

**MARIA DO ROSÁRIO FELISBERTO BEXIGA MONTEIRO**

***“ A IMPORTÂNCIA DO CURSO DE  
PREPARAÇÃO PARA O PARTO NO  
DECORRER DO TRABALHO DE PARTO ”***

**ORIENTADORA**

**PROF<sup>a</sup> DOUTORA CONSTANÇA GOMES MACHADO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA, 2007**

**MARIA DO ROSÁRIO FELISBERTO BEXIGA MONTEIRO**

**“ A IMPORTÂNCIA DO CURSO DE  
PREPARAÇÃO PARA O PARTO NO  
DECORRER DO TRABALHO DE PARTO ”**



164 707

**ORIENTADORA  
PROF<sup>a</sup> DOUTORA CONSTANÇA GOMES MACHADO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA  
UNIVERSIDADE DE ÉVORA, 2007**

## **AGRADECIMENTOS**

Todo o trabalho tem o seu percurso, algumas vezes difícil, solitário, outras vezes mais fácil, mas para que este trabalho chegasse ao fim o esforço da autora seria provavelmente, mais árduo, se não contasse com o esforço de outras pessoas na sua realização, a todas elas, que me acompanharam ao longo deste percurso, incentivando, acreditando, oferecendo o seu contributo...., os meus sinceros agradecimentos.

Ao meu marido, Mário Monteiro, pela compreensão, amor e companheirismo;

Aos meus filhos, Ana e Mário, por entenderem as minhas ausências, por dividirem comigo alegrias e dificuldades, por terem me ajudado de diferentes maneiras, sempre com muito carinho;

Ao Conselho de Administração do Hospital Dr. José Maria Grande, de Portalegre pela permissão deste estudo;

Às mulheres que participaram neste estudo por terem partilhado as suas experiências;

E, especialmente, à Sr.<sup>a</sup> Prof. Dr.<sup>a</sup> Constança Machado, pela orientação dada, pelo seu interesse e disponibilidade e principalmente pelo privilégio de ter tido a sua orientação.

***“Se soubermos que um obstáculo é intransponível,  
deixa de ser um obstáculo para se tornar  
num ponto de partida”.***

**Jozsef Fotvos**

## RESUMO

Este trabalho de pesquisa, teve como objectivo avaliar “*A importância do Curso de Preparação para o Parto no decorrer do Trabalho de Parto*”

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo-comparativo, de natureza quantitativa. A amostra populacional, seleccionada aleatoriamente, é constituída por 80 (oitenta) puérperas que se encontravam internadas no Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, das quais 40 (quarenta) frequentaram o Curso de Preparação para o Parto e as restantes 40 (quarenta) não tiveram qualquer preparação.

Propusemo-nos atingir os seguintes objectivos:

- Analisar a importância atribuída pelas parturientes às aulas de Preparação para o Parto;
- Comparar o comportamento das parturientes que tiveram Preparação para o Parto com as que não tiveram.

Após o enquadramento teórico, onde abordamos a nossa temática e subsequente problemática, abordamos os objectivos e metodologia do estudo.

A análise dos dados recolhidos através de um questionário, permitiram-nos concluir que:

- A amostra em estudo é caracterizada por 80 mulheres com idades compreendidas entre os 31 e 35 anos (35%), o estado civil da maioria é casada/união de facto (66%). A habilitação literária predominante é o Ensino Superior (33,75%). Foi possível encontrar mulheres a trabalhar em vários ramos de actividade em que 12,5% são Professoras. Salienta-se ainda o facto de 8,8% estarem desempregadas. Ainda em relação à amostra no total, 65% das parturientes tiveram um parto Eutócico (parto normal) e a companhia de familiar/amigo durante o parto (82%). A maioria das gravidezes foi planeada e desejada (65%), 67,5% das mulheres foi mãe pela 1ª vez e as que já tinham sido mães, são mães de 1 filho (22,5%).

- A dor sentida durante o trabalho de parto foi suportável para 51,2% das inquiridas e a necessidade de tomar medicação para aliviar as dores foi de 50% no total. O comportamento durante o parto foi considerado de Razoável por 5,8% mulheres,

apesar disso ainda houve parturientes que afirmam ter tido falta de controlo (36,3%) motivada pelas contracções do útero (27,5%).

- O medo foi um sentimento admitido por 66,3%, apesar que afirmarem que o parto ter corrido de forma mais fácil do que estavam à espera (60%). No geral a recordação do parto fica memória destas recém mããs como Boa (53,8%)

- Na amostra das 40 mulheres que tiveram preparação para o parto, esta iniciativa surgiu por conhecimento de amigos (31,3%), sendo o objectivo desta preparação a aquisição de conhecimentos (30%), desmistificar o medo do parto (3,8%) e proteger a criança (3,8%).

- Ainda dentro da amostra das mulheres que participaram no curso 48% afirmam que as aulas corresponderam às expectativas, avaliando a formação como “Muito Importante” (36,3%). Dentro de todas as vantagens que este tipo de cursos poderá trazer, os mais anunciados foram: as técnicas de respiração e relaxamento, proporcionar autoconfiança e desmistificar medos e preconceitos.

- Na amostra das 40 mulheres que não tiveram preparação para o parto 22,5% não o fizeram por falta de informação e 8,8% por falta de tempo.

- As mulheres que frequentaram as aulas de preparação para o parto tiveram menos necessidade de tomar medicação para a dor durante o parto do que as que não fizeram.

- As mulheres que fizeram o curso de preparação para o parto sentiram mais medo do que as que não fizeram.

- As mulheres que fizeram o curso de preparação para parto tiveram mais controle durante o trabalho de parto do que as que não fizeram.

- As mulheres que fizeram o curso de preparação para parto tiveram uma experiência mais positiva do que as que não fizeram.

## ABSTRACT

This work of research had as objective to evaluate “*The importance of the Course of Preparation for the Childbirth in elapsing of the Work of Childbirth*”.

One is about an exploration study, description-comparative degree, of quantitative nature. The population sample, selected aleatory, is constituted by 80 (eighty) puérperas that they met interned in the Dr. Hospital Jose Maria Grande de Portalegre, of which 40 (forty) frequented the Course of Preparation for the Childbirth and remains 40 (forty) had not had any preparation. We propose in them to reach the following objectives:

- Analyse the importance attributed for the women in labour to the lessons of Preparation for the Childbirth;
- Compare the behaviour of the women in labour who had had Preparation for the Childbirth with that they had not had.

After the theoretical framing, where we approach our thematic and subsequence problematic, we approach the objectives and methodology of the study.

The analysis of the data collected through a questionnaire, allow-in concluding them that:

- The sample in study is characterized by 80 women with ages understood between the 31 and 35 years (35%), the civil state of the majority is married/fact union (66%). Predominant the literary qualification is Superior Instruction (33,75%). It was possible to find women to work in some branches of activity where 12,5% are Teachers. Salient still the 8,8% fact to be dismissed. Still in relation to the sample in the total, 65% of the women in labour had had a Eutócico childbirth (normal childbirth) and the familiar company of/friend during the childbirth (82%). The majority of the pregnancies was gliding and desired (65%), 67.5% of the women were mother for 1<sup>a</sup> time and the ones that already had been mothers, are mothers of 1 son (22,5%).

- The pain felt during the childbirth work was bearable for 51,2% of the inquired ones and the necessity to take medication to alleviate pains was of 50% in the total. The behaviour during the childbirth was considered of Reasonable by 5,8%

women, although this still had women in labour that they affirm to have had lack of control (36.3%) motivated by the contractions of the uterus (27.5%).

- The fear was a feeling admitted for 66,3%, despite that affirming that the childbirth to have run of more easy form of what they were to the wait (60%). In the generality the memory of the childbirth is memory of these just moms as Good (53.8%).

- In the sample of the 40 women who had had preparation for the childbirth, this initiative appeared for knowledge of friends (31.3%), being the objective of this preparation the acquisition of knowledge (30%), to demystify the fear of the childbirth (3.8%) and to protect the child (3.8%).

- Still inside of the sample of the women who had participated in course 48% affirms that the lessons had corresponded to the expectations, evaluating “the Very Important” formation as (36,3%). Inside of all the advantages that this type of courses will be able to bring, the most announced had been: the techniques of breath and relaxation, to provide auto trust and to demystify fears and preconceptions.

- In the sample of the 40 women who had not had preparation for childbirth 22.5% not had made it due to information and 8,8% due to time.

- The women who frequented the lessons of preparation for the childbirth had had little necessity to take medication for pain during the childbirth of what the ones that had not made.

- The women who had made the course of preparation for the childbirth had felt more fear of what the ones that hadn't made.

- The women who had made the course of preparation for childbirth had had more control during the work of childbirth of what the ones that had not made.

- The women who had made the course of preparation for childbirth had had a more positive experience of what the ones that had not made.



# ÍNDICE

Folha

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1 - ECOLOGIA</b> .....	19
1.1- A ECOLOGIA GERAL .....	19
1.2- A ECOLOGIA HUMANA .....	23
1.3- MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO .....	26
<b>2 - A MULHER E A GRAVIDEZ</b> .....	28
2.1- DIMENSÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS DA GRAVIDEZ .....	32
2.2- O PARTO .....	44
2.2.1 - Parto e Cultura .....	48
2.2.2 - Trabalho de Parto e Parto .....	58
2.2.3 - A Dor no Trabalho de Parto .....	61
2.2.4 - O Papel da Enfermeira Perante a Mulher com Dor .....	65
2.3- PREPARAÇÃO PARA O PARTO .....	68
2.3.1 - O Parto Sem Dor – Psicoprofilaxia .....	72
2.3.2 - Outros Métodos de Preparação para o Parto .....	76
<b>3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	80
3.1 - PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	80
3.2 – METODOLOGIA .....	82
3.3 - TIPO DE ESTUDO .....	85
3.4 - DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO/ AMOSTRA .....	86
3.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	88
3.6 - PRÉ TESTE .....	90

3.7 - PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS .....	91
3.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	92
3.9 - PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DOS DADOS .....	92
<b>4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>94</b>
4.1-ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS QUE CARACTERIZAM A AMOSTRA .....	94
4.2-ANÁLISE DAS FREQUÊNCIAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS COMUNS AOS DOIS GRUPOS DE MULHERES .....	99
4.3-ANÁLISE DE FREQUÊNCIAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS REFERENTES AO GRUPO DE MULHERES QUE FREQUENTARAM O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO .....	115
4.4-ANÁLISE DA FREQUÊNCIA DESCRITIVA DA ÚNICA VARIÁVEL REFERENTE AO GRUPO DE MULHERES QUE NÃO FREQUENTARAM O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO .....	121
4.5 - COMPARAÇÃO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS ENTRE OS DOIS GRUPOS DE MULHERES .....	123
<b>5 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>142</b>
<b>6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>156</b>
ANEXO I .....	157
ANEXO II .....	165

## ÍNDICE DE TABELAS

Folha

Tabela 1 – Idade (Frequências e %) .....	95
Tabela 2 – Estado Civil (Frequências e %) .....	95
Tabela 3 – Habilitações (Frequências e %) .....	97
Tabela 4 – Profissões (Frequências e %) .....	98
Tabela 5 – Tipo de parto (Frequências e %) .....	99
Tabela 6 – Companhia de familiar ou amigo durante o parto .....	101
Tabela 7 – Gravidez anterior (Frequências e %) .....	101
Tabela 8 – Número de filhos já existentes (Frequências e %) .....	102
Tabela 9 – Planeamento da gravidez .....	104
Tabela 10 – Preparação para o parto (%) .....	105
Tabela 11 – Classificação da dor .....	106
Tabela 12 – Necessidade de medicação .....	107
Tabela 13 – Comportamento durante o parto .....	108
Tabela 14 – Falta de controlo durante o parto .....	109
Tabela 15 – Motivo da falta de controlo .....	109
Tabela 16 – Medo durante o parto (Frequências e %) .....	110
Tabela 17 – Medo sentido durante o parto (Frequências e %) .....	112
Tabela 18 – Como correu o parto (Frequências e %) .....	112
Tabela 19 – Nascimento decorreu como tinha imaginado (Frequências e %) .....	114
Tabela 20 – Recordação do parto (Frequências e %) .....	115
Tabela 21 – Conhecimento do curso de preparação para o parto (Frequências e %)...	116
Tabela 22 – Motivos que levou a frequentar o curso de preparação para o	

parto (Frequências e %) .....	118
Tabela 23 – Curso correspondeu às expectativas (Frequências e %) .....	118
Tabela 24 – Avaliação da formação dada no curso .....	120
Tabela 25 – O mais importante no curso (Frequências e %) .....	121
Tabela 26 – Motivo de não ter frequentado o curso (Frequências e %) .....	123
Tabela 27 – Sentiu necessidade de medicação para as dores .....	124
Tabela 28 – Sentiu necessidade de medicação para as dores (Frequências e %) .....	125
Tabela 29 – Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Necessidade de medicação para a dor” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” .....	126
Tabela 30 – Sentiu medo durante o parto (%) .....	127
Tabela 31 – Sentiu medo durante o parto (Frequências e %) .....	127
Tabela 32 – Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Medo durante o parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” .....	129
Tabela 33 – Controlo durante o parto (Frequências e %) .....	130
Tabela 34 – Controlo durante o parto (Frequências e %) .....	131
Tabela 35 – Motivos da falta de controlo durante o parto (Frequências e %) .....	132
Tabela 36 – Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Teve falta de controlo durante o parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” .....	133
Tabela 37 – Experiência do parto .....	134
Tabela 38 – Como correu o parto (Frequências e %) .....	135
Tabela 39 – Nascimento do filho (Frequências e %) .....	136
Tabela 40 – Recordação do parto (Frequências e %) .....	137
Tabela 41 - Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Como correu o trabalho de parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” .....	138
Tabela 42 - Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” .....	139
Tabela 43 - Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Recordação que guarda do seu parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” .....	140

