parto fiz da primeira vez, agora não. (...) Aguentei bem, já não era o primeiro, sabia que tinha que colaborar.” (E10)

“Preparação para o parto fiz no primeiro, (...) e isso deu-me alguma tranquilidade. (...) Achei que com mais calma, com menos doses de epidural iria colaborar mais. Os passos da preparação são os mesmos e portanto não fiz desta vez.” (E11)

“Eu acho que foi bom, para quem não teve aulas de preparação para o parto acho que me portei muito bem. (...) O que foi importante foi o apoio da enfermeira que estava comigo a explicar e incentivar.” (E12)

Nesta categoria de preparação para o parto verifica-se que as mulheres que fizeram aulas de preparação para o parto sentiram que adquiriram um conjunto de conhecimentos teórico práticos, que as ajudou e lhes deu confiança durante o seu trabalho de parto e nascimento. Também se observa com alguma evidência que as mulheres que não fizeram preparação realçam a importância da enfermeira no incentivo (apoio) e explicação do processo.

Medo, Ansiedade e Dor

O trabalho de parto e nascimento está fortemente associado ao medo, ansiedade e dor. Cada mulher é única e cada parto é vivenciado de forma única. Diversos fatores podem influenciar a intensidade da dor, como o medo, ansiedade, a motivação para o parto e maternidade, a paridade, a preparação para o parto, o nível socioeconómico, o tamanho do feto, o peso da mulher e até outras experiências dolorosas vivenciadas antes do parto.

“...como já disse eu vim induzir num dia combinado com a minha médica, e eu acho que isso ajuda a não ter medo.” (E1)

“Sim, esta é a minha primeira vez, (...) medo, medo tinha do parto em si, porque não é fácil perceber como é que um bebé consegue passar. É um mistério.” (E2)

“O último parto já foi há três anos. Tenho noção que quando a epidural foi aplicada fiquei mais calma, tem um efeito psicológico, a pessoa fica logo mais segura. Não ter que passar por dores tão violentas, eu estava mesmo bastante ansiosa.” (E5)

“Muito, muito, lá está é o primeiro (...), as mulheres sempre pariram em casa sem epidural e sem os cuidados que temos hoje. Eu depois de ter a minha bebé virei-me para o meu marido e disse: a minha mãe foi uma heroína (risos), realmente sem epidural (...), eu consigo agora dar valor a isso. Mas tive medo mesmo sabendo que ia levar epidural (...).” (E6)

“Foi tudo diferente do outro. Não sei se é medo ou receio, não sabemos quem nos vai calhar nem como as coisas vão correr.” (E8)

“Não tive medo. Já era a segunda vez, já sabia para o que vinha. Tive dor, já estava com contrações uterinas dolorosas quando fiz a epidural, já estava a doer muito.” (E9)

“Já foi o terceiro (...) já sabia com o que contava. Eu cheguei e o que queria era que as dores passassem (...), medo não tive (...).” (E11)

“Eu fiquei muito nervosa, muito ansiosa, (...) era o primeiro bebé. Entrei com muitas dores (...), entretanto fiquei com dilatação suficiente para fazer epidural (...). Se pensar em ter outro tem mesmo de ser com epidural, é óptimo (risos), o meu comportamento mudou totalmente e a forma de ver o parto também.” (E12)

Esta categoria de medo, ansiedade e dor, permitiu-nos conhecer a opinião da mulher sobre as suas vivências e os cuidados recebidos. Percebe-se que as dúvidas e os medos em trabalho de parto e nascimento são muitos, o medo de “não ser capaz de aguentar”, a ansiedade por não saber o desfecho dos acontecimentos.

Comportamento / Atitudes do Profissional

Nesta categoria a descrição das mulheres participantes no estudo revela que o comportamento/atitudes dos profissionais foram importantes para que o desenrolar do trabalho de parto e nascimento fosse vivenciado por elas na sua maioria com sentimentos e experiências positivas.

“Estavam sempre presentes (...), atendiam logo. (...) Explicavam tudo (...), ajuda a diminuir a ansiedade, a relaxar e a aproveitar melhor o momento que antecede o nascimento de um filho.” (E1)

“Gostei muito de todas as pessoas, a atenção, os cuidados, o carinho. Gostei muito. Senti que estavam sempre disponíveis, para me esclarecer e isso é importante porque ajuda a diminuir a ansiedade.” (E4)

“Tiveram muito respeito e privacidade. (...) A porta esteve sempre fechada. (...) No fundo estávamos num quarto particular, só eu e o meu marido. As enfermeiras entraram quando tinham que entrar e foi um parto muito respeitado.” (E5)

“ (...) sempre disponíveis para me esclarecer e tranquilizar.” (E7)

“Senti-me respeitada e cercada por pessoas que nos dão atenção, pois este é um momento único, difícil em termos de gestão de ansiedade, e é bom sentirmos que nos apoiam, pois isso deu-me tranquilidade e segurança.” (E10)

“ (...) a informação que me foi sendo transmitida pela enfermeira parteira foi sempre no momento certo, não fazia nada sem perguntar e explicar, e isso é ótimo, dá muita tranquilidade e segurança. Senti que respeitaram a minha privacidade e foi bom.” (E11)

“Cinco estrelas, toda a equipa estava ali para me ajudar e sempre valorizaram as minhas dúvidas e ansiedades.” (E12)

Relativamente ao comportamento/atitude do profissional a descrição das puérperas revela que o acolhimento e disponibilidade da equipa foram importantes para que conseguissem superar as dificuldades. Referem mesmo que esse apoio, acolhimento, disponibilidade, configurou-se em encorajamento, que além de ajudar na vivência desse período, contribuiu para a satisfação da mulher no seu parto.

Memória da Experiência

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva das mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e do seu parceiro.

Os profissionais de saúde são intervenientes ativos desta experiência. Tem oportunidade de colocar o seu conhecimento ao serviço do bem-estar da mulher e do recém-nascido. Dai a importância de se conhecer as experiências vivenciadas pela mulher

em trabalho de parto e nascimento, bem como os aspetos que considera positivos e negativos.

“Experiência mais ao menos positiva. Mais, porque o meu bebé nasceu bem. Menos, (...) quando se decidiu por cesariana, (...) o meu cateter epidural não estava a funcionar bem. (...) Acabaram por me dar anestesia geral, e como tal não vi o meu bebé nascer. Não era este parto que tinha idealizado.” (E1)

“Experiência positiva. Neste caso até me acho privilegiada de conseguir ter a dilatação assim tão fácil, e conseguir pô-lo cá fora (...), sem as ventosas. (...) Gostei. É muito melhor que uma cesariana. Eu vi a minha filha a sair. (...) É uma experiência marcante, nunca mais vou esquecer. Ficou uma boa lembrança.” (E3)

“Depois de ver a minha filha foi fantástica. Até lá foi muito difícil. Tinham decidido induzir o parto, depois e assim de repente dizem-me, vamos ter que a operar pois as análises estão a piorar. Fiquei nervosa (...), foi tudo a correr.” (E4)

“É indescritível, é fantástico, é um momento a repetir.” (E6)

“Eu gostei de parir, apesar de sentir tudo foi um momento fantástico. (...) a experiência do parto para mim foi maravilhosa, não consigo colocar em palavras aquilo que sinto devido à grandeza do sentimento.” (E10)

“O terceiro foi o que eu me apercebi mais e apreciei cada momento. No primeiro queria era que nascesse (...). No segundo já deu para perceber alguma coisa, mas no terceiro foi uma sensação totalmente diferente, parecia que até de alguma forma sabia o que fazer e conseguia controlar o meu parto. Vi-o nascer, quis mesmo ver. Gostei muito de parir (risos), depois da epidural claro! (risos) é uma experiência fantástica que não lhe consigo descrever.” (E11)

“Foi maravilhoso, ter o meu filho no meu colo é maravilhoso, é a melhor coisa que me aconteceu.” (E12)

Nesta categoria parece-nos que realçar as memórias das experiências do trabalho de parto e nascimento é de extrema importância, uma vez que elas podem interferir de uma forma significativa no equilíbrio emocional das mães e no estabelecimento de uma relação saudável com o bebé.