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Folha

Gráfico 1 – Idade (%) .....	94
Gráfico 2 – Estado Civil (%) .....	96
Gráfico 3 – Habilitações Literárias (%) .....	96
Gráfico 4 – Profissão (%) .....	97
Gráfico 5 – Tipo de parto (%) .....	100
Gráfico 6 – Companhia de familiar ou amigo durante o parto (%) .....	100
Gráfico 7 – Gravidez anterior (%) .....	102
Gráfico 8 – Número de filhos já existentes (%) .....	103
Gráfico 9 – Planeamento da gravidez (%) .....	103
Gráfico 10 – Preparação para o parto (%) .....	104
Gráfico 11 – Classificação da dor (%) .....	105
Gráfico 12 – Necessidade de medicação (%) .....	106
Gráfico 13 – Comportamento durante o parto (%) .....	107
Gráfico 14 – Falta de controlo durante o parto (%) .....	108
Gráfico 15 – Motivo da falta de controlo (%) .....	110
Gráfico 16 – Medo durante o parto (%) .....	111
Gráfico 17 – Medo sentido durante o parto (%) .....	111
Gráfico 18 – Como correu o parto (%) .....	113
Gráfico 19 – Nascimento decorreu como tinha imaginado (%) .....	113
Gráfico 20 – Recordação do parto (%) .....	114
Gráfico 21 – Conhecimento do curso de preparação para o parto (%) .....	116
Gráfico 22 – Motivos que levou a frequentar o curso de preparação para o parto .....	117

Gráfico 23 – Curso correspondeu às expectativas (%) .....	119
Gráfico 24 – Avaliação da formação dada no curso (%) .....	119
Gráfico 25 – O mais importante no curso (%) .....	120
Gráfico 26 – Motivo de não ter frequentado o curso (%) .....	122
Gráfico 27 – Sentiu necessidade de medicação para as dores (%) .....	125
Gráfico 28 – Medo durante o trabalho de parto (%) .....	128
Gráfico 29 – Falta de controlo durante o trabalho de parto (%) .....	131
Gráfico 30 – Como correu o trabalho de parto (%) .....	135
Gráfico 31 – Nascimento do filho foi como tinha imaginado (%) .....	136
Gráfico 32 – Recordação do parto (%) .....	137

## INTRODUÇÃO

Gravidez e parto são, por definição, duas etapas, na espécie humana, consagradas exclusivamente ao feminino. Esta decisão natural e selectiva converteu estas disposições em momentos do quotidiano, com um carácter cultural variado e rico, do ponto de vista de cada pessoa, tanto pelas definições subjacentes às mesmas, como pelas atitudes e ritos consagrados, consoante a cultura inerente.

O estado gravídico, acima de tudo, pode ser considerado um estado ritual, isto é, um estado de continuo cumprimento de tradições e costumes passados de geração em geração, como refere KITZINGER (1995).

Descreve ainda, a citada autora que “ *a mulher grávida está em perigo ritual (...) por se encontrar num estado intermediário – ainda não é mãe e já não é virgem (...)* deixou um estatuto, mas ainda não foi aceite noutra. Assim está em estado marginal”. Seguindo este pensamento audaz, mas de uma veracidade constante em muitas sociedades, podemos pensar então da necessidade de compreendermos de forma científica e inteligente a gravidez e conseqüente parto.

A maternidade é tão antiga como a humanidade. Ser mãe e em especial pela primeira vez, é um dos acontecimentos mais importantes na vida de uma mulher. Representa tanto um desafio à sua maturidade, como uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades familiares e sociais.

Pode comprovar-se através da arte rupestre, que o homem sempre enalteceu a maternidade, já que se podem admirar algumas pinturas que retratam o nascimento humano.

A maternidade é um acontecimento e uma função extremamente valorizada na nossa sociedade, atribuindo-se-lhe um grande significado – a capacidade de fecundar e conceber.

A gravidez é um acontecimento importante na vida da mulher e da sua família. Considerada por muitos autores como um período de crise, que envolve mudanças muito profundas a nível somático, endócrino e psicológico, envolve por isso mesmo reajustamentos e reestruturações a vários níveis. Apesar de ser um momento de crise, a

gravidez é um acontecimento normal do desenvolvimento e podemos dizer que é essencial e deve preceder e preparar a integração maturacional. Assim, podemos considerar a gravidez como uma crise de desenvolvimento, que exige um período prolongado de adaptação e reorganização, bem como do desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e modificação de relações interpessoais.

Nada nos parece mais premente ser analisado à luz da ciência e da própria gênese humana, do que a necessidade de estudar a gravidez e todas as ideias inerentes a esse estado, tais como o parto e sua preparação, visto os mesmos serem a base da vida humana. Então, porquê deixar de cimentar conhecimentos e saberes sobre estes assuntos tão importantes para a nossa prática? As razões da escolha deste tema para estudo prendem-se com o facto de possuímos a Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de convivermos diariamente com grávidas no serviço, colaborando na realização do parto.

O enfermeiro exerce hoje um conjunto de competências técnicas e relacionais que garantem a sua responsabilidade, amparando-se numa metodologia científica ao prestar cuidados específicos ao cliente/pessoa, à família e à sociedade. E já que os níveis de intervenção são diferentes, os elementos das equipas tendem a completar-se e não a sobrepor-se, até porque a intervenção do médico, por exemplo, está centrada na doença, enquanto que a do enfermeiro está centrada na “pessoa cuidada”, na sua globalidade como ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, promovendo a saúde e o bem-estar global.

Na nossa sociedade a mulher prepara-se emocionalmente para a maternidade, porém, não se prepara para o parto, que é o acto inaugural da concretização da maternidade.

Muitos casais vivem a gravidez, o parto o pós-parto, a amamentação como momentos muito difíceis, por absoluta falta de informação. Por isso, é cada vez maior o número de casais que procura um curso pré-parto, no qual podem trocar ideias sobre as dificuldades da gravidez, preparar-se para um parto consciente e sem temor, e para um início da paternidade/maternidade mais tranquilo, vivendo assim estes momentos se stress, mais unidos, superando juntos as dificuldades normais destes períodos.



A Preparação para o Parto tem como principal objectivo, proporcionar, através da informação, uma experiência gestacional e de parto bem positiva, com grande sucesso na amamentação, amenizando as ansiedades, e fornecendo respostas às questões que assombram a vida do casal grávido.

Com a preparação para o parto, cada elemento consegue perceber melhor qual o seu papel e esclarecer melhor as suas dúvidas.

Para a Enfermagem, a preparação para o parto é um dos seus objectivos, por facilitar uma maior colaboração com a grávida e a sua família, como com outros profissionais de uma equipa multidisciplinar.

A preparação física e psicológica da grávida constitui uma das grandes conquistas da mulher nos últimos 50 anos, uma vez que deixa de se submeter passivamente ao parto para passar a preparar-se activa e eficazmente para ele com a ajuda do companheiro ou pessoa significativa.

Se pensarmos agora sobre a investigação e Enfermagem, BASTO (1998) diz-nos que se *“faz investigação para melhor compreender a realidade ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno”*. Desta forma, e no seguimento de um pensamento abrangente, elegemos como percurso de investigação a *“Preparação para o Parto”* enquanto domínio de acção de enfermagem e de outras disciplinas da saúde, porque pretendemos com o nosso estudo, saber se as aulas de preparação para o parto serviram de algum modo para facilitar o decorrer do trabalho de parto. Assim, aspiramos confirmar a veracidade das teorias existentes em torno da importância das aulas de Preparação para o Parto. Sendo que pretendemos, fundamentalmente, conhecer uma dada realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem.

De acordo com o que foi supracitado, surgiu-nos a nossa problemática:

**“ A importância do Curso de Preparação para o Parto no decorrer do Trabalho de Parto”.**

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, utilizando o método quantitativo, uma vez que tem como objectivos:

- Analisar a importância atribuída pelas parturientes às aulas de Preparação para o Parto,
- Comparar as experiências das parturientes que tiveram Preparação para o Parto com as que não tiveram.

Este estudo foi realizado no serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, num período de tempo compreendido entre Novembro de 2006 e Fevereiro de 2007, sendo a população sobre a qual recai o estudo, puérperas que tenham feito o Curso de Preparação para o Parto e puérperas que não tenham feito o Curso.

Iniciamos o desenvolvimento desta dissertação, com uma fundamentação teórica que pretende ser a base conceptual do trabalho exposto e cujo conteúdo aborda sucessivamente vários aspectos relacionados com a Ecologia Geral, Ecologia Humana e a forma como o meio ambiente influencia o desenvolvimento humano. Numa segunda parte apresentamos uma síntese teórica relativa aos aspectos teóricos subjacentes ao processo de gravidez e parto, parto e preparação para o parto, com base na revisão bibliográfica, necessária à análise da informação emergente do questionário. Numa terceira parte, descrevemos as opções metodológicas, seguida da parte em que apresentamos a análise dos resultados. Com a última parte do trabalho pretendemos fazer uma reflexão/conclusão de todo o trabalho efectuado.

## 1 - ECOLOGIA

### 1.1 – A ECOLOGIA GERAL

A palavra ecologia foi utilizada pela primeira vez pelo biologista alemão E. Haeckel em 1866, na sua obra *Generelle Morphologie der Organismen*.

A palavra ecologia deriva da palavra grega *Oikos*, que significa “casa” ou “lugar onde se vive”. Em sentido literal, a ecologia é o estudo dos organismos “em sua casa”.

Numerosas definições de ecologia têm sido propostas. Direi, acompanhando a grande maioria dos ecologistas actuais que “a ecologia é a ciência que estuda as condições de existência dos seres vivos e as interações, de qualquer natureza, existentes entre esses seres vivos e o seu meio”. (LAMY, 1996)

Contudo, uma vez que a ecologia se ocupa especialmente da biologia de *grupos* de organismos e de processos *funcionais* na terra, no mar e na água doce, está mais de harmonia com a moderna aceção, definir a ecologia como o estudo da estrutura e do funcionamento da natureza, considerando que a humanidade é uma parte dela.

A ecologia como ciência autónoma só se impôs no decurso do séc. XX, depois da Segunda Guerra Mundial, sendo até aqui totalmente ignorada pelo grande público. A partir de 1960 desenvolveu-se rapidamente, com um grande volume de publicações tanto de divulgação como científicas.

Como refere ODUM (1997), “a ciência ecológica teve, ao longo da história, um desenvolvimento gradual, embora espasmódico. As obras de Hipócrates, Aristóteles e outros filósofos da cultura grega contêm material de natureza claramente ecológica”. Embora os gregos não tivessem uma palavra própria para a designar.

De uma forma mais ou menos clara, várias foram as pesquisas e os trabalhos elaborados, sobre temas ecológicos ao longo dos anos. *Estática Social* (1850), *Hipóteses sobre o Desenvolvimento de Spencer* (1852), *A Origem das espécies de Darwin* (1859), entre outros.

No séc. XVIII e início do séc. XIX multiplicaram-se as expedições desenvolvidas pelas grandes potências, com o objectivo de inventariar os recursos e as riquezas dos

países explorados. À medida que as expedições iam decorrendo e se iam conhecendo as estreitas relações entre os seres vivos e o clima, a ecologia vai-se tornando explicativa.

Segundo ACOT, citado por LAMY, *após a Segunda Guerra Mundial a ecologia tornou-se um império (...)* são publicados trabalhos sobre a ecologia dos microorganismos e, no Vietname, os Estados Unidos da América inauguram a era das aplicações militares da ecologia.

Desde então, a ecologia não mais tem parado de se desenvolver e afirmar como ciência.

Segundo SCHROTER e SCHWERTFEGER podem-se distinguir em ecologia três grandes grupos: a auto-ecologia, a dinâmica das populações e a sinecologia. Estas distinções são um pouco arbitrárias mas têm a vantagem de ser cómodas tendo em vista a sua exposição.

- *A Auto-ecologia* (SCHROTER, 1896) estuda as relações de uma única espécie com o seu meio. Define essencialmente os limites de tolerância e as preferências das espécies em face dos diversos factores ecológicos, examinando a acção do meio sobre a morfologia, a fisiologia e o comportamento. Desprezam-se as interações dessa espécie com as outras, mas frequentemente ganha-se na precisão das informações.

- *A Dinâmica das populações* (SCHWERTFEGER, 1963), descreve as variações da abundância das diversas espécies e procura as causas dessas variações.

- *A Sinecologia* (SCHROTER, 1918), analisa as relações entre os indivíduos pertencentes às diversas espécies de um grupo e do seu meio.

O estudo sinecológico pode adoptar dois pontos de vista:

- *O ponto de vista estático* (sinecologia descritiva), que consiste em descrever os grupos de seres vivos existentes num determinado meio.

- *O ponto de vista dinâmico* (sinecologia funcional), onde se destacam dois aspectos, por um lado pode-se descrever a evolução dos grupos e examinar as influências que os fazem suceder-se num certo lugar, e, por outro lado podem-se também estudar os transportes de matéria e de energia entre os diversos constituintes de um ecossistema.

As subdivisões são úteis em ecologia, tal como em qualquer outra ciência por facilitarem a análise e a compreensão e ainda por sugerirem, dentro de cada campo de estudo, vias de especialização apropriadas.

O nascimento da ecologia moderna situa-se à volta da década de 1930. Actualmente esta ciência adquiriu grande desenvolvimento em muitos países. Deve-se observar que este desenvolvimento fez-se, contudo, com um atraso de 50 anos em relação às disciplinas de laboratório, que se desenvolveram a passos de gigante, devido a terem gozado das preferências dos biólogos. As causas desse desapego foram múltiplas.

A primeira foi a necessidade de generalização, a ambição de descobrir leis aplicáveis a todo o mundo livre. Esta ambição foi expressa por Claude Bernard, que disse: *“A fisiologia geral ignora as distinções entre os géneros e as famílias”*. Esta possibilidade de generalização das descobertas feitas sobre uma espécie, ou algumas espécies, explica sem dúvida o sucesso da genética, da embriologia, da citologia ou da biologia molecular. A ecologia, ao contrário, acha-se ainda em muitos casos no estágio analítico.

A segunda razão que explica o atraso da ecologia é que o grau de desenvolvimento do conhecimento impôs aos sábios o estudo dos fenómenos naturais como se estes fossem destacados uns dos outros, isolados e independentes. Até recentemente este modo de pensar ajudou a ciência a fazer o inventário do mundo, a sistematizar as suas aquisições, sendo condição muito importante dos enormes progressos realizados.

A terceira razão que explica o atraso da ecologia é a falta de perspectivas de que sofreu até cerca de 1930. Esta ciência não parecia ter aplicações, ao passo que as disciplinas de laboratório apresentavam pelo menos o mérito de contribuir, por exemplo, para os progressos da medicina.

No séc. XIX e no começo do séc. XX e até mesmo nos nossos dias, a transposição brutal para a natureza dos dados de laboratório teve frequentemente consequências imprevistas e às vezes catastróficas, sendo aí que a ecologia conseguiu passo a passo impor-se.

Actualmente as aplicações da ecologia tornam-se cada vez mais numerosas: o desenvolvimento da luta biológica contra espécies nocivas à agricultura, ao homem e ao gado; a regulação racional do corte das matas do território, com a criação de Reservas e Parques Naturais são alguns exemplos, entre outros, dessas aplicações.

A ecologia aplicada tornou-se uma ciência indispensável ao agrónomo, ao geógrafo, ao médico e até mesmo ao legislador. Numa época em que a espécie humana, devido ao surto demográfico que afecta todos os países, invade e transforma cada vez

mais os meios naturais, o seu futuro só pode estar assegurado, recorrendo a todos os dados da ecologia moderna

Nas suas pesquisas, o Ecologista não separa o ser vivo do seu contexto, estuda-o na sua totalidade. Isto significa, por exemplo, que a espécie não será estudada no indivíduo isolado ou num pequeno grupo de indivíduos, mas numa população, isto é, no conjunto dos indivíduos espalhados numa determinada área e renovando-se no tempo.

Efectivamente, desde Copérnico, o homem deixou de ser o centro do universo. Ficou reduzido à mera condição de habitante de um planeta azul, satélite de uma estrela localizada numa certa galáxia. Mas, ainda assim, persistiu na óptica do supremo predador (superiormente dotado). Por outras palavras, o mundo natural é esse corpo (conforme às leis imperiosas, constantes e mecânicas) que deve obediência ao espírito. Mais precisamente ao homem, que está no topo da cadeia “natural”, cabe o dever de submeter a natureza por acção directa da conquista ou indirecta da domesticação.

Nada pior que o desastroso utilitarismo da “conquista da natureza” é a sedução do cogito confinado ao delírio das boas intenções e da moral limpa.

Muito possivelmente, a ecologia é a consciência dos nossos tempos e os seus fantasmas e medos andam em torno da grande e inevitável metafísica interrogação: - Para quando o fim dos tempos? O mesmo será dizer: - Para quando o fim da História? Para quando a Morte? O que nos leva à vertente tanatológica da ecologia.

Quer Darwin, quer Alfred Russel Wallace, se bem que por processos metodológicos diferentes, usaram o conceito de evolução, isto é, a eliminação dos mais débeis e menos adaptados. Toda a arquitectura intelectual destes dois notáveis investigadores incide no entendimento da natureza como uma realidade determinada pelo processo selectivo.

Contudo, como sabemos, o processo evolutivo é, significativamente lento. Ora aqui deparamos com o inevitável ponto de retorno da relação política e ontológica do Homem com o mundo: O Tempo.

Formar cidadãos é difícil, dispendioso e requer paciência, isto é, tempo. O dilema é óbvio, as sociedades, só se estruturam com evidências da civilização, quando promovem as condições de abordagem e de fabricação consciente de “coisas”.

Termina esta abordagem, sob forma interrogativa: *A ecologia é o discurso das sociedades ricas?*

O meio ambiente de muitos países do sul deteriora-se sob a pressão de sistemas políticos e económicos inadaptados (normalmente repressivos) e traduz essa deterioração no esgotamento de recursos naturais.

Em termos internacionais, são conhecidas as flutuações económicas mundiais e o peso da dívida destes países para com os do norte. Sendo assim, como podem estes países desenvolver comportamentos e valores ecológicos?

## 1.2 - A ECOLOGIA HUMANA

A primeira ideia que nos ocorre, neste âmbito, é que, de facto, o Homem, desde os primeiros tempos da sua história se tem interessado pela ecologia.

É banal verificar que muitas vezes se pratica a ecologia sem se saber. O pescador sabe que as Trutas se devem capturar nos rios de curso rápido e em águas bem arejadas, ao contrário das Carpas que se encontram nos rios lentos. Este conhecimento empírico das exigências ecológicas dos seres vivos, já existia no Homem pré-histórico, que o tinha adquirido durante a procura da caça e das plantas comestíveis, assim como de abrigos onde existisse um microclima favorável.

Durante a década passada a Ecologia emergiu das suas raízes nas ciências biológicas para se tornar uma nova disciplina integrada que liga as ciências naturais e sociais. Em acréscimo ao estudo de como os organismos interagem entre si e com o seu ambiente, os ecologistas alargaram a sua escala de estudo e o seu interesse com a inclusão de níveis mais altos de organização – o sistema ecológico ou ecossistema, a paisagem, a região e a biosfera.

A ecologia ocupa-se do estudo científico das relações entre os organismos e os seus ambientes e dos factores físicos e biológicos que influenciam estas relações e que são influenciados por eles. As relações entre os organismos e os seus ambientes, não são mais que o resultado da selecção natural, donde se depreende que todos os fenómenos ecológicos têm uma explicação evolutiva.

Todos os seres vivos têm uma forma de viver que depende da sua estrutura e fisiologia e também do tipo de ambiente em que vivem, de modo que, os factores físicos e biológicos combinam-se, para formar uma grande variedade de ambientes nas

diferentes partes da biosfera. Assim, a vida de um ser vivo está intimamente ligada às condições físicas do seu ambiente.

Na concepção inicial da ecologia humana, a organização do sistema social humano foi um conhecimento necessário. Os clássicos da sociologia tinham a percepção dos fenómenos que diziam respeito ao ambiente e aos recursos naturais na sua ligação com a organização social.

A Ecologia Humana nasceu com Park e Burgess em 1920, dedicando-se ao espaço das sociedades. Park considerava a *comunidade* como conceito central.

A ecologia humana preocupa-se com o modo como as populações humanas se organizam, com o objectivo de se manterem no seu meio ambiente. (HAWLEY 1996)

São vários os autores que abordam a ecologia humana de diferentes formas, embora todas elas interessantes. Barrows em 1992, (cit. In Nazareth 1), identifica a ecologia humana como uma componente da geografia. Este ponto de vista abordava a diversidade dos comportamentos humanos no espaço e a diversidade de respostas sociais e culturais ao meio.

Entre outros autores, é a partir de 1950 que a ecologia humana ganha força com a ajuda das obras de QUINN e HAWLEY. Segundo QUINN a ecologia faz uma análise sociológica estudando os aspectos bióticos na relação entre o homem e o ambiente, através dos quais surge e se altera a estrutura social. Para HAWLEY a ecologia humana dá grande ênfase à luta pela existência e consequente necessidade de adaptação ao meio, colocando com conceito chave da sua teoria a importância da comunidade, não fazendo sentido a luta individual, focando a forma como determinado número de pessoas se organiza de maneira a conseguir sobreviver em determinado habitat.

Também, segundo ODUM, próximo de HAWLEY, surge DUCAN apresentando como referência no seu ponto de vista, o conceito de ecossistema, sendo este constituído pela população, meio ambiente, tecnologia e organização, assim como as suas inter relações, tratando-se de um fenómeno dinâmico, contínuo e em equilíbrio.

Na mesma linha de pensamento surge então ODUM que defende que a ecologia humana apenas se ocupa dos quatro níveis mais altos da organização: População, Comunidade, Ecossistema e Biosfera, em que o importante é a estabilidade e capacidade de sobrevivência do ecossistema.

A ecologia humana ocupa-se das relações da população, tanto com factores externos e unidades maiores, como com a dinâmica interna e aborda o estudo das



organizações humanas, sendo uma tentativa de lidar holisticamente, com as organizações.

As populações dos seres humanos formam parte de comunidades e ecossistemas bióticos. Actualmente, e apesar dos enormes progressos tecnológicos, não só a relação entre o ritmo de renovação dos recursos naturais e o crescimento populacional, como também a acção deletéria deste crescimento sobre o ambiente, solicitam uma progressiva intervenção da investigação ecológica.

A ecologia humana tem como objectivo de estudo o sistema constituído pelo conjunto dos seres vivos e das diferentes componentes do seu ambiente físico.

A meta da ecologia humana é desenvolver nos seres humanos uma capacidade que trazem latente desde a concepção: poder viver em plena autonomia, com o máximo do seu potencial e auto-estima, em função de uma ética essencial e de uma inata necessidade de auto-protecção, auto-abastecimento, auto-realização e harmonia.

Do ponto de vista de NAZARETH (1993) poder-se-á dizer que a ecologia humana, actualmente dois pontos de vista: como uma disciplina e/ou como uma reflexão sobre a sociedade, inserida num determinado contexto ambiental. De uma maneira ou de outra, a ecologia humana centra os seus estudos nos diversos campos de actuação do homem numa perspectiva holística.

*“A ecologia humana deixa, assim, de ser um capítulo de uma ciência ou a síntese de todas as ciências, mas o estudo interdisciplinar das interacções entre o homem e o ambiente, estudo esse que é realizado através de uma metodologia sistémica”* (NAZARETH, 1993).

Hoje a ecologia humana *“estuda cada vez mais numa perspectiva global os diferentes «climas» que actuam no homem – físico, químico, biológico, sociológico, económico, técnico, cultural, espiritual....”* (NAZARETH, 1993).