Memória da Experiência: Aspectos Positivos

“Poder estar sempre acompanhada.” (E1)

“Um aspeto que considero muito positivo foi a epidural. Acho que sem epidural não iria conseguir. (...) eu já estava a ficar totalmente descontrolada e ainda só tinha dois dedos de dilatação.” (E2)

“Aspeto positivo, foi rápido.” (E3)

“Como aspeto positivo considerei o toque, tocaram só quando foi necessário, não andavam sempre a tocar.” (E5)

“Em termos de aspetos positivos não tive qualquer dor, fiz epidural cedo e portanto não tive dor nenhuma.” (E7)

“Foi rápido. (...) desta vez tive um parto mais reservado, só estava no quarto a parteira, a enfermeira que recebeu o bebé e o meu marido, o que foi óptimo.” (E10)

“Sinto-me abençoada por ter sido capaz e ter-me calhado equipas muito boas e atenciosas.” (E12)

Memória da Experiência: Aspectos Negativos

“Toque vaginal é horrível. (...) não ter entrado em trabalho espontaneamente. Gostava de ter tido um parto normal.” (E1)

“Demorou quase um dia e isso é cansativo (...). O exame por baixo é muito desconfortável, antes de ter a epidural é mesmo doloroso.” (E2)

“Só houve um aspeto que não gostei, foi que tomei o pequeno-almoço na sala e depois colocaram-me no corredor. E estive mais de uma hora e trinta no corredor (...) e estive sempre sozinha, uma vez que no corredor não deixavam estar o meu marido, porque após o nascimento também era importante estarmos os três.” (E5)

“Só o toque vaginal, pois notei que havia muitos alunos de medicina para aprender (...). E convenhamos isto é um bocado chato.” (E7)

“Entrou muita gente durante o meu parto na sala, gostaria que tivesse sido mais reservado... se calhar eram todos necessários.” (E7)

“Acho que a epidural podia ser dada um bocadinho mais cedo, tenho uma amiga que esteve no privado e lá deram-lhe logo mal chegou, e só depois é que fez medicação para as dores virem. E quando estamos com dor queremos lá saber se temos dedos suficientes ou não, o que queremos é que nos tirem a dor.” (E8)

“(...) a epidural poderia ter sido dada mais cedo.” (E10)

“A única questão foi que estive aí a noite toda, demorou muito tempo.” (E12)

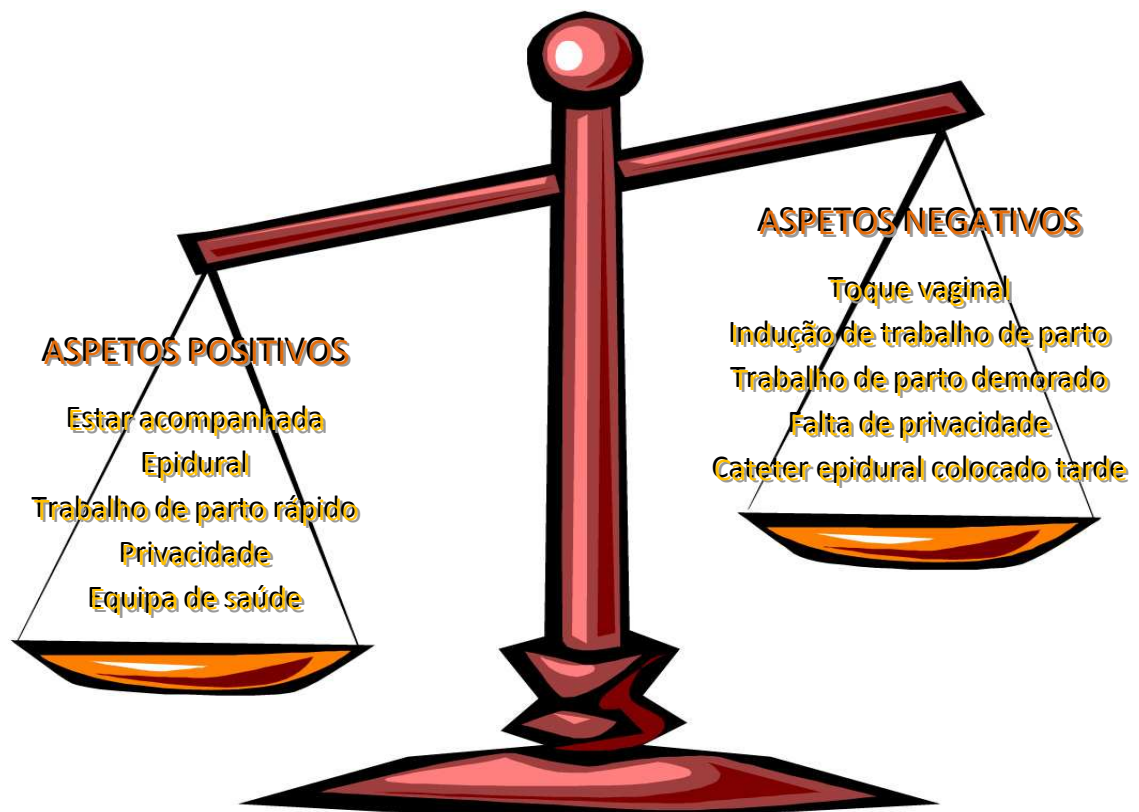


Figura 3: Memória da experiência – Aspectos positivos versus aspectos negativos

Em síntese da análise dos discursos das puérperas relativamente às experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento, emergem daqui duas estruturas essenciais, uma relativa às experiências positivas e outra relativa às experiências negativas. Estas estruturas essenciais foram constituídas tendo sempre como ligação, aquele que é o nosso foco no estudo (experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento), considerando os objetivos do estudo, de forma a conhecer o significado que atribuem ao trabalho de parto e nascimento, atendendo à duração do trabalho de parto, preparação para o parto, à presença do acompanhante e o comportamento durante o trabalho de parto. Também a forma como percecionou os cuidados recebidos através da analgesia epidural, informação e sentimentos de ansiedade medo e dor. Ainda a paridade e tipo de parto e por fim compreender se o comportamento/atitudes do profissional (acolhimento, comunicação e disponibilidade) influencia a experiência vivenciada pela mulher.

3.3 Discussão dos Resultados

De seguida serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação. Tendo presente a revisão bibliográfica, as estruturas essenciais que emergiram da apresentação dos resultados e os objetivos do estudo.

Experiências Positivas, Vivenciadas pela Mulher em Trabalho de Parto e Nascimento

Das doze mulheres entrevistadas, onze referem as experiências vivenciadas durante o trabalho de parto e nascimento como experiência positiva e que recomendam. Referem que o parto eutócico deve ser sempre a primeira opção desde que existam condições maternas e fetais para isso. As mulheres que estiveram em trabalho de parto, e depois foram submetidas a cesariana, manifestam sentimentos por vezes ambivalentes, uma vez que referem que está tudo bem porque o bebé está bem, mas logo de seguida referem que uma vez que estiveram a passar pelo trabalho de parto, gostariam de ter tido um parto eutócico. Estes resultados vêm de encontro aos resultados de Marut e Mercer (1979),

quando referem que as mulheres que pariram por parto distócico por cesariana percebem toda a experiência do trabalho de parto de uma forma mais negativa, do que as mulheres que pariram por parto eutócico. Também Dimatteo [et al.] (1996), numa meta-análise, encontraram resultados que sugerem que as mulheres que fizeram cesariana, sobretudo quando a cesariana não é planejada, estão menos satisfeitas com a experiência do parto.

No que se refere ao tipo de parto, todas as mulheres que pariram por parto eutócico e parto distócico auxiliado por ventosa, referiram o trabalho de parto e nascimento, como experiência positiva, gratificante, fantástica. Das três mulheres que os filhos nasceram por cesariana, duas referem ser uma experiência positiva, embora os sentimentos verbalizados relativamente a esta experiência não são tão entusiastas. Rizk, Nasser, Thomas e Ezimokhai (2001), constataram no seu estudo que as mulheres que têm um parto por cesariana relatam menor satisfação, do que as mulheres que têm parto eutócico.

Relativamente ao significado que atribuem ao trabalho de parto e nascimento, referem-se a estes dois momentos como experiências positivas e únicas. Esta experiência positiva está fortemente ligada na maioria das mulheres entrevistadas, com a duração (tempo) que estiveram em trabalho de parto. Sendo que quanto menor tempo, maior a satisfação.

Todas as mulheres entrevistadas referem, que o seu comportamento em trabalho de parto e nascimento foi o comportamento ajustado ao momento.

As mulheres que não efectuaram preparação para o parto referem que no momento do parto e mais precisamente no período expulsivo, esse facto foi um fator adverso, uma vez que os esforços expulsivos eram insuficientes, pela dificuldade em conciliar a musculatura respiratória e abdominal. É essencial, tal como nos afirma Cordeiro, citado por Bento (1992, p. 489), “se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde (...) reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso”.

A grande vantagem da preparação para o parto é a de aumentar a segurança, a tranquilidade, e a confiança da mulher para o momento do nascimento. Ensinar a mulher a ter um papel ativo no parto é um dos desafios. A compreensão da evolução do trabalho de

parto e nascimento implica a interiorização de estratégias que facilitam o seu mecanismo. O recurso frequente à analgesia epidural, leva a que haja uma diminuição das sensações no parto, o que pode dificultar a capacidade da mulher em reconhecer como agir em determinadas fases do trabalho de parto, nomeadamente no período expulsivo. Daí a importância das aulas de preparação para o parto, onde a mulher antecipadamente aprende a “puxar” sem ter presente o estímulo da contração.

Relativamente à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, todas as mulheres entrevistadas realçam a sua importância e referem que a sua presença tem benefícios, a nível de maior capacidade de relaxamento, sentimentos de tranquilidade e segurança aumentados. Referem também que o facto de terem alguém para partilhar o momento, é importante para elas. Também Gungor [et al.] (2007) constataram na revisão da literatura no que concerne à presença de um acompanhante que existem benefícios: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimentos de confiança, controle e comunicação mais positiva e melhor percepção do parto.

Durante o parto/nascimento a opinião das mulheres entrevistadas relativamente à presença do acompanhante já se encontra dividida, realçam o facto de a sua decisão ter sido respeitada. Este “pormenor” parece-nos de todo muito importante, uma vez que já se conhecem vozes (Michel Odent, 2010) e estudos, como referimos no enquadramento teórico, que questionam a problemática da presença do homem durante o parto e nos efeitos sobre a sua sexualidade nos meses imediatos.

Reportando-se aos cuidados recebidos, a maioria das mulheres entrevistadas referem a analgesia epidural como fator extremamente positivo durante o trabalho de parto e nascimento. Tornando-os momentos agradáveis o que por sua vez beneficia os sentimentos vivenciados nestes períodos e também a relação da tríade (mãe – pai – filho). Costa e Figueiredo (2002), relativamente ao procedimento analgesia epidural relatam que as mulheres que foram sujeitas a analgesia epidural estão mais capazes de relaxar e de estar disponíveis para colaborar com a equipa. Também Bucley (1998) refere que a mulher submetida a parto eutócico com epidural, tem uma boa experiência, uma vez que o alívio da dor permite maior relaxamento, o que contribuiu para uma experiência positiva do parto.

A maioria das mulheres referem que a informação recebida foi suficiente e adequada, sendo referida como um fator de grande relevância para experiência positiva que tiveram

em trabalho de parto e nascimento. Uma vez que o facto de se sentirem devidamente informadas fez com que tivessem uma atitude e comportamento adequado, maior tolerância aos procedimentos necessários, maior compreensão sobre os cuidados realizados pelos profissionais, diminuição da ansiedade e medo que por vezes as acerca nestes períodos. Lopes [et al.] (2009) sublinham o facto de que quando a mulher recebe informações corretas referentes ao processo de parir, poderá sentir-se mais autoconfiante e os sentimentos vivenciados durante o parto serão menos dolorosos e mais positivos.

Relativamente às questões da paridade, é evidente que as primíparas demonstram maiores níveis de medo/ansiedade relativamente ao trabalho de parto e nascimento que as multíparas, aliás estas já não se referem a medo do trabalho de parto e nascimento, mas sim a ansiedade por não saber e não poder controlar o desfecho dos acontecimentos.

Quanto ao comportamento/attitudes do profissional de saúde, no que se refere a respeito, privacidade, responsabilidade, solidariedade, prontidão e empatia para com as mulheres entrevistadas, foram referidos como estando presentes durante o trabalho de parto e nascimento por todas as mulheres entrevistadas e vistas como fator facilitador, promotor de experiências positivas, de aumento de tranquilidade e confiança da mulher quer nela própria quer nos profissionais. Klaus e Kennel (1992) salientaram que quando a mulher é valorizada e apoiada, tal pode reforçar sentimentos positivos e ajuda-a a assumir a sua identidade materna. Também Pettersan (1990) refere que a experiência do parto produz efeitos na autoestima da mulher.

Relativamente à comunicação, esta diz respeito às informações apropriadas às necessidades da mulher do ponto de vista técnico e científico. O conteúdo a ser comunicado precisa de ser “medido” do ponto de vista da capacidade de compreensão da mulher em causa. E isto aconteceu pois todas as mulheres referem que sentiram que houve essa preocupação por parte dos profissionais, de esclarecimento e disponibilidade.

Experiências Negativas Vivenciadas pela Mulher em Trabalho de Parto e Nascimento

Das doze mulheres entrevistadas, uma refere a experiência vivenciada durante o trabalho de parto e nascimento, como uma experiência mais ou menos positiva. Mais porque o bebé nasceu bem. Menos porque como teve o bebé por cesariana, com anestesia

geral, não pode ver o bebé nascer, ficou muito sonolenta após a anestesia e não era este parto que tinha idealizado. Costa e Figueiredo (2002) relatam também diferenças significativas na experiência do parto de mães que tiveram parto por cesariana com anestesia geral ou epidural, pois as que foram submetidas a epidural estão mais capazes de relaxar e de estarem disponíveis para colaborar com a equipa, aproveitam melhor a primeira vez que estão com o bebé, e em geral experienciam mais sentimentos positivos do que as mulheres com anestesia geral.

Durante o período de trabalho de parto o toque vaginal é um procedimento necessário para se conhecer a evolução do trabalho de parto. O toque vaginal não tem de ser um exame assustador, nem doloroso. Desde que seja realizado com o devido cuidado, não seja repetido varias vezes sem necessidade e seja sempre a mesma pessoa a fazê-lo, o que nem sempre acontece por varias razões, como mudança de turnos e presença de alunos em estágio. Neste estudo um dos aspetos negativos mais referidos pelas mulheres, são os vários toques vaginais a que são submetidas, que são descritos como “doloroso, horrível, desconfortável”. E se após essa descrição algumas referem, “mas teve de ser, não há outra forma de observar”, outras por sua vez reparam e referem que a duplicação e triplicação dos “toques” a que foram submetidas acontecem por questões de aprendizagem.