A ecologia humana orienta os seus estudos, não só numa dimensão individual mas em termos de fenomenologia das populações humanas. Tendo em conta que as populações humanas constituem uma parte de comunidades bióticas e de ecossistemas, a ecologia humana pode ser considerada a ecologia da população de uma espécie muito especial – a do HOMEM. (ODUM, 1997)

### 1.3 - MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

O ser humano distingue-se dos restantes animais pela sua capacidade de adquirir conhecimentos, está sujeito a tudo, aprender, a reflectir o ambiente social que vive e foi educado.

A vida aparece como o resultado de complexas interacções que se estabelecem entre os organismos e o ambiente, sendo o produto da acção de ambos os componentes.

O ser vivo está em transição permanente com o ambiente, extrai dele as substâncias e energia que lhe são indispensáveis.

Citando SACARRÃO (1979), *“a vida apresentasse-nos como o resultado de acções complexas que se estabelecem no conjunto: organismo/ambiente, ou seja, os fenómenos que exprimimos pelo termo vida são definidos como uma função da dualidade organismo/ambiente como uma resposta das suas potencialidades intrínsecas aos factores do ambiente externo”*.

De acordo com as ideias de DEOUX (1996), nenhum organismo vive sem ambiente. Os sistemas vivos não são sistemas isolados. Pelo contrário só sobrevivem graças a trocas constantes.

O homem também é o “produto” do seu ambiente, mas contrariamente aos outros seres vivos, ele pode talhá-lo, organizá-lo ou estragá-lo. O homem é o único animal que pode gerar a sua destruição ou de o salvar. Como tal, faz sentido proteger a Natureza uma vez que a sua saúde depende do meio exterior em que vive.

Logo que nasce, o ser humano fica sujeito a um ambiente externo diferente, ele muda de meio.

Do meio aquático, termicamente constante, bem protegido, onde recebia oxigénio e alimentos através da placenta, ele passa para um meio inconstante onde vai ter de suportar novas condições e adaptar-se a elas. Fica sujeito a influências recebidas do ambiente físico e sociológico, que podem estimular positivamente o seu desenvolvimento, ou pelo contrário, ameaçar em muitos casos a sua própria sobrevivência.

O nascimento assinala o termo de uma vida em segurança, para dar lugar a um viver rodeado de perigos diversificados. Se o meio intra uterino é seguro, o ambiente externo é diversificado, complexo, imprevisível e ameaçador.

O ambiente externo é de primordial importância no desenvolvimento do ser humano.

O primeiro ano de vida é decisivo para o desenvolvimento normal de uma criança, que vai desenvolver percepções e compreensões resultantes da diferenciação a nível do cérebro e dos órgãos dos sentidos estimulados pelo contacto com o mundo. O ambiente externo reveste uma notória importância no desenvolvimento do ser humano que tudo tem a aprender.

A flexibilidade do ser humano é geneticamente determinada, enquanto as configurações e direcções que toma são em grande parte resultante do ambiente. Quanto maior for o número de oportunidades que o meio oferecer, maior diversidade humana haverá e mais livre será a expansão das potencialidades de cada indivíduo.

## 2 - A MULHER E A GRAVIDEZ

A concepção de mãe tem sofrido alterações radicais através dos tempos, consoante os valores, as culturas e as sociedades. Da família patriarcal ou alargada, onde a mãe desempenhava a função de dadora de afecto, passou-se à familiar nuclear e desta à monoparental e conseqüentemente a uma mãe prestadora de cuidados e desta à mãe culpabilizada com tudo o que acontece ao seu filho, respectivamente. Segundo, LEAL (1992) *“passou-se da mãe vagamente desleixada à mãe super-mulher para no mínimo corresponder aos estereótipos dominantes do que deve «ser mãe»”*.

No seu livro Amor Incerto, Elisabeth Badinter, introduz a problemática do instinto maternal, questionando não só o amor de mãe como algo de inato, mas realça também a importância da cultura no comportamento das pessoas, de como as crenças, os valores, os costumes de determinada sociedade condicionam o comportamento dos sujeitos. *“Efectivamente os valores de uma sociedade são às vezes tão imperiosos que exercem uma influência incalculável sobre os nossos desejos”*. (BADINTER, 1991)

A visão transcultural ajuda-nos a conhecer os costumes, os mitos, superstições, que se revelam fundamentais para a compreensão da própria gravidez e da maternidade.

Os comportamentos desenraizados do seu contexto, não só podem perder o seu significado como podem adquirir um significado novo e até, oposto. Assim é imprescindível que tenhamos conhecimento do significado atribuído a diferentes práticas culturais antes que as julguemos e rotulemos de coerentes ou não, de negligentes ou voluntariamente nefastas. A gravidez, pela sua importância para a sobrevivência da espécie, e portanto indispensável à vida humana, foi alvo temático dos artefactos mais antigos, encontrando-se em achados arqueológicos estátuas de mulheres *“grávidas de grandes seios, de grandes barrigas, em locais espalhados por todo o mundo”* (COLMAN e COLMAN, 1994)

Efectivamente, e tal como refere COLLIÈRE, (1989) *“À medida que se constitui a vida de um grupo, nasce todo um ritual, toda uma cultura que programa e determina o que se considera bom ou mau para manter a vida”*, pelo que os cuidados habituais do quotidiano têm as suas raízes nos diferentes hábitos de vida, nos costumes e nas crenças desse mesmo grupo. Por isso mesmo, e porque o significado da própria gravidez é

variável de cultura para cultura, mudando ao longo do tempo no interior da mesma cultura, em determinados contextos culturais as mulheres são tidas como poderosas e férteis, e noutros, pelo contrário as mulheres são vistas como *frágeis, vulneráveis ou mesmo doentes* (COLMAN e COLMAN, 1994).

Desde muito cedo e ainda durante a gestação os hábitos de vida das mulheres grávidas vão, de certa forma, moldar, impregnar e construir o fundamento da personalidade de cada novo ser, ou seja, a sua forma de reagir ao mundo exterior, e isto porque, desde os tempos mais remotos da humanidade, os hábitos de vida representam todo *um conjunto de maneiras de actuar que cria maneiras de ser* (COLLIÈRE, 1989).

Assim sendo, e como é evidente, não encontramos um comportamento universal e obrigatório, por parte da mãe, mas uma extrema variabilidade dos seus sentimentos, segundo o seu grau de cultura, as suas ambições ou as suas frustrações. As convicções, os hábitos e os costumes de cada um são modelados pela cultura à qual pertencem, revelando-se fundamental compreender o significado das diferentes crenças e hábitos de vida, e os comportamentos que originam. Assim, e de acordo com COLLIÈRE (1989), *“a maior parte das vezes tanto os hábitos de vida, como as crenças são construídas a partir de uma maneira de apreender o mundo, pelo que é importante compreender as pessoas no seu contexto de vida e tentar compreendê-los quanto aos costumes, hábitos de vida, crenças e valores”*. Nesta perspectiva, cada mulher é única na sua gravidez, devendo-se prestigiar a diversidade cultural, valorizando-se as diferenças, e afastando a atitudes etnocêntricas, tão naturais e espontâneas, bem como o excesso de informação com que a grávida normalmente é bombardeada, deixando-a ainda mais ansiosa (COLMAN e COLMAN, 1994).

Segundo o mesmo autor, a gravidez não é uma experiência curta, nem estática, mas é um tempo de crescimento e de mudança, é simultaneamente um enriquecimento e um desafio.

A importância atribuída à fertilidade em algumas sociedades indígenas era tal que, quando uma mulher não podia ter filhos, era trazida outra para os ter em seu nome.

A limitação da natalidade é um problema actual devido essencialmente à explosão demográfica e à descoberta de novos métodos de regulação da natalidade.

Todas as sociedades regulam o direito à maternidade e tentam “seleccionar” as mulheres que devem ser mães. As atitudes relativas à fertilidade são distintas em vários locais do globo: se nalguns a gravidez é festejada como prova de fertilidade, noutros é

severamente controlada não podendo as mulheres exceder um determinado número de filhos.

Durante milhares de anos a fertilidade destacou-se da esterilidade e, segundo KITZINGER (1978) “*ter filhos era a maneira de o casal se prevenir contra a velhice, transmitir o seu nome, assegurar o esforço agrícola e de guerra*”. Em épocas anteriores predominavam as famílias nucleares, onde o lar era uma unidade económica de produção e consumo, uma vez que desde muito cedo as crianças contribuíam para a economia familiar. A mulher que tivesse muitos filhos adquiria uma certa consagração a nível da comunidade.

Segundo a autora supra citada, a importância atribuída à fertilidade era tal que, em algumas tribos Africanas um marido impotente incentivava a mulher a dormir com um amigo ou parente, ou se uma mulher não podia ter filhos era trazida outra em seu nome. Hoje, a ciência e a tecnologia evoluíram em tantos domínios que se combate a esterilidade com a fertilização *in vitro* e inseminação artificial, sendo nas sociedades ocidentais impensável uma situação destas.

A limitação da natalidade é um problema actual, embora o nanismo, o aborto e o infanticídio tenham sido realizados com o fim de limitar o número de filhos num passado não muito longínquo.

Actualmente, graças aos novos métodos contraceptivos, sexo e gravidez incluem-se em duas categorias diferentes e o casal pode decidir quando quer ter os seus filhos e até conciliar a gravidez e a educação dos primeiros tempos da criança com as suas actividades profissionais.

Na maioria das sociedades não existem actividades rituais ou algo que celebre o processo de gravidez. Segundo KITZINGER (1978) “*actualmente oferecemos uma estrutura de apoio emocional pobre aos pais*” e a grávida tornou-se numa “doente”, sendo alvo de cuidados médicos como alguém com problemas graves de saúde.

Nas sociedades tradicionais, as mulheres jovens têm tendência a seguir os passos das mães, não se verificando grandes inovações no comportamento durante a gravidez ou nos cuidados prestados ao recém-nascido.

Porém, as sociedades industrializadas do ocidente, numa situação de rápida transformação social, verifica-se um desentendimento praticamente inevitável entre as gerações, relativamente àquelas questões e às regras e tradições que antes faziam parte de um modelo lógico e coerente transformar-se em “histórias velhas”.

Actualmente, “a gravidez é encarada como uma fase de desenvolvimento e constitui uma crise não patológica, mas de viragem e de adaptação a novos estatutos – o de mãe e de pai - que darão lugar a uma adaptação às novas condições corporais, psicológicas e familiares.” (ZIEGEL e CRANLEY, 1995).

Esperar um filho é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher, representa um desafio à sua maturidade e estrutura da sua personalidade. É também uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades e para o início de novas relações e sentimentos.

A gravidez é um acontecimento biológico e psicossocial complexo.

Como evento biológico, a gravidez é responsável por profundas modificações no corpo da mulher. O aumento do útero e das mamas e as alterações da postura e do jeito de andar conferem à grávida uma forma e atitude peculiares.

Como evento psicossocial, determina alterações psicológicas e emocionais tanto na grávida como no parceiro, nos familiares e nas pessoas que estão envolvidas, directa e indirectamente com ela. Portanto, esse carácter social envolve a interacção mãe-feto-pai-família-sociedade-meio ambiente; e desses relacionamentos surgem a maternidade e a paternidade, com os momentos de conflito entre a educação e os cuidados que ambos aprenderam nas suas famílias de origem e levaram na sua bagagem psíquica para a formação de uma nova família.

Desse modo, podemos dizer que quando uma mulher fica grávida, todo o meio que a cerca se torna, de um certo modo, também “grávido”.

A gravidez é um momento delicado, pois o corpo muda, o dia muda, o relacionamento do casal sofre abalos subtis, os filhos mais velhos sentem ciúmes, porém nada disso constitui uma situação que não possa ser contornada, com muito amor e carinho.

A mulher torna-se gradativamente mais sensível, e nesse momento muitas coisas a incomodam. Os esforços daqueles que a cercam devem estar centrados no facto de que esta sensibilidade pode gerar reacções que não são características da mãe em dias normais, e esta percepção muitas vezes é um factor determinante do sucesso do período gestacional.

De acordo com ZIEGEL e CRANLEY (1995), “*embora a gravidez seja um fenómeno biologicamente normal, ele é um acontecimento excepcional na vida de uma mulher bem como da sua família, exigindo um desvio da organização de valores e funções de cada um dos elementos*”. Ou seja, podemos considerar a gravidez como uma

crise maturacional e de desenvolvimento, que exige um período prolongado de adaptação e reorganização, bem como do desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades, e modificação de relações interpessoais.

O medo pelo qual cada mulher age durante a gravidez é determinado em grande parte pelo seu estilo de vida e pela cultura em que está inserida.

## 2.1 - DIMENSÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS DA GRAVIDEZ

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões especialmente no que se refere à identidade e à definição de papéis, tanto para a mulher como para o homem.