As parturientes, tal como todos os utentes têm direitos e um deles é “o direito ao consentimento livre e esclarecido”, descrito na carta Europeia dos direitos do paciente, no código deontológico dos médicos, no código deontológico dos enfermeiros e na carta dos direitos e deveres do utente publicada pela Direcção Geral da Saúde. Em suma, os quatro documentos dizem que todos os utentes devem ser consultados e informados sobre os procedimentos a que são sujeitos. Mas, na prática, a observação ou exame vaginal, procedimento vulgarmente chamado de “toque”, é bastante desvalorizado neste aspeto. No entanto, como já referimos anteriormente, a maioria das mulheres participantes referem que a informação recebida foi suficiente e adequada e que sentiram que a sua opinião foi valorizada.

A epidural é o tipo de analgesia mais comum para aliviar as dores do parto. A maioria das parturientes na generalidade opta por uma epidural em prol de outros métodos de alívio da dor. Este facto também se verifica nas mulheres participantes no estudo, onde onze foram submetidas a epidural e apenas uma não colocou cateter epidural, mas não foi

por opção, foi porque a evolução do trabalho de parto foi muito rápida e não houve tempo para efetuar esse procedimento.

Neste estudo, várias são as mulheres participantes que referem que este procedimento (colocar cateter epidural) poderia ter sido efetuado mais cedo. E que esse facto constitui um aspeto negativo do seu trabalho de parto. Referem também que só após a colocação do cateter epidural, é que começaram a perceber e a vivenciar o trabalho de parto, estes sentimentos vêm de encontro aos benefícios que conhecemos da analgesia epidural. Algumas mulheres referem mesmo que a epidural torna a experiência do parto mais positiva, permite descansar, relaxar, para na hora do período expulsivo ter mais energia e permite uma participação mais ativa no parto. Já em 1998, Bucley referia que a mulher submetida a parto eutócico com epidural tem uma boa experiência uma vez que o alívio da dor permite um maior relaxamento. Uma das mulheres como já descrevi anteriormente, compara os cuidados recebidos no setor público onde ela se encontra e o setor privado, *“tenho uma amiga que esteve no privado e lá deram-lhe logo mal chegou... quando estamos com dor, queremos lá saber se temos dedos suficientes ou não”* (E8). Parece-nos evidente que esta prática terá de ser pensada e aprofundada.

No que se relaciona com as questões sobre o comportamento/atitudes do profissional de saúde, como já referimos anteriormente a maioria das mulheres referem que sentiram que estes se preocupam com as questões da privacidade. No entanto, existe uma mulher que embora vá dizendo que se sentiu respeitada, também acrescenta que entrou muita gente no seu quarto durante o seu parto e gostava que tivesse sido mais reservado.

A função da equipa de saúde é, idealmente, propiciar um ambiente de parto que não coloque a mulher no círculo vicioso de medo – tensão – dor. Resgatar a intimidade do parto, respeitando a privacidade da mulher e fazê-la sentir-se segura, de forma a que o parto decorra da melhor maneira possível e que a mulher/casal possa dele disfrutar como momento e memória agradável. Pois, tal como referem Colman e Colman (2000, p. 24), *“... a experiência da gravidez deve acabar tal como começa, num momento íntimo ...”*.

O nascer é intrínseco ao viver da humanidade, conforme a cultura e o meio em que a mulher/mãe está inserida, razão pela qual a questão de partida para este estudo *“conhecer as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento”* se torna importante do nosso ponto de vista, uma vez que essas vivências podem reflectir-se direta ou indiretamente na sua forma de viver, de se compreender, na forma como se relaciona

com os outros, e ainda, como é capaz de se relacionar como mãe com o seu filho. Daí ser importante o enfermeiro conhecer essas vivências para definir os cuidados de enfermagem a prestar à mulher em trabalho de parto e nascimento, em função dos objetivos dela e não das perspectivas, ideologias e objetivos do enfermeiro. Dessa maneira evidenciamos a importância de uma atenção integral e individualizada, contemplando os aspectos emocionais, culturais, sociais, ecológicos e psicológicos da mulher e da sua família.

Relativamente aos objetivos traçados para este trabalho parece-nos que eles foram atingidos, pois este estudo permitiu-nos compreender o significado que estas mulheres atribuem ao trabalho de parto e nascimento. Percebemos que um parto rápido e fácil foi motivo para sentimentos agradáveis traduzidos pela satisfação com a experiência do parto e nascimento. O instante de nascimento foi relatado pelas mulheres como um momento único, fantástico, premiado de emoções, por vezes ambivalente que culmina na magia de ser mãe, e que faz com que tudo se esqueça e que apenas prevalece a capacidade de ela ser capaz de trazer uma vida ao mundo, e que essa vida é o seu filho.

Em relação à perspectiva da mulher sobre as suas vivências e cuidados recebidos, podemos verificar neste estudo que durante o trabalho de parto e nascimento prevaleceram os sentimentos positivos. A maioria das mulheres relata que o alívio da dor no parto com epidural foi o motivo que tornou maravilhosa essa ocasião, podendo então disfrutar do parto.

Refletindo sobre a possível relação entre a história obstétrica e a experiência da mulher, percebemos que as mulheres que recebem informações corretas em relação ao parto e que se preparam para ele, referem estar mais tranquilas e seguras, tornando-se protagonistas do seu parto. Também nos parece importante referir que as experiências anteriores de gravidez e parto são elementos importantes, que influenciam a mulher e que condicionam as necessidades de aprendizagem na gravidez atual.

Quanto ao comportamento/atitude do profissional de saúde e experiência vivenciada pela mulher, constatamos que a segurança, a calma e a tranquilidade da parturiente estavam relacionadas com o atendimento e o relacionamento interpessoal com os membros da equipa de saúde durante o trabalho de parto. Permitindo desse modo liberdade à mulher para colocar dúvidas e exprimir os seus sentimentos e com isso facilitar o nascimento. O relacionamento da mulher com os profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do trabalho

de parto e nascimento. Verificamos também que a maioria das mulheres valorizam e apreciam os esforços realizados pelos profissionais de saúde para preservar a privacidade e o pudor.

Deste modo, a opção metodológica por uma investigação qualitativa com uma abordagem descritiva utilizada na realização deste estudo pareceu-nos apresentar-se como a mais adequada, na medida em que se propôs uma descrição sobre as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento, o que nos parece ter resultado. Assim, conseguimos compreender o objeto em estudo e atingir os objetivos propostos. No entanto, este estudo, dado as suas características e especificidade não permite generalizações, pois estamos conscientes que este se cinge a esta realidade na descrição de uma forma particular. É um estudo limitado a estas mulheres, a esta unidade hospitalar, se bem que se tenha obtido exposições suficientes sobre o fenómeno estudado. Pois outro estudo, com outras parturientes, noutras instituições podem ter resultados diferentes.