De acordo com o ponto de vista, os diversos autores definem a gravidez de forma diversa.

MALDONADO (1986) diz-nos que, “(...), *constituem um dos períodos de transição no ciclo vital da mulher que, conjuntamente com a adolescência e a gravidez, parto e puerpério climatério, representam fases de desenvolvimento da personalidade e crescimento emocional*”.

Estes períodos, determinados biologicamente, são mudanças metabólicas complexas, estados temporários de equilíbrio instável, devido à perspectiva de grandes mudanças envolvidas incluindo aspectos do papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e mudanças de identidade.

Já para OLDS (1993), no domínio da obstetrícia, “*a gravidez humana é de nove meses de calendário, dez meses lunares, quarenta semanas ou 280 dias*”, ou seja, a gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de quarenta semanas, estando portanto, bem definido temporalmente. A data em que se encontra a gravidez estima-se a partir do primeiro dia do último período menstrual, o que faz com que o período real de gestação seja de 266 dias, com variações



consideráveis, dividindo-se em três trimestres. Cada um tem os seus próprios aspectos de desenvolvimento, tanto do ponto de vista fetal, como materno.

Embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, é um desenvolvimento especial na vida de uma mulher e, como tal, exige algumas adaptações especiais para a promoção da saúde dela e do filho.

Para COLMAN & COLMAN (1994), *“A gravidez é um estágio de desenvolvimento relativamente curto, que inaugura um estágio muito mais longo, «o acontecimento de ser pai ou mãe», considerando ainda que durante a gravidez, a mãe e o pai devem receber uma educação própria para participarem ambos de forma activa no parto e vivê-lo como um acontecimento importante”*.

As manifestações da gravidez agrupam-se em três tipos de sinais e sintomas: “Sinais e sintomas presuntivos: suspensão da menstruação; (...) alteração das mamas; (...) a cor da vagina e da vulva muda (Sinal de Chadwick) – coloração azulada e congestão; estrias abdominais, abdómen e coxas; (...) náuseas, vômitos (enjoo matinal); (...) movimentos fetais; (...) frequência urinária; fadiga” (BRUNER e SUDARTH, 1985).

Existem ainda sinais e sintomas prováveis: aumento do volume do abdómen: mudanças de forma, tamanho e consistência do útero; alterações do colo uterino; contracções intermitentes do útero (Sinal de Braxton-Hicks). Os sinais positivos são: os batimentos cardíacos fetais, a visão radiológica do feto e o exame sonográfico.

**No primeiro trimestre**, poderão aparecer aumento do sono, as náuseas e os vômitos, desconfortos que poderão influenciar a gravidez e que frequentemente, surgem por influência de factores psicológicos. Outros factores poderão influenciar a vivência da gravidez, como é o caso da aceitação ou não da gravidez e o desejo da mesma.

Para a mulher, esta fase é marcada por um certo “duplo segredo”. O bebé é muito pequeno para que a mãe possa perceber os seus discretos movimentos, as manifestações corporais da gravidez são pouco evidentes, tornando a gravidez despercebida pela sociedade. Com isto, a consciência da gravidez e maternidade é insipiente, havendo comentários semelhantes a: “nem parece que estou grávida!”. É uma fase de adaptação da mulher à nova situação. Tudo o que é novo, desejado ou não, promove mudanças. Estas são muitas vezes vividas com sentimentos de ambiguidade: por um lado, a mulher fica feliz e orgulhosa (entre outros aspectos positivos), porque vai ser mãe atingindo a

plenitude da feminilidade; por outro lado, surgem preocupações e dúvidas sobre a sua capacidade de exercer a maternidade e tantas outras coisas.

Outro aspecto importante é a hipersensibilidade: tudo está muito bem e de repente os olhos enchem-se de lágrimas e surge uma irritabilidade/agressividade importantes. Porque motivos? Nem sempre ela tem resposta.

Poderá também acontecer a hipersonia: sonolência persistente que acompanha a mulher por dias, semanas e por vezes durante a gravidez toda. O oposto é a hiperactividade, que ocorre em um menor número de mulheres. O que causa estas alterações emocionais são três factores que estão associados. São eles:

- A alteração dos níveis hormonais;
- A história pessoal, conjugal e familiar da mulher;
- Os factores da personalidade.
- Existe outro factor que são os transtornos psíquicos pré-existentes à gravidez, que também influenciam significativamente.

No **segundo trimestre**, considerando o mais estável em termos emocionais, é também marcado pelos primeiros movimentos fetais. Como refere MALDONADO (1986) “ (...) é a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si, como um ser separado dela e no entanto tão dependente, mas já com características próprias”.

É marcado pela “dupla propaganda”. Os movimentos do bebé são agora percebidos pela mãe e, cada vez que ele se mexe, pode aumentar o encantamento e o amor mútuos entre mãe e filho. As modificações corporais são visíveis e percebidas pela sociedade. Perante uma grávida, pouquíssimas pessoas conseguem ficar indiferentes. Elogios, sugestões, palpites sobre o sexo, simpatia, fazem parte dos comentários que por vezes termina com histórias negativas sobre a gravidez, trabalho de parto e parto. Frequentemente, a mulher grávida fica aterrorizada, principalmente aquela que tem experiência pessoal e familiar de óbito fetal, parto difícil, depressão pós-parto ou outras fatalidades.

Há um grupo de mulheres que passa a sentir-se extremamente bem, confiante em si e nos que a cercam, manda cada vez mais a si mesma, o filho, o marido e todas as pessoas que lhe são importantes. Faz questão de chamar à atenção para a gravidez e para os seus direitos. Sente-se muito importante por perpetuar a espécie humana e quer ser

respeitada por isso. Há outro grupo que vive a gravidez num quadro depressivo. Tudo lhe parece difícil, complicado, desagradável. Sente-se feia, sem atractivos, mal-amada, com medo que a genitalidade fique deformada. Tem preocupações excessivas quanto ao bem-estar do bebé e em relação ao parto. O sofrimento é intenso, muitas vezes inconfessável e, não raro, comer é a melhor compensação. Essas e outras alterações devem-se à história pessoal, conjugal e familiar, ao impacto que a sociedade tem na mulher grávida, a factores de personalidade e a transtornos psíquicos preexistentes à gravidez, ainda que discretos.

**O terceiro trimestre**, é marcado por uma aumento significativo de ansiedade, quando chega a data prevista ou quando esta data é ultrapassada e o trabalho de parto não se inicia. MALDONADO (1986), refere que neste trimestre *“a grávida tem sentimentos em geral contraditórios: a vontade de ter um filho e terminar a gravidez simultaneamente, a vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as novas adaptações exigidas pela vinda do bebé”*. Existem ainda modificações corporais intensas, aumento do volume abdominal e a existência de contracções geradas pelo desconforto. Surgem preocupações maiores com o parto. Trata-se de uma “ansiedade antecipada” frente ao que poderá acontecer. É como se houvesse uma viagem a fazer, da qual não se pode desistir. Para a mulher é uma viagem, pois deixará de ter um corpo grávido para assumir um corpo não grávido e preparado para amamentar e isso tem muitas implicações. Para o bebé é, também uma viagem, pois deixará o mundo em que tudo lhe é ideal (temperatura, alimentação, ruído, luminosidade, ...), para ingressar num mundo novo e diferente, ao qual terá de se adaptar.

Há mulheres que vivem uma ambiguidade diferente, ficando divididas entre manter o filho no ventre e o dar à luz. Outras ainda podem ficar ansiosas pelo nascimento do filho.

Esperar um filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher e representa sem dúvida um desafio à sua maternidade e à estrutura da sua personalidade. É, por outro lado, uma oportunidade única para o desenvolvimento de novas responsabilidades face a um novo ser, perante o qual a mulher se sente ligada, desde o início, por uma relação de dependência mútua e progressiva.

A gravidez caracteriza-se por alterações psicológicas, resultantes da adaptação às mudanças emocionais, corporais e sociais associadas à própria gravidez e à

reorganização intra psíquica, resultante da adaptação da sua nova condição de futura mãe.

Como em muitas crises de desenvolvimento, a gravidez é fundamentalmente marcada pela revivência da vida infantil, (CORDEIRO, 1992). A mulher grávida vai, com efeito, reavivar ideias, fantasias e sonhos de infância e adolescência.

Esperar um filho envolve expectativas e atitudes, nas fases que abrangem o tempo de esperar até ao fenómeno do nascimento.

O processo da gravidez, como mudança que é, implica stress, ao contrário do que é muitas vezes veiculado no senso comum, stress não implica necessariamente sofrimento ou níveis de funcionalidade mais baixa, implica sim, sempre, necessidade de reorganização.

A mudança que acarreta implica perdas e ganhos, associadas às representações que com gravidez comporta para cada mulher, requerendo respostas (cognitivas, emocionais e comportamentais) que habitualmente não integram o comportamento da mãe e exigem uma formação específica, (CANAVARRO, 2001).

De acordo com PEDRO (1995), *“a rapariga na sua maturação transporta várias experiências desde as vividas no útero materno, os factos do próprio nascimento, as suas experiências biológicas, psicológicas e sociais durante da infância e ainda as identificações e os inconformismos da sua adolescência”*. O equilíbrio físico e mental obtido na sua transformação em adulta é resultante de múltiplos factores de que só ela se apercebe na expressão global que se identifica com o seu ser social e afectivo.

Estar grávida representa um enorme esforço, tanto físico, como psicológico. O reajustamento dos vários mecanismos responsáveis pela manutenção da homeostase psíquica e biológica da mulher grávida, consome a maior parte da energia disponível neste período da vida. O imaginário entrecruza-se com o presente da génese de um novo papel como mulher e esta adaptação absorve a maior parte do tempo útil da grávida.

A mudança mais dramática no estilo de vida da mulher que engravida, resulta da tomada de consciência de que deixou de ser uma rapariga fundamentalmente responsável por si própria, para passar a repartir toda essa responsabilidade entre si e o seu filho.

PEDRO (1995) sustenta que a *“crise” da gravidez é um período essencial do crescimento e da integração maturativa da mulher, existindo variações individuais de acordo com a estrutura de cada personalidade, com o grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e ainda com a constelação familiar e o seu enquadramento. Todas as mulheres, desde as adolescentes às de quarenta anos, utilizam os nove meses de*

*gravidez, para se adaptarem ao seu papel de mãe. Trata-se de um processo social e cognitivo complexo, que não é intuitivo, mas sim apreendido”.*

A gravidez é uma crise de maturação, que pode ser angustiante, mas recompensadora, à medida que a mulher se vai preparando para um novo nível de cuidados e responsabilidades.

O primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe é aceitar a ideia da gravidez e assimilar o seu gravídico no estilo de vida da mulher. O grau de aceitação, reflecte-se na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais.

Os aspectos sócio-económicos têm também, influenciam a forma como a gravidez é vivida. A classe social e as condições de vida do casal a nível financeiro condicionam efectivamente, a disponibilidade face à gravidez.

Na opinião de OLDS et all (1993), *“A mulher deve desenvolver diversas tarefas psicológicas durante a gravidez a fim de estabelecer bases para uma relação sã e mutuamente satisfatória com o seu filho”*. Dessas tarefas psicológicas, a primeira é a aceitação da gravidez. Para tal a mulher deve resolver as ambivalências sobre o desejo de estar grávida e a aceitação da gestação como parte de si mesma. A segunda tarefa é a preparação psicológica para a separação do feto. A terceira consiste na aceitação da função materna. A quarta tarefa tem a ver com a resolução de temores sobre o nascimento, que poderão ser resolvidos através de aulas de preparação para o parto e através de leituras. A última é a filiação, ou seja, o estabelecimento de laços ou compromissos com o filho.

Segundo (CANAVARRO, 2001), são cinco as tarefas existentes durante a gravidez:

- 1ª - Aceitar a gravidez

Esta tarefa pode parecer-nos óbvia ou estranha de mencionar, pois parece ser implícita no processo, mas de facto não está. Independentemente do planear ou não a gravidez, do desejo da mesma, o reconhecimento que a concepção ocorreu, faz com que, inicialmente, a mulher se sinta dividida entre a ambivalência do desejo da mesma e do receio da gravidez.

A ambivalência é a atitude que mais caracteriza o tempo inicial da gravidez e manifestando-se em relação a vários aspectos: o acreditar na viabilidade da própria

gravidez, em que na aceitação do feto, em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade.

A confirmação definitiva do estado de gravidez e o apoio e a aceitação por parte dos familiares mais próximos, contribuem muito para a ultrapassagem das ambivalências.

Inicia-se nesta altura também, o processo de identificação materna. Há uma procura por parte da grávida dos modelos maternos conhecidos, essencialmente na sua própria mãe, sobre a forma de se comportar e de se preparar, a si própria e à família para a chegada do novo elemento.