Arriscamos contudo sugerir a realização de estudos similares noutras instituições de saúde, onde aprofundem a discussão sobre as experiências vivenciadas pelas mulheres em trabalho de parto e nascimento, de forma a conhecer os fatores que as influenciam, considerando as peculiaridades dos diferentes locais e características da assistência. Identificar esses fatores que influenciam a experiência da mulher em trabalho de parto e nascimento, é uma etapa elementar para a organização dos serviços de saúde na área da maternidade, voltada para as necessidades da mulher. Acreditamos que os resultados deste estudo, apesar das limitações já referidas, podem ter contribuído para esse debate, levantando questões que precisam ser aprofundadas em pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

Chegamos ao fim deste estudo com a sensação de dever cumprido. Não só respondemos a um desafio pessoal como a um desafio profissional, dando resposta ao plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O presente estudo teve por base conhecer as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento. Das doze mulheres entrevistadas, onze referem as experiências vivenciadas em trabalho de parto e nascimento como experiência positiva. Esta experiência positiva está fortemente ligada na maioria das mulheres com a duração (tempo) que estiveram em trabalho de parto. Sendo que quanto menor tempo, maior a satisfação. E com a analgesia epidural que está fortemente associada a momentos de relaxamento e conforto. Também o comportamento/atitude do profissional (comunicação, responsabilidade, disponibilidade e privacidade) é referido como um fator de grande relevância para a experiência positiva. O dialogo franco, a sensibilidade, uma escuta atenta, sem julgamentos nem preconceitos que permita à grávida falar da sua intimidade com segurança, por quem acompanha o trabalho de parto e nascimento são condições necessárias para que o saber em saúde seja colocado à disposição da parturiente, ajudando-a a construir o conhecimento sobre si mesma (autoconfiança, segurança, tranquilidade) contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável.

Durante o trabalho de parto é consensual que a presença de um acompanhante tem benefícios para a parturiente. No parto/nascimento observamos que as opiniões são divergentes. É então necessário respeitar a decisão do casal no caso de a terem ou ajudar o casal a tomar uma decisão consciente e esclarecida.

É consensual que a preparação para o parto reduz o medo e a ansiedade da mulher relativamente ao trabalho de parto e nascimento. Faz com que a mulher se sinta mais confiante e segura, no entanto, ainda não chega a todas as mulheres, umas por opção e

outras por dificuldades de acesso. Parece-nos importante que uma das preocupações dos enfermeiros especialistas na área da saúde materna e obstetrícia seja o cumprimento da circular normativa n.º 2/2006 da Direção Geral de Saúde, com a criação de acessibilidades na preparação para o parto a todas as mulheres.

Acreditamos que a conquista do reconhecimento da autonomia profissional passa pelo assumir de responsabilidades, de tomar decisões que se inserem no âmbito da intervenção, considerando a mulher/família como parceiros de decisão defendendo o desenvolvimento de planos de parto, com vista a gravidezes saudáveis e experiências de parto bem-sucedidas.

Assim, acreditamos que a busca do conhecimento sobre as experiências vivenciadas em trabalho de parto e nascimento é importante para refletirmos sobre os cuidados de enfermagem que prestamos, e poder contribuir para que os cuidados de enfermagem prestados à mulher em trabalho de parto e nascimento proporcionem um trabalho de parto que reforce na mulher a confiança em si mesma e nos enfermeiros.

Em termos pessoais encontro-me satisfeita com os resultados obtidos e até de alguma forma surpreendida. Pois quando parti para este estudo fi-lo com base numa inquietação/curiosidade, mas também preocupação em saber se os cuidados de enfermagem vão de encontro às necessidades da mulher em trabalho de parto e nascimento, e/ou perceber o que se pode e deve melhorar para que a mulher seja a protagonista do seu parto, se sinta feliz e realizada. Quantas vezes assisti a trabalhos de parto e nascimentos em que fiquei com a sensação de que a mulher não estava satisfeita. Isto porque os princípios que se defendem para o trabalho de parto e nascimento, como o acolhimento, o deixar a mulher decidir, a transmissão de segurança à mulher e principalmente a privacidade e o silêncio (intimidade) às vezes são muito difíceis de alcançar em ambiente hospitalar.

Após este estudo e apesar de termos de continuar a trabalhar para melhorar, o que é necessário melhorar, podendo passar, nomeadamente, pela realização de planos de formação claros baseados em práticas evidentes de forma a permitir aos enfermeiros tomar decisões, e também, que trabalhem a atitude do enfermeiro para que este tenha confiança no seu conhecimento e oriente a sua conduta no sentido do “empoderamento” da mulher em trabalho de parto e nascimento.

Apenas com o conhecimento da opinião da mulher será possível mudar os métodos de assistência e garantir um trabalho de parto e nascimento, seguro, tranquilo e onde permaneçam memórias agradáveis.

Fico contente com estes resultados, fico feliz por perceber que a maioria das mulheres que participou neste estudo se sente realizada e feliz com o seu parto, com o seu desempenho, com o desempenho dos profissionais de saúde, e com a forma como os acontecimentos ocorreram à sua volta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHLBORG, T.; STRANDMORK, M. – **Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery. First time parents' own views and coping strategies.** Journal of Psychosomatic Obstetrics e Gynecology, 27(3), p. 163-172, 2005.

ALBERONI, F. – **Sexo e Amor.** 3ª ed. Lisboa: Bertrand Editora, 2007.

ALVES, Maria da Graça Cerqueira – **Fatores que influenciam a Sexualidade Feminina depois do parto.** Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade e medicina, Tese de Mestrado em Sexualidade Humana, 2008.

ANONYMOUS – **Appropriate technology for birth.** Lancet, 2, p. 436-437, 1985.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. – **Evidências para melhores decisões clínicas.** São Paulo: Centro Cochrane do Brasil, 1998. In DE DOMENICO, Edvane Birelo Lopes; COSTARDI, Cilene Aparecida – Rev Latino-am Enfermagem, 11(1), p. 115-118, (jan./fev. 2003). www.eerp.usp.br/rlaenf

BACHMAN, Jean A. – **O controlo do desconforto.** In BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra Leonard, 1999.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo.** 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, S. [et al.] – **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para prática assistencial.** São Paulo: Roca; 2002.

BASTO, M. – **Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras.** Lisboa: Rei dos Livros, 1998.

BASTO, M. – **Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: Cuidados prestados num centro de saúde.** Rev. Enfermagem, vol. 23, nº 1, (jan./jun. 2005), p. 25-41.

BELIZ, V.; BRAGA, M. – **Entrevista à Dra. Vânia Beliz.** [Em linha]. Ficar Grávida, 2012. [Consult. 28 Dez. 2012]. Disponível em: [WWW:<URL:http://www.ficargravidacom.com/2012/11/entrevista-dr-vania-beliz-parte2.html>](http://www.ficargravidacom.com/2012/11/entrevista-dr-vania-beliz-parte2.html).

BELL, Judith – **Como realizar um projecto de Investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação.** 3ª ed. Lisboa: Gradiva, 2004.

BENTO, M. – **Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez.** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, 1992.

BERRY, L. – **Realistic expectations of the labour coach.** Journal of Obstetrics Gynaecologic and Neonatal Nursing, 17(5), p. 354-355, 1988.

BOBAK, I. [et al.] – **Enfermagem na Maternidade.** 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.** Porto: Porto Editora, 1994.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. – **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 21 (5): p. 1316-1327, 2005.

BURROUGHS, A. – **Uma introdução à enfermagem materna.** 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. – **Protocolos de Medicina Materno Fetal.** 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2008.

CANAVARRO, M – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade.** 1.ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8535-77-5.

CARNEIRO, Marinha – **Ajudar a nascer – parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação.** Porto: Dissertação de Doutoramento em ciências da educação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2003.

CARRARO, Telma; KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; MEINCKE, S.; FIWSKI, M.; FRELLO, A. [et al.] – **Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres.** Texto contexto Enfermagem. Ed. Especial, nº 15, 2006, p. 97-104.

CARRARO, Telma [et al.] – **O papel da Equipa de saúde no cuidado e conforto no Trabalho de parto e Parto: opinião de puérperas.** Texto contexto Enfermagem [em linha]. Vol. 13, nº 3 (jul./set. 2008), p. 502-509.

CARVALHO, M. – **Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades e motivações dos casais.** [Em linha]. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, vol. 19, nº 2, 2003. [Consult. 14 Mai. 2012]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>>.