Para que a mulher possa progredir para as tarefas subsequentes, o processo de aceitação e integração da gravidez é fundamental.

- 2ª - Aceitar a realidade do feto

Inicialmente, do ponto de vista das fantasias, a mãe concebe o bebé como parte de si própria e a sua atenção encontra-se centrada sobretudo nas transformações do seu corpo. Progressivamente, a representação do bebé torna-se mais realista e autónoma. Este processo representativo é desencadeado pela percepção dos movimentos fetais através da sensação real da presença do bebé dentro de si e pelos registos ecográficos.

Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, traduzindo-se na aceitação do feto como entidade separada, como uma pessoa distinta de si própria. Ter esta representação cognitiva formada é fundamentalmente para a preparação física do parto, para o nascimento e para a ligação materno-fetal.

É nesta altura que a maioria das grávidas intensificam as fantasias relacionadas com o bebé, fantasiando características próprias do filho, tais como o nome. Do ponto de vista do comportamento observável, a grávida começa a acariciar a barriga, a falar com o bebé, sendo esta comunicação verbal e táctil, o indicador externo dos processos intra-psíquicos que ocorrem durante esta etapa.

- 3ª - Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

Esta tarefa tem como base de identificação, um conforto com o passado. Para a mulher, a mãe funciona como o principal modelo de comportamento materno.

Geralmente a partir do segundo trimestre, uma grande parte dos processos psíquicos da mulher são ocupados pelo processo de reavaliação do relacionamento com os pais é muito importante. Manifesta-se pelas expectativas que tem em relação ao seu comportamento no papel de avós, e no reavaliar a relação que estabeleceu com eles, incorporando, o que considera mais positivo e assumindo a diferença nas sugestões que olha como mais negativo ou menos adequado a si.

A aceitação dos pais como pessoas com as suas limitações, falhas e fracassos e o seu bom desempenho enquanto pais é parte importante para a realização desta importante tarefa. Permite que a mulher se afaste de posicionamentos extremos e adote alguns comportamentos semelhantes ao da sua mãe e simultaneamente outros diferentes, substituindo os que considera pouco adaptados à sua vida pessoal. Permite também, que no futuro, a mulher aceite e lide melhor com as suas falhas como mãe.

- 4ª - Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge / companheiro

Com a gravidez, o casal prepara-se para a integração de um novo elemento na sua relação.

Papéis e identidades não ressaltam dum processo somatório, em que os novos se acrescentam aos que já existem. Antes implicam a integração num todo dos mais antigos. Neste sentido, o relacionamento conjugal vai ser desafiado.

O casal deverá reajustar a sua relação, flexibilizando a aliança conjugal para formar uma aliança parental.

Deverá ser implícito um acordo em ser sensível às necessidades do outros, comunicar, haver uma partilha de experiências de forma a ajudar o cônjuge a lidar com acontecimentos desconhecidos que são por vezes fonte de ansiedade e angústia.

Se todas as experiências forem compartilhadas, constitui-se um momento privilegiado de desenvolvimento pessoal e familiar.

- 5ª - Aceitar o bebê como uma pessoa separada

O final da gravidez é considerado o período de preparação para a separação que é o parto. Neste período, aumenta a ansiedade devido à expectativa do parto, onde se dará o confronto com o verdadeiro bebê.

Nesta época existem, também, sentimentos de ambivalência em que a vontade de ver o bebê e de terminar a gravidez, coexiste com o desejo de a prolongar, tentando adiar o momento do parto e as exigências que vão surgir com o nascimento do bebê.

Ser mãe é uma acomodação contínua entre expectativas e realidades. Esta confrontação começa logo após o nascimento, quando há a comparação entre o bebê real e o fantasiado e a aceitação do seu bebê que nasceu.

A tarefa principal consiste em aceitar que ele existe além da mãe e deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias.

As reacções maternas são influenciadas pela positividade ou negatividade com que é vivida a gravidez.

Embora seja consensual a existência de alguma correspondência entre as dimensões do tempo cronológico e a tarefa desenvolvimental, esta não é linear. Há tarefas que se prolongam para lá do período habitualmente considerado (três trimestres), outras para as quais o início não coincide necessariamente com o início do período em causa. A estes aspectos há a juntar o facto do “timing” na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher. Na vida real das pessoas, as tarefas misturam-se e sobrepõem-se.

Como já foi referido atrás, todas as mulheres grávidas deparam com um sentimento de ambivalência que as surpreende e as desilude. Sentimentos de desamparo e de desajustamento podem manifestar-se através do desejo de abortar espontaneamente. Se é verdade que os sentimentos de culpa e a desilusão que acompanham uma ameaça de aborto ou um aborto real, realçam esta ambivalência em estímulo para a tarefa da gravidez e antecipará, de forma positiva, a energia que virá a ser necessária nos últimos meses.

Independentemente dos conhecimentos e das revelações dadas pelos actuais processos técnicos, as grávidas estão ansiosas e temerosas, embora este estado dependa, em grande parte das influências cuja modelação é fundamentalmente pessoal.



A gravidez, do ponto de vista psicológico, é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento.

Segundo CANAVARRO (2001), “ (...) a própria gravidez e sobretudo a maternidade jogam-se no (des) equilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia”.

Nas primeiras semanas e meses da gravidez, o domínio do sonho e do fantasmático são os mais presentes.

O corpo da criança que a mãe vive primeiro na imaginação e depois vê após o nascimento, só é verdadeiramente o seu filho quando o aceita como diferente de si, capaz de desejos próprios, que se anunciam como um destino personalizado. Há ainda um factor a dar impulso à vida mental cada vez mais personalizada: é a consciência da separação, da diferença psicobiológica que ambos vão adquirindo.

O nascimento é a separação visível de dois corpos e é, para a mãe, mais um passo no caminho de encontro entre o sonho materno e a realidade do filho. Para este, é o primeiro afastar pessoal do outro, em cujo espaço interior ele foi abrindo caminho.

Para todo o pai ou mãe, três bebês diferentes reúnem-se no momento do nascimento. A criança imaginária dos seus sonhos e fantasias e o feto invisível, mas real, cujos ritmos e personalidade particulares se foram tornando cada vez mais evidentes no decorrer da gravidez, nesse momento fundem-se com o nascido de facto, que pode ser visto, ouvido e, por fim, tomado nos braços (BRAZELTON, 1988).

Os nove meses de gravidez dão aos futuros pais a oportunidade de realizar uma preparação psicológica e não apenas corporal. No fim dos nove meses, a maioria dos pais sentem-se completos e preparados.

Esta preparação psicológica, a um só tempo consciente e inconsistente, está intimamente vinculada aos estágios corporais da gravidez da mulher.

O trabalho psicológico da gravidez pode manifestar-se com o tumulto ou ansiedade. São comuns neste período, o retraimento emocional ou a regressão a um papel de maior dependência do contexto. A responsabilidade pelo novo bebé produz um sentimento de urgência. Para que a futura mãe se reorganize, é possível que precise de se retrair ou regredir.

A mobilização de sentimentos velhos e novos cria a energia necessária à gigantesca tarefa de adaptar-se a um novo bebé. Tanto os futuros pais, quanto as outras pessoas devem entender e compreender todo o poder e a ambivalência dos sentimentos que acompanham a gravidez.

O trabalho da gravidez pode ser subdividido em tarefas, associadas a diferentes estágios no desenvolvimento do feto. No primeiro estágio, os pais adaptam-se à “novidade” da gravidez, evidenciada já pelas primeiras mudanças ocorridas no corpo da mãe, mas não ainda pelas exteriorizações da existência real do feto. No segundo estágio os pais começam a ver no feto um ser que, a certa altura, viverá separado da mãe, Este reconhecimento dá-se quando a mulher começa a sentir os primeiros movimentos do feto. Por fim, no terceiro e último estágio os pais começam a perceber na futura criança um indivíduo e o feto contribui para a sua individualização com a crescente diferenciação dos seus movimentos, ritmos e níveis de actividade (BRAZELTON, 1988).

Nas mulheres grávidas, a profundidade do cuidado envolvido no processo de adaptação torna-as tão vulneráveis que o seu pensamento mágico de estar a magoar o feto, assume o vulto de uma coisa muito real. Toda a mulher grávida recebe a possibilidade de vir a ter um filho deficiente. E não se limita a sonhar com todas as aberrações possíveis. Quando acorda, pensa sobre o que faria se a criança nascesse deficiente.

Para enfrentar esses medos e a ambivalência subjacente, a futura mãe precisa mobilizar defesas e mais defesas. Precisa começar a idealizar o bebé, a vê-lo como um ser perfeito e completamente querido. O trabalho de vencer as forças negativas desenvolve os desejos positivos de ter um bebé e de ser uma mãe perfeita.

Os primeiros movimentos fetais, combinados ao reconhecimento de que o bebé é uma realidade, intensificam o auto questionamento da mãe, que pode sofrer, imprevisivelmente períodos de depressão e euforia. As suas fantasias acerca do bebé, assumem um carácter mais específico.

A sua preferência durante este período poderá vir à tona e ela pode reprimir o seu verdadeiro desejo com medo de prejudicar o feto. As cogitações sobre o que pode fazer em caso de nascimento de uma criança normal continuam a se manifestar.

Ao longo dos últimos meses de gravidez, o feto vai aparecendo para os pais como um ser cada vez mais separado e real. À medida que é escolhido o nome, as roupinhas ou pintam o quarto, a grávida vai personificando o feto.

Este também vai desempenhando o seu papel. À medida que os seus movimentos e níveis de actividade vão configurando certos ciclos e padrões, a mãe começa a poder reconhecê-los e prevê-los. A reacção materna pode ser considerada uma forma muito primitiva de interacção. É como se a mãe precisasse personificar o feto para não se deparar com um indivíduo totalmente estranho na hora do parto.

A gravidez é uma situação que envolve não apenas a mulher, mas também o seu companheiro e o meio social imediato que, inevitavelmente, a acompanham no seu processo de regressão. O nascimento do filho e todo o seu processo de aceitação depende dos factores que a rodeiam e influenciam.

As condições em que decorre a gravidez e o parto, são de maior relevância, pois é já durante a gravidez que a relação mãe-filho começa a processar-se através da “criança imaginária” que é desejada, mas também através das dúvidas, medos e mitos que rodeiam a gravidez e o parto. Toda a mulher, durante a gravidez, idealiza e fantasia a criança que vai nascer. Resumindo poder-se-à dizer: “ (...) o método de acesso ao imaginário da mãe acerca da gravidez talvez não pretenda mais do que afirmar que um bebé não nasce após nove meses de gravidez, nasce quando nasce, na imaginação dos pais” (SÁ, 1997).

Quando chega o momento do parto, a mãe deve estar pronta a criar um novo vínculo e desempenhar tarefas tais como:

- Aceitar o fim abrupto do sentimento de fusão com o feto e das fantasias de completude e onipotência acalentadas durante a gravidez.
- Adaptar-se a um novo ser que evoca sentimentos de estranheza.
- Tolerar a perda da criança imaginária (perfeita) e adaptar-se às características específicas do seu bebé.
- Suportar o medo de ferir a criança indefesa.
- Aprender a tolerar e a apreciar todas as exigências que lhe são feitas pela total dependência do bebé, e, em particular, suportar o intenso desejo de satisfação oral, imposto por ele, gratificando-o com o seu próprio corpo.

Tudo isto acarreta uma grande revolução psicológica. É um esforço psicológico muito grande, como se a mãe precisasse de se reorganizar inteiramente. O seu humor, as suas ligações, a sua auto-imagem, todas se tornam sujeitas à mudança. O resultado da mudança é uma nova identificação maternal, do afecto e a capacidade de se reconhecer e adaptar-se a uma realidade nova e inevitável.

## 2.2 - O PARTO

Os progressos científicos e técnicos do século XX têm permitido uma análise cada vez mais objectiva da sexualidade. No entanto, paira, ainda, sobre nós o medo e a noção de pecado o que origina comportamentos negativos, tanto a nível da sexualidade, como na gravidez e no parto.

A sexualidade é um dos motores da nossa existência. Faz parte da nossa vida e manifesta-se em todas as idades. É uma realidade biológica, psicológica e fisiológica, sendo sempre influenciada por factores de ordem económica e social (VELLAY, 1998).

Desde que nascem, todas as crianças possuem a sua sexualidade. Logo a educação é uma dimensão que terá de estar presente em todas as fases do desenvolvimento do ser humano, de forma que a informação/instrução permita corrigir a tradição, se ela foi fonte de falsas informações, quer verbais ou escritas.

O receio do parto, bem como as dores por ele provocadas vêm desde as escrituras longínquas. O Antigo Testamento compara o trabalho de parto “...a guerra dos inimigos e a força do vento que despedaça os grandes navios...” (VELLAY, 1998).

É toda esta representação de dor, castigo e tragédia que rodeia o trabalho de parto e o próprio parto, que fez ao longo dos tempos com que as parturientes assim como as suas famílias, rogassem aos Deuses, aos Santos e à Virgem Maria, para que tivessem “*uma hora*”, expressão ainda hoje usada para desejar que tudo corra bem no parto.

Ainda hoje existem pessoas que continuam subordinadas a certa moral religiosa, e pensam que ter um filho terá que estar associado a dor, “*senão cai-se em pecado, não amando os filhos*”. A sociedade continua a influenciar negativamente as mulheres em relação ao parto, o qual, nem sempre foi considerado doloroso, como nem sempre significou motivo de sofrimento para as mães (SOARES, 1994).

Nas civilizações asiáticas e em algumas tribos africanas, o parto é visto como um acto fisiológico, encarado sob o signo da alegria e não do sofrimento, constituindo uma festa em que a mãe e todos os membros da tribo participam. Na Europa e na América do Sul é tido de uma maneira geral doloroso (SOARES, 1994).

Quando se escuta a história da obstetrícia, verifica-se que de civilização para civilização, a representação do parto e o seu contexto são totalmente diferentes. Para uns doloroso, para outros é uma festa. A diferença não está nos úteros, está sim, na maneira

como o cérebro da mulher regista e interpreta os sinais que o útero dá, quando em trabalho de parto.

É desde a Idade Média que se sente, que o acto de parir está adulterado. Religiões repressivas criaram sobre a vida sexual, uma imagem de algo proibido, errado, gerador de dor, reprimindo a noção de prazer, o que era considerado pecaminoso. Em qualquer circunstância há sempre um castigo a lançar sobre o acto sexual que se reflecte sobre a consequência: o parto.

Todas as mulheres antes de serem mães aprendem através da observação, da imitação, do jogo e depois pela prática, muitos dos seus futuros comportamentos maternos. Nas sociedades ocidentais existem muitos factores que limitam estas experiências, é o facto de cada vez ser maior o número de raparigas que nunca tiveram oportunidade de tomar conta dos irmãos mais novos. A família alargada deu lugar à família nuclear. A gravidez é hoje na sua grande maioria, vivenciada sem o apoio familiar ou dos amigos, devido às alterações da estrutura social que levam a que a família seja mais restrita e com um maior afastamento físico dos seus membros.

(PEDRO, 1985) considera que apesar de toda a informação, a sociedade não fornece os apoios necessários à futura mãe, que muitas das vezes se vê só nos grandes centros, ou com o companheiro, longe dos pais e familiares. A grávida e os jovens casais, vêem-se confrontados com uma situação para a qual não estão preparados, quer porque nunca trataram de irmãos, dado que as famílias hoje são mais reduzidas, quer ainda, porque esta matéria não faz parte dos currículos escolares.

Com o propósito de tornar a gestação, trabalho de parto, parto e o período puerperal seguros, cómodos e satisfatórios para a paciente e família, tem-se dado ênfase, por um lado, ao papel educativo e, por outro lado, ao número crescente de serviços de saúde em que se solicita cada vez mais, que o nascimento ocorra em ambiente “*natural*”.

Um dos factores que também influencia o comportamento materno é o papel do pai na gravidez e no momento do parto. Durante o parto, o pai pode também desempenhar um papel activo e participante que possa constituir um “*apoio efectivo*” para a mulher durante e depois do parto, atenuando os efeitos nefastos do parto, quer em relação à mulher como em relação ao filho. Ser pai é um facto que advém de se aceitar uma relação mais ou menos permanente com a mãe do bebé, que se revela no interesse, que o marido tem no envolvimento da gravidez e parto, o que está relacionado com o tipo de relação que existe entre o casal.

ITURRA, (1991) defende que não existem motivos para ter filhos que não seja o amor que se tem a essa mulher. Logo, se esse amor existe, o envolvimento com a gravidez e com o parto será mais que evidente.

Newton e Newton, citados por PEDRO, (1985), revelam numa das poucas investigações sobre essa matéria, que as mulheres com companhia durante o parto estão mais sossegadas e relaxadas, manifestando mais prazer no primeiro contacto com os seus filhos. Contudo, é necessário propor modificações tanto no espaço, como nas atitudes hospitalares, no sentido de ser permitido um maior contacto entre a tríade pai-mãe-filho. O pai terá de passar a ser considerado e respeitado como uma pessoa significativa e indispensável tanto antes, como durante e após o parto.

Também a escolha do local onde a criança vai nascer, constitui na última fase da gravidez uma das preocupações da mulher. Na Holanda, os partos são na grande maioria efectuados em casa e só, o grupo de mulheres de alto risco é que vai para o hospital. Em Inglaterra e nos Estados Unidos, há a ideia de que é impossível determinar quais as mulheres em risco, por isso os partos fazem-se em meio hospitalar, existindo cada vez mais a tendência para que os hospitais e maternidades possuam serviços que forneçam um ambiente semelhante ao de casa.

KLAUS e KENELL, citados por PEDRO, (1985), chamam “*êxtase*” ao estado da mulher quando pare em sua casa, e para isso, evocam as seguintes razões: participação mais activa da mulher, participação dos familiares em todo o trabalho de parto, apoio afectivo que a mulher recebe dos parentes e amigos, facilidade de contacto mais próximo e imediato com o bebé a seguir ao nascimento, e oportunidade de uma alimentação ao peito mais precoce.

MAX PLOQUIN, (1996) refere “*que o desaparecimento das clínicas rurais em França teria sido uma catástrofe*” e que “*os supermercados nunca substituirão as pequenas mercearias na vida de uma localidade*”. Referiu, ainda, que ao desorganizar totalmente o humanismo do nascimento, através da criação dos “*supermercados do parto*”, não só não é certo que se realizem economias substanciais, mas também podemos duvidar da diminuição da mortalidade e morbidade fetal, assim como, nos arriscamos a agravar a deficiência actual das relações afectivas e emocionais entre os membros principais da família: mãe, bebé, pai, avós e as amigas da vizinhança.

Em Portugal, é quase impossível defender o parto do hospital dado os índices de mortalidade neonatal serem ainda muito altos e se encontrar fortemente enraizado o parto

hospitalar. Começa-se, no entanto, a discutir e a avaliar o tipo e a forma de intervenção na monitorização durante o parto.

Os aparelhos de monitorização são em muitas situações tão necessários como intrusivos. Se por um lado a valorização excessiva dos traçados cardiotocográficos levou a um aumento de partos distócicos, por outro, evitaram muitas lesões do sistema nervoso central. É também reconhecida por parte dos obstetras, a urgência na modificação das rotinas, nomeadamente a posição da mulher durante o trabalho de parto e o próprio parto. É importante que os profissionais de saúde obtenham informações sobre a forma de atendimento nas maternidades e sobre os resultados dos cuidados proporcionados à mãe e ao filho.

PEDRO (1985), refere que as maternidades em Portugal estão ainda embebidas de uma terminologia e um espírito hospitalar. Fala-se de “doentes” ou em “camas”, em vez de grávidas.

Quase todas as grávidas que recorrem ao serviço de saúde, maternidade ou não, deparam com um sistema demasiado rígido que não tem em conta a satisfação das suas necessidades humanas básicas e a sua individualização como ser bio-psico-social. Os medicamentos, a aparelhagem e as ocorrências quotidianas estão mais de acordo com uma vivência da patologia, do que com processos fisiológicos normais.

A grávida geralmente vai sozinha para a maternidade ou então o marido acompanha-a só até à porta. O médico ou a enfermeira que a acompanhou durante a gravidez não estão em geral presentes, ou porque a sua gravidez foi seguida particularmente, ou porque as instituições assim o não permitem.

A parturiente fica num ambiente hostil onde não conhece ninguém. Para conversar limita-se a fazê-lo com a grávida do lado, igualmente só e ansiosa. Fica proibida de andar e muitas das vezes até de mudar de posição, mesmo quando refere que é isso que lhe apetece. Por vezes o médico ou a enfermeira aproximam-se para a observarem, ou medicarem e são frequentes os erros pelo “dito” e o “não dito”.

Na sala de partos as mulheres continuam sós, afastadas da família e dos amigos. A posição em que vai ficar é obrigatoriamente a de rotina, é frequente estar confusa e adormecida devido à medicação administrada. Sendo assim, a sua colaboração será só parcial, os partos distócicos frequentes e, quando o bebé nasce poderá vê-lo só de relance.

Estamos numa época em que cada vez mais se assiste à indução do parto, à epidural e a um aumento do número de cesarianas. As induções para além de

ultrapassarem as indicações médicas normais (como por exemplo, o pós termo, a diabetes ou a hipertensão), são também fórmulas de conforto para a parturiente, da equipa médica ou de enfermagem, para já não dizer por razões económicas ou de programação da ocupação das camas. Assistimos a induções cada vez mais precoces, por vezes quinze dias a três semanas antes da data prevista do parto. As razões evocadas são as da eficácia, da prevenção, prever a presença do médico, da parteira, do pediatra, etc.

Podem-se realmente programar os partos, mas nem sempre se domina o seu desfecho. As induções não são sempre previsíveis e, reconhece-se que apesar dos meios mais modernos de amadurecimento do colo uterino (prostaglandinas, etc.), surgem em certos casos, complicações que põem em perigo a criança provocando sofrimento fetal e, acabando na maioria das vezes em cesariana.

Para além das induções, assiste-se também à instauração cada vez mais precoce e quase sistematicamente da epidural. Ela faz parte dos abusos mais actuais, porque normalmente é instaurada sem o acordo das parturientes.

É urgente que toda a mulher possa planificar com a equipa de saúde desde o início da sua gravidez, as opções para cada passo do processo dinâmico que é o parto. Deve-lhe ser proporcionado toda a informação necessária a todas as fases do parto.

Cabe às equipas de saúde materno-infantis, a responsabilidade de garantir a decisão da parturiente, tanto sobre os métodos de preparação para o parto como os de intervenção terapêutica.

### **2.2.1 - Parto e Cultura**

A forma como foi vista a parturiente ao longo dos tempos e como o é nos dias de hoje em diferentes pontos do planeta, deve-se em grande medida, não só aos avanços tecnológicos mas também, sobretudo aos diferentes valores culturais que caracterizam diferentes povos.

Nesse sentido torna-se pertinente fazer algumas reflexões, lembrando alguns conceitos básicos que nos ajudem a melhor compreender esta problemática.

Assim, LIMA et al (1979), salientam que culturalmente, o Homem nasce *nu*, e é aos poucos que vai aprendendo e revestindo a sua *nudez* num património de artefactos onde se move e a ajuda a satisfazer as suas necessidades. A cultura e o que recebeu dos



antepassados ou que acrescentou, modificou, transformou ou inventou, ou seja, é tudo o que recebemos, transmitimos ou inventamos, pelo que não à homem sem cultura, nem cultura sem sociedade; o certo é que cada sociedade influenciada pelos mais variadíssimos motivos tem uma forma muito peculiar de acrescentar, transformar ou de transmitir cultura.

E são os hábitos de vida, as crenças, os ritos e os valores que tecem a cultura que liga entre si, os homens de uma comunidade e determina as suas relações com o mundo, os seus critérios do bem e do mal, constitui um todo estruturado em que as condutas e os costumes estão ligados aos valores e às motivações que qualquer civilização institucionalizou e hierarquizou (COLLIÈRE 1989, citando RAPHAEL).

Também LEININGER, sentiu necessidade de definir cultura, para melhor clarificar a sua cultura teoria do cuidado cultural, considerando-a como os valores, as crenças, as normas e as práticas aprendidas e transmitidas por um grupo particular e que orientam o seu pensamento e modelam as suas decisões e as suas acções (LEININGER 1991).

De acordo com LINTON (1986) o conceito de cultura envolve fenómenos materiais (resultantes da indústria); fenómenos cinéticos (comportamento explícito); e fenómenos psicológicos (que são o saber, as atitudes e os valores partilhados pelos membros da sociedade).

Para SUOMINEN et al. (1997), cultura é uma *“estrutura profunda que procura expressar-se nos conhecimentos das pessoas, crenças, convicções, moralidades e leis”*. E só pode ser explicada através da acção que o homem exerce sobre a natureza (LIMA et al, 1979).

Ainda por outras palavras e tal como o define GERMAIN (1993) de uma forma bastante concreta, *“cultura não é mais do que o comportamento social aprendido ou o caminho populacional particular”*. Ou ainda como refere SPRADLEY (1980), *“é o conhecimento acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e induzir o comportamento”*.