CARVALHO, Geraldo Mota; CUNHA, Emerson Barbosa – **Enfermagem em obstetrícia.** 3ª ed. São Paulo: E.P.U., 2007.

CICUTO, A. G.; BELISÁRIO, C. R. L.; TAVARES, B. B. – **Puerperal women’s satisfaction with their delivery.** Invest Educ Enferm, 30(2): p. 208-214, 2012.

COLMAN, L.; COLMAN, A. – **Gravidez a Experiência Psicológica.** Lisboa: Edições Colibri, 1994.

CORDEIRO, J. – **A Saúde Mental e a Vida.** Lisboa: Edição Salamandra, 1987.

- COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO [et al.] – **Parto : expectativas, experiências, dor e satisfação. Psicologia, Saúde e Doenças**. Lisboa: Vol. 4, nº 1 (Julho 2003), p. 47-67.
- COSTA, Raquel – **Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, 2004.
- COUTINHO, E. – **A experiência de ser cuidada na sala de partos**. Revista Sinais Vitais, nº 68, 2000.
- COUTINHO, E. – **Uma perspectiva cultural de cuidar no parto**. Porto: Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto, p. 61-66, set./2006.
- COUTO, Germano – **Preparação para o parto**. Loures: Lusociência, 2003.
- COUTO, Germano – **Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto**. Rev. Latino-am Enfermagem: 14(2): p. 190-198, (mar./abril. 2006). www.eerp.usp.br/rlaenf
- CUNNINGHAM, F. Gary [et al.] – **Obstetrícia**. 4ª ed. Barcelona: Masson, 1996.
- DIMATTEO, [et al.] – **Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A Metaanalysis**. Health psychology, 1996.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar – **Vigilância pré natal e revisão do puerpério**. Abr./2003.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Circular Normativa nº 2/2006 – Preparação para o Parto**. [Em linha]. ARS Norte, 24 Feb. 2006. [Consult. 12 Out. 2012].Disponível em WWW:<URL: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estratégico/Unidades%20Coorden.%20Funcionais/UCF_Livro_2008.pdf>.
- DOMINGUES, R. [et al.] – **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. Rio de Janeiro: Cadernos Saúde Pública, 20 (1), p. 552-562, 2004.
- DRAPER, J. – **Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance**. Midwifery: nº13, p. 132-138, 1997.
- EMMANUEL, E.; DEBRA, C.; FREISER J. – **What mothers want: apostnatal surviy**. Australian College of Midwives Incorporated, vol. 14, nº 4, 2011.
- ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON J.; DULEY, C. C. L. D.; HODNETT E.; HOFMEYR J. – **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. New York: Oxford University Press, 2000. www.medskills.eu
- ERLANDSSON, K.; DSILNA, A.; FAGERBERG, I.; CHRISTENSSON, K. – **Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior**. Birth, 34 (2): p. 105-114, 2007.
- FIGUEIREDO, B. – **Mães e bebês**. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2001.
- FIGUEIREDO, B. – **Perturbações psicopatológicas da maternidade**. In CANAVARRO, C. – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, p. 161-188, 2001.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. – **Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. Análise Psicológica.** Tese de Mestrado, Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, 2002.

FORTIN, Marie – **O Processo de Investigação: da concepção à realização.** Loures: Luso Ciência – Edições Técnicas e Científicas Lda, 1999.

FORTIN, Marie – **O Processo de Investigação: da concepção à prática.** 3ª ed. Loures: Lusodidacta, 2003.

FREITAS, Maria Goreti; FREITAS, Maria Olívia Nascimento – **Preparação para o parto pelo Método Psicoprofilático.** Coimbra: Revista Sinais Vitais, nº 8 (Agosto 1996), p. 41-45.

FREITAS, W.; COELHO, E.; SILVA, A. – **Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de género.** Tese de mestrado - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraíba João Pessoa, Rio de Janeiro, 2007.

FRÓIS, Deolinda; FIGUEIREDO, Helena – **Atitudes terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor.** Viseu: Hospital de São Teotónio de Viseu. Acessível no Núcleo de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do HSTV, SA., 2004.

GAUTHIER, B. – **Investigação social. Da problemática á colheita de dados.** 3ª ed. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas Lda, 2003.

GIORGI, A. – **Phenomenology and Psychological Research.** Pittsburgh: Duquesne University Press. 1985.

GIORGI, A. – **Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação.** In POUPART, J. (Ed.) – **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Editora Vozes, p. 386-409, 1997.

GIORGI, A.; GIORGI, B. – **Phenomenology.** In SMITH, J. – **Qualitative psychology: A practical guide to research methods.** Londres: Sage Publication Inc., p. 25-50, 2003a.

GIORGI, A.; GIORGI, B. – **The Descriptive Phenomenological Psychological Method.** In CAMIC, P. M.; RHODES, J. E.; YARDLEY, L. (Eds) – **Qualitative research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design.** Washington D. C.: American Psychological Association, p. 243-273, 2003b.

GIORGI, A. – **Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences.** *Análise Psicológica*, 24, p. 353-361, 2006.

GIUGLIANI, E. R. J. – **Amamentação Exclusiva.** In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ R. N. – **Amamentação: Bases Científicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GLAGYS, E. [et al.] – **La teoria de las transiciones y la salud de la mujer en el envarazo y en el posparto.** *Aquichan*, vol. 7, nº 1, abr./2007.

GOLEMAN, D. – **Trabalhar com inteligência emocional.** Lisboa: Temas e debates, 1999. ISBN: 972-759-180-9.

GOMES – **A Intimidade Sexual na Intimidade Conjugal**. In FONSECA, L.; SOARES, C.; VAZ, J. M. (Eds) – **A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar**. Coimbra: Quarteto, Vol. 1, p. 113-127, 2003.

GRAÇA, M. – **Medicina materno fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidl, 2005.

GRIBOSKI, R.; GUILHEM, D. – **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento**. Contexto Enfermagem, vol. 15, nº 1, 2006.

GUNGOR, I.; BEJI, N. K. – **Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey**. Western Journal of Nursing Research, vol. 29, Mar. 2007.

HUNT, C. O.; NAULTY, S.; BADER, A. M. [et al.] – **Anesthesiology**. n. 71, p. 535, 1989.

JENSEN, Margaret Duncan – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª ed. Loures: Lusociência, Cap. 10, 1999.

KITZINGER, Sheila – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984. ISBN: 972-8245-25-4.

KITZINGER, Sheila – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUSS, P. H. – **Vínculo construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto alegre: Artes médicas, 2000.

LEAL, I. – **Psicologia da Gravidez e Parentalidade**. Lisboa: Fim de século, 2005.

LOPES, R. [et al.] – **O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto**. Psicologia: reflexão e crítica. Vol. 18, nº 2, p. 247-254, 2005.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-16-1.

MACHADO, M. – **Assistência Pré-natal**. In: GRAÇA – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel, p. 123-133, 2005. ISBN: 972-757-325-8.

MALDONADO, M. – **Psicologia da gravidez**. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARUT; MERCER – **Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births**. Nursing Research, 1979.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. – **Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission**. Nursing Outlook, nº 42, p. 255-259, 1994.

MELEIS, A. [et al.] – **Experiencing Transitions: an Emerging Middle – Range Theory**. Adv Nurs Sci. vol. 23, nº 1 (set. 2000).

MELEIS, A. – **Theoretical nursing: Development and Progress**. 4ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MELEIS, A. – **Transitions theory: middle range and situation – specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Co, 2010.

MELEIS, A. – **Theoretical nursing: Development and Progress**. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, 2011 (cap. 17).

MENDES, I. – **Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós parto**. Porto: Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.

MENDES, M. – **Curso de Obstetrícia**. 1ª ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1993.

MINAYO, Maria Cecília; ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edinilsa – **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 243, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – **Circular normativa nº 09/DGCG**, de 14/06/2003. [Em linha]. 2003. A dor como 5º sinal vital registo da intensidade da dor. [Consult. 10 Out. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas – **Pré natal e puerpério – Atenção qualificada e humanizada**. Serie A. Normas e manuais técnicos, 2005.

MOTTA, C. C. L. – **Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NAKANO, A. M. S.; SILVA, L. A.; BELEZA, A. C. S.; STEFANELLO, J.; GOMES, F. A. – **O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante**. Acta Paul Enferm, 20(2), p. 131-137, 2007.

NIVEN, C.; MURPHY-BLACK, R. – **Memory for labor pain: review of the literature**. Bird, vol. 27, nº 4, p. 244-253, 2000.

ODENT, M. – **Entrevista a Michel Odent**. [Registo Video]. Lisboa: Programa entre nós - SIC, 10 de Dez. de 2010. [Consult. 28 Dez. 2012]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.sic.aeiou.pt/online/entretenimento/entre-nos/Convidados/convidado9.htm>>.

ODENT, M. – **New reasons and new ways to study birth physiology**. [em linha]. United Kingdom. [Consult. 22 Set. 2012]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.michelodent.com/news.php?id=14>>.

OLIVEIRA, M.; ZANPIERI, M.; BRÜGGEMAMM, O. – **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado do processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, E. M. F. – **Vivência do homem no puerpério**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Programa de Pós Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Rede de cuidados de saúde primários – Regulamento dos centros de saúde, princípios a salvaguardar**. 2003a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários**. 2003b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da ordem dos enfermeiros**. Artigo 90, Alínea A, parecer nº 44, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Appropriate technology for birth**. Lancet, 24, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família – **Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide**. Genebra: OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Educação para uma maternidade segura: Módulos de educação em obstetrícia**. 2ª ed. Genebra: OMS, 2005.

OXORN, Harry – **Trabalho de parto**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 1989.

PATTON, M. – **Qualitative evaluation and research methods**. Beverly Hills, CA: Sage, p. 169-186, 1990.

PETERSON, G. – **Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships**. Pre and perinatal psychology journal, nº 11, 1996.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – **Manual de investigação em ciências sociais**. 2ª ed. Lisboa: Grávida Publicações, 1998.

RAMOS, N. – **Saúde, Migração e Interculturalidade**. João Pessoa, Editora Universitária da UFBP, 2008.

REGULAMENTO n.º 125/2011 – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Diário da Republica II serie, nº 35, 18 de Fevereiro de 2011.

RIZK, D.; NASSER, M.; THOMAS, L.; EZIMOKHAI – **Woman's perceptions and experiences of child birth**. United Arabe Emirates: Journal of Perinatal Medicine, nº 29, p. 298-307, 2001.

SACKETT, D. – **Evidence – based medicine**. Spin, Lippincott-raven publishers, p. 1985-1986, 1998.

SANTOS, P., SILVA, S. – **O trabalho do PSF no incentivo ao parto normal através do uso de um método psicossomático de alívio da dor: relato de caso**. Rev. Min. Enferm., vol. 11, nº 1, p. 36-40, (jan./mar. 2007).

SCORTEGAGNA, S. A.; MIRANDA, C. A.; MORSH, D. S.; CARVALHO, R. A.; BIASI, J.; CHERUBINI, F. PSIC – **Revista de Psicologia da Vetor Editora**. Vol. 6, nº 2, p. 61-70, (jul./dez. 2005).

SMITH, N. - **Comprender a Gravidez**. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN: 978-972-0-35110-4.

SOMERS-SMITH, M. J. – **A place of the partner?: expectations and experiences of support during childbirth**. Midwifery, 15, p. 101-108, 1999.

STORTI, J. P. L. – **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. – **Pesquisa qualitativa, técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed Porto Alegre, Artemed, 2008.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda, 2002.

TAYLOR, A.; ADAMS, D.; DORÉ, C. [et al.] – **Mother – baby bonding: correlations with early mood and methods of the library**. 2003.

TANAKA, A. – **Maternidade: dilemma entre nascimento e morte**. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TORNQUIST, C. – **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, vol. 19, nº 2, p. 419-427, 2003.

TRUPIN, D. – **La paternite ne commence pas à la maternite**. Annales Medico psychologiques, nº 165, fev. 2007, p. 472-477.

TUDELA, M.; LOBO, F. – **O desafio da polipatologia crónica na medicina familiar – Melhores resumos comunicações livres do 11º CNMF**. Aveiro: Rev. Port Clin Geral, 2007.

VALVERDE, M. – **Um referencial amoroso para assistir-cuidar das adolescentes grávidas**. Pelotas (RS): Universitária, 1997.

VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; LIUKKONEN, A. – **Fathers' experiences of childbirth**. Midwifery, 14, p. 10-17, 1998.

VILLA CORTA, A. E.; RODRIGUES, M. – **Metodologias e ferramentas para implementar estratégias de empoderamento**, In: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. – **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Action. Brasil, 2002.

WATSON, J. – **Nursing: woman science and woman care, theory of nursing**. 2ª ed. New York: National League for nursing, 1998.

WAGNER, M. – **Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology**. Australia: ACE Graphics, 1994.

ZAMPIERE, M – **Vivenciando o processo educativo em Enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Texto & Contexto – Enfermagem. nº 8, (jan./abr. 1999).

ZHANG, J.; BERNASKO, J. W.; LEYBOVICH, E.; FAHS, M.; HATCH, M. C. – **Continuous labor support from labor attendant for primiparous woman: A meta-analysis**. Obstetrics & Gynecology, Vol. 88, nº 4 (2), 1996.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. – **Enfermagem Obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Primeira Parte

Entrevista semi-estruturada 1º Momento	Data:	Local: CHSJ EPE Serviço de Obstetrícia/Puerpério	Nome investigador: Paula Janeiro
Objectivo: Formalizar o pedido de colaboração às puérperas para participarem no estudo através do pedido de consentimento informado.			
O que realizar: <ul style="list-style-type: none">• Apresentação pessoal;• Apresentação do estudo: objectivos, finalidades e motivo de realização das entrevistas;• Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida;• Entrega do documento escrito formal de pedido de consentimento informado, no caso de aceitação dos participantes, e respectiva assinatura do documento.			

Segunda Parte

Entrevista semi-estruturada 2º Momento	Data:	Local: CHSJ EPE Serviço de Obstetrícia/Puerpério	Nome investigador: Paula Janeiro
<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Compreender o significado que as mulheres atribuem ao trabalho de parto e nascimento;• Conhecer a opinião da mulher sobre as suas vivências e os cuidados recebidos durante o trabalho de parto e nascimento;• Perceber a possível relação entre a história obstétrica (paridade e tipo de parto) e a satisfação da mulher;• Compreender se o comportamento/atitudes do profissional de saúde influencia a experiência vivenciada pela mulher e de que forma; <p>Identificação, dados sociais, demográficos e obstétricos:</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade• Nacionalidade• Habilitações literárias• Estado civil• Gestação• Paridade• Vigilância pré-natal (nº de consultas)• Preparação para o parto• Tipo de parto			

Terceira Parte

Entrevista semi-estruturada 3º Momento	Data:	Local: CHSJ EPE Serviço de Obstetrícia/Puerpério	Nome investigador: Paula Janeiro
<p>Questões auxiliares</p> <ul style="list-style-type: none">• Que experiências vivenciou durante o trabalho de parto<ul style="list-style-type: none">- Aspectos positivos- Aspectos a melhorar- Medo- Dor- Comportamento durante o trabalho de parto• Houve alguma experiência que gostaria que tivesse acontecido de maneira diferente<ul style="list-style-type: none">- O quê- Porquê• Como descreve o seu parto / nascimento, que experiências vivenciou<ul style="list-style-type: none">- Aspectos positivos- Aspectos a melhorar- Medo- Dor- Comportamento durante o parto• Outros factores que possam influenciar as experiências em trabalho de parto e nascimento<ul style="list-style-type: none">- Conhecimentos- Informação recebida- Preparação para o parto- Paridade- Tipo de Parto- Presença do acompanhante• A equipa profissional<ul style="list-style-type: none">- Atitudes- Respeito- Privacidade			

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o inquérito (entrevista semi-estruturada) proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo V – Folha de informação ao participante no estudo de investigação

Paula Dores Pinto Janeiro, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com o Nº Ordem 4-E-08342, a desempenhar funções no serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar de S. João. Actualmente a frequentar o mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na ESEP, com o Tema: *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento.*

Este estudo tem como objectivos conhecer as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento:

- Compreender o significado que as mulheres atribuem ao trabalho de parto e nascimento;
- Conhecer a opinião da mulher sobre as suas vivências e os cuidados recebidos durante o trabalho de parto e nascimento;
- Perceber a possível relação entre a história obstétrica (paridade e tipo de parto) e a satisfação da mulher;
- Compreender se o comportamento/atitudes do profissional de saúde influencia a experiência vivenciada pela mulher e de que forma.

Este estudo insere-se numa metodologia, com abordagem qualitativa.

Tenho como finalidade ao realizar este estudo contribuir para que os cuidados de Enfermagem prestados à mulher em trabalho de parto e nascimento, proporcionem um trabalho de parto humanizado reforçando na mulher a confiança em si mesma e nos enfermeiros.

A sua participação neste estudo é de carácter voluntário pelo que está no seu direito de consentir ou declinar voluntariamente a sua participação.

No que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos dados é-lhe garantido que toda a informação recolhida ao longo do processo de investigação, não estará acessível a outros que não o investigador e que mais ninguém conhecerá a fonte.

Data: ___/_____/201__

Assinatura da Puérpera: _____

O Investigador responsável:

Nome: Paula Dores Pinto Janeiro

Assinatura: _____

ANEXO III

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO
AO DIRECTOR CLÍNICO DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO E.P.E.**



23.3.2012

É do interesse para a instituição.
Nada a opor a posterioridade do
estado, cuja metodologia é
adequada. Seria importante referir
o número de mulheres a incluir e
os respectivos critérios de ~~selecção~~
selecção.

Centro Hospitalar São João
Centro de Investigação
Prof. Dra. Ana Azevedo
Coordenadora CIC

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

Projecto de Investigação: "Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento"

Investigadora Principal: Enf.^a Paula Janeiro

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 27 de Fevereiro de 2012

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

Hospital São João
José Fonseca
Adjunto da Direcção Clínica

A Ex^{ma} Investigadora Principal, para resposta
às questões formuladas pela Ex^{ma} Sra. Prof.
Dra. Ana Azevedo.

Comissão de Ética

De: Paula Janeiro [paulinhajaneiro@gmail.com]
Enviado: terça-feira, 27 de Março de 2012 19:30
Para: Comissão de Ética
Assunto: Re: Pedido de esclarecimentos Centro de Investigação

Exmº Drº Pedro Brito

Boa tarde

Em resposta ao email, gostaria de informar que o numero de puerperas a inquirir, uma vez que se trata de uma metodologia qualitativa, será até à saturação da informação, no entanto parece-me que não será superior a 30.

Relativamente aos criterios de selecção, a população proposta para este estudo é constituída por um grupo de puérperas nas primeiras 48 horas pós-parto (excluem-se as mulheres com cesariana programada), cujo trabalho de parto e nascimento ocorre na maternidade de uma instituição de saúde. O instrumento de colheita de dados será a entrevista, que como refere Patton (1990), "nós entrevistamos pessoas para descobrir a partir delas algo que não podemos observar... nós não podemos observar sentimentos, pensamentos e intenções". O tratamento de dados irá ocorrer num processo contínuo e simultâneo, com passos articulados e complementares entre si visando compreender a realidade tal como ocorre e, é descrita. Muito obrigado pela atenção

Atenciosamente

Paula Janeiro

Em 26 de março de 2012 12:21, Comissão de Ética <comissao.etica@hsjoao.min-saude.pt> escreveu:
Exma. Sra. Enf.ª Paula Janeiro

Em anexo envio parecer do Centro de Investigação do Centro Hospitalar de São João, que passo a transcrever: 'É de interesse para a instituição. Nada a opor à prossecução do estudo, cuja metodologia é adequada. Seria importante referir o número de mulheres a inquirir e os respectivos critérios de selecção. Prof.ª Doutora Ana Azevedo'.

Aguardamos o esclarecimento das questões assinaladas para emissão de um parecer conclusivo.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Brito
(Comissão de Ética para a Saúde)

M: +351 913 341 546

T: +351 225 512 126

F: +351 225 512 126

Centro Hospitalar São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

29. 3. 2012
fizei o parecer.
Nada a opor.

Centro Hospitalar São João
Centro de Investigação
Prof. Dra. Ana Azevedo
Coordenadora CIC

ANEXO IV

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO
AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO E.P.E.**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO - EPE

Parecer

Título do projecto: Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento

Nome do Investigador Principal: Paula Dores Pinho Janeiro

Objectivo do Projecto: Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Local Onde decorrerá o Estudo: Serviço de Obstetrícia/Puerpério do Centro Hospitalar de S. João - EPE

Concepção e Pertinência do Estudo:

Trata-se dum projecto de dissertação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia promovido pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A investigadora é Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e desempenha funções no Serviço de Obstetrícia do C.H. de S. João - EPE e o seu estudo tem como objectivo conhecer as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento.

Tem como finalidade com este estudo contribuir para que os cuidados de Enfermagem prestados à mulher em trabalho de parto e nascimento proporcionem um trabalho de parto humanizado reforçando a confiança em si própria e nos enfermeiros.

A recolhe de dados obtêm-se com recurso a entrevista semi-estruturada não definindo no entanto a investigadora o tamanho da amostra.


A conclusão do projecto está prevista para Julho de 2012.

O questionário parece adequado e será anonimizado.

O consentimento informado e a informação aos participantes estão assegurados pelos documentos em anexo.

Conclusão: A CES não se opõe à realização deste projecto.

Porto e C. H. de S. João – EPE, 2012-02-24



ANEXO V

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO
AO DIRECTOR DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA
DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO E.P.E.**

Exmo. Senhor Prof. Doutor Nuno Montenegro
Director do Serviço de Obstetrícia no
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação
(Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Nome do Investigador Principal: Paula Dores Pinto Janeiro

Título do projecto de investigação: Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho
de parto e nascimento

Pretendendo realizar no Serviço de Obstetrícia/Puerpério do Centro Hospitalar de S. João
– EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de
Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 12 / Dezembro / 2011

Paula Dores Pinto Janeiro
13/12/11
Director do Serviço de
Ginecologia e Obstetrícia
Prof. Doutor Nuno Montenegro

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

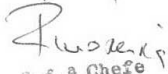
Paula Dores Pinto Janeiro

ANEXO VI

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO
À ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA
DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO E.P.E.**

Autorizado

13/12/2011


Enf.ª Chefe
Rosa Moreira

Exma. Sr.ª Enf.ª Rosa Moreira
Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia no
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação
(Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Nome do Investigador Principal: Paula Dores Pinto Janeiro

Título do projecto de investigação: Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho
de parto e nascimento

Pretendendo realizar no Serviço de Obstetrícia/Puerpério do Centro Hospitalar de S. João
– EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de
Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 12 / Dezembro / 2011

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