Por isso, facilmente se pode inferir que trabalho de parto em si não é apenas um acto biológico, mas também um processo social porque afecta a relação não só entre marido e mulher, mas entre os membros do clã e os grupos de descendência em que ambos se inserem e varia consoante as culturas e as sociedades (KITZINGER, 1978).

É indiscutível a importância da biologia no trabalho de parto, e que, tal como ZIEGEL e CRANIEY (1985) afirmam, *“ser o resultado de uma combinação de factores, os quais incluem o controle fetal, alterações nos hormónios esteroides, a produção de*

*prostaglandinas, a estimulação precoce da ocitocina, e as alterações musculares uterinas*”, trabalho de parto esse que, de acordo com OXORN (1989), “*é uma função da mulher pela qual os produtos conceptuais (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) são deslocados e expelidos pelo útero, através da vagina, para o exterior*”. Contudo o parto, tal como muitos processos fisiológicos, nunca é totalmente natural mas culturalmente definido, e reflectindo valores sociais que variam de acordo com a sociedade, e que, tal como diz JOAQUIM (1983), é um acontecimento colectivo em que a comunidade participa de varias maneiras. Ou seja, o parto humano é um acto cultural em que num contexto de costumes, têm lugar processos fisiológicos espontâneos, cuja realização é considerada essencial, está rodeado e é constituído por rituais e mitos, preceitos, proibições e tabus (KITZINGER, 1978). Tomemos como exemplo os ritos de passagem a que se refere LOUX (1990) lembrando o trabalho de Arnold Van Gennep que os classifica em três fases: a fase de separação com a situação anterior, um período intermédio e o período de integração à nova situação, e que de acordo com JOAQUIM (1983), esses ritos de passagem asseguram precisamente aos futuros pai e mãe a entrada num compartimento especial da sociedade, o mais importante de todos, e que é como o núcleo permanente dela.

Estes aspectos são fundamentais para compreender a evolução histórica do acompanhamento da parturiente, da valorização do próprio parto ao longo dos tempos e em diferentes culturas, e da importância da mulher parteira como a única pessoa ligada aos cuidados no parto (COLLIÈRE, 1989), pois sabemos que as crenças, os valores e os padrões de comportamento de cada sociedade determinam e condicionam diferentes maneiras de parir. Há diferentes actividades consideradas adequadas durante o parto, o qual é considerado um processo comum e quotidiano, contudo não se deve imaginar que ter filhos é sempre fácil em sociedades menos avançadas e que as mulheres darão à luz necessariamente sem dor (KITZINGER, 1978).

Em diferentes culturas adoptam-se determinadas condutas (parir de cócoras, parir na água, fazer preparação para o parto pelo método psicofilático...), e que as pessoas acreditam como sendo melhores para elas.

Somente, no séc. XVIII com MAURICEAU, se adoptou a posição ginecológica para o parto, por ser, alegadamente, uma posição mais cómoda para o obstetra ou parteira (RÚBIO e CASTRO, 1989), mas para a mulher é uma posição psicologicamente desvantajosa para fazer força (KITZINGER, 1978).

No Laos habitualmente as mulheres ficam de cócoras e embora prefiram um atendimento feminino, o pai pode estar presente (LOWDERMILK, 1999, referenciando De GEISSLER, 1994). Ao longo da história, várias posições foram adoptadas para o parto. JOAQUIM (1983) lembra o texto de MORATO Roma do séc. XVII em que as mulheres pariam de pé ou acoradas e o texto de Ramiro Sá Coelho que denota que o parto já está mais medicalizado referindo a posição que não a ginecológica, de contrária à posição obstétrica do decúbito (JOAQUIM, 1983).

Na China as mulheres passeiam durante o período de dilatação e ficam de joelhos durante a expulsão, enquanto que na civilização egípcia a mulher deambula durante a dilatação e durante a expulsão fica sentada (RÚBIO e CASTRO, 1989). No estudo experimental levado a cabo pelos autores, relativamente às posições adoptadas pela parturiente durante o período de dilatação, conclui-se que as mulheres que passeiam durante todo o período de dilatação têm mais benefícios (período de dilatação mais curto; melhor dinâmica uterina; menor necessidade de oxitócicos; menor necessidade de partos instrumentados; e não influencia o estado da criança ao nascer) comparativamente com aquelas que permanecem deitadas durante todo o período de dilatação.

Para KITZINGER (1995), durante a dilatação a mulher pode adoptar a posição na qual se sinta mais confortável e que pode variar entre estar de gatas balançar a bacia ligeiramente para a frente e para trás durante uma contracção, de joelhos com as pernas afastadas e sentadas nos calcanhares; por vezes massagens ou uma botija de água quente nas costas também alivia. Durante o período de expulsão a mulher deve estar de pé, ajoelhada, agachada, ou apoiada em quatro ou cinco almofadas, num ângulo em que a mulher possa observar confortavelmente a expulsão e o nascimento da cabeça (...). O colo do útero fica mais alargado quando a mãe se agacha (KITZINGER, 1995) o que facilita a expulsão do feto, e diminui o desconforto da mãe. Na verdade, enquanto que umas mulheres vivem o parto com prazer, outras vivem-no com grande descontrolo, até mesmo pânico (MALDONADO et al., 1981).

RODRIGUES (1998), lembra as experiências de MELZACK em 1987, o qual chama a atenção para a importância de factores como as vivências passadas, a cultura, o significado social da dor, e a ansiedade, e que são responsáveis pela activação do sistema receptor ao estímulo doloroso, ou seja, que a tolerância à dor se relaciona sobretudo com a compatibilidade emocional. Por outro lado, hoje sabe-se que a sensibilidade dolorosa resulta da estimulação das terminações nervosas livres, e essa sensibilidade estabelece-se por acção de uma prostaglandina a qual pode ter a sua síntese afectada pela acção do

ácido acetilsalicílico. Segundo KITZINGER (1995), *“a dor é sempre interpretada e situada no seio de um esquema de coisas pré-determinado”*. E é partindo da ideia inicial de as parturientes acreditarem que determinadas práticas serão melhores para elas, que introduzimos o tema da crença no efeito analgésico de um medicamento, e que, afinal, é um placebo. Mas a verdade é que esse acreditar de que o placebo é um fármaco activo no controle da dor vai levar à liberalização de endorfinas (morfina endógena) e que se traduz efectivamente num efeito analgésico, ou seja, na diminuição da dor (RODRIGUES et al, 1998).

Tal como refere KITZINGER (1995), *“a dor, no trabalho de parto, é bem real e as mulheres que tiveram um parto doloroso, que de certa forma se sentiram humilhadas e rebaixadas pela dor, sentindo-se como que objectos nas mãos de trabalhadores, vão ficar marcadas para toda a vida, e a recordação desta experiência vão transmiti-la mais tarde”*.

Certas crenças remontam aos textos bíblicos, parirás com dor, condicionando em grande medida a forma de agir da mulher ao longo dos tempos, sendo o parto uma espécie de prova iniciática pela qual a mulher tem de passar (...) existe a ideia de que a mãe tem que sofrer, como se nessa dor (...) se estabelecesse um elo importante na relação futura entre a mãe e o filho (JOAQUIM, 1983).

Através dos tempos, o parto foi marcando as sociedades, as culturas variam imenso na natureza dos seus hábitos e práticas face ao parto, mas quase todas as sociedades fazem algo de especial (COLMAN e COLMAN, 1994).

O nascimento é visto como uma passagem da criança, de um ambiente aquático, escurecido e aquecido, para um meio aéreo luminoso, ruidoso e frio, pelo que se associam determinados comportamentos e se escolhem ambientes minimamente confortáveis, porque há efectivamente a ideia de que o nascimento da criança se deve desenrolar numa atmosfera quente, calorosa (JOAQUIM, 1983). Consoante as crenças e os valores culturais existem determinadas práticas, umas que vão sendo realizadas ao longo da gravidez, outras aquando do parto, e que têm como objectivo que o parto se desenrole sem complicações e o mais rapidamente possível a fim de evitar que a parturiente passe por fortes dores (LOUX, 1990). Apesar dessa mesma dor de parto servir como de uma passagem tanto para a mãe como para a criança: a mãe passa de um estado para o outro, é uma morte (duro de passar) é um renascimento para ela e para a criança, que ela deita a (outro) mundo, como ela também nasce para outro mundo, outro lugar na sociedade das mulheres (JOAQUIM, 1983).

O parto é visto como um marco para a aquisição do novo estatuto, o de mãe, e o sofrimento, nos seus limites toleráveis, constitui a marca tangível desta passagem (LOUX, 1990). Pelo que, todos os rituais associados ao parto e os modos de expressão da dor são o reflexo de uma cultura, pois cada sociedade atribui o seu significado à dor, e o qual é diferente em diferentes culturas (JOAQUIM, 1983).

Atendendo aos valores culturais de cada mulher, a sua forma de estar em trabalho de parto pode implicar uma manifestação aberta da dor, ou pelo contrário, um controle desmedido da mesma, podendo levar a um errado juízo diagnóstico da situação dolorosa, sempre que este não valorize a cultura interveniente, ou, por outras palavras, o que para a mulher o seu comportamento significa (BOLANDER, 1998). E se tanto o limiar como as expressões da dor são diferentes consoante as culturas, uma manifestação de dor que aos nossos olhos pareça excessiva, deve ser encarada seriamente tal como o devem ser outras manifestações, pois nem sempre uma mulher que se lamenta durante as contracções sofre mais do que aquela que se retrai durante as mesmas, mas que permanece em silêncio (BOBACK et al, 1999).

Tal como nos refere LANGER (1986), *“dar à luz é considerado em cada cultura de uma maneira diferente, como experiência que pode ser perigosa ou dolorosa, interessante e satisfatória ou importante, mas acompanhada de certos riscos”*. Riscos que levam a estados de ansiedade, e, tal como JUSTO (1990) o afirma, *“uma grávida ansiosa vai ter um trabalho de parto mais difícil, mais prolongado, mais instrumentado, e a criança tem mais probabilidade de apresentar problemas ao nascer”*.

Se por um lado a ignorância gera o medo (MARREIROS, 1988), por outro lado ainda hoje na nossa sociedade, o medo do parto se mantém, independentemente de todos os avanços tecnológicos (CRUZ, 1990). Efectivamente o risco de morte no parto atravessa todas as culturas e todos os tempos, e atendendo às condições de saúde e aos conhecimentos de outrora, a morte da mãe, do filho ou de ambos não era uma realidade tão pouco frequente, merecendo a preocupação das mulheres e a tomada de consciência do perigo que corriam (LOUX, 1990). Este risco de morte intensificou e projectou o momento do parto para uma outra dimensão, justificando os mais variados rituais com ele relacionados e atribuindo uma grande valorização ao saber da parteira, na ajuda que esta dá para que o parto se desenrole. E porque não há melhor mestre do que a experiência, a parteira para o ser tinha que ter, ela própria filho e que ter aprendido com outras mulheres (NUNES, 1997). Assim, a parteira deveria ser uma pessoa com experiência de ser mãe, uma mulher que já tivesse passado pelo mesmo e que por isso

seria reconhecida para ajudar outras mulheres a fazê-lo e iniciá-las a cuidar das crianças (COLLIÈRE, 1989). Este papel da parteira encontra-se intimamente ligado ao da mulher na sociedade e em todo o mundo a manutenção da saúde era em grande medida das mulheres, sendo que a figura masculina geralmente não participava no parto (KITZINGER, 1978).

Entre nós verifica-se actualmente uma presença e acompanhamento mais frequente por parte do pai/acompanhante no trabalho de parto e parto, o que só acontecia em determinadas culturas, e este seu envolvimento quer durante a gravidez quer no parto, começa a esbater a autoridade e a ausência do pai durante séculos, fazendo crer que está a aparecer uma nova concepção, o amor paternal, que se assemelha, ao amor de mãe (BADINTER, 1991).

Por motivos vários, os pais pareciam relutantes em assistir ao nascimento dos seus filhos. Porque não se envolveram na gravidez e também não se envolvem no parto, ou por ansiedade e medo de ver sangue e ver a pessoa que amam a sofrer fazendo com que se sintam culpados, ou porque, à medida que a sentem ficar tensa, ficam amedrontados, também eles tenham vontade de gritar, ou mesmo por uma atitude clássica em que o marido fica de fora, tal como o referem COLMAN e COLMAN (1994) citando GEORGE BERNARD SHAW, no princípio deste século:

*“Quando chegar o momento terrível do parto, a sua importância suprema e o seu esforço e perigo sobre-humanos, em que o pai não toma parte, reduzem-no à sua insignificância: ele esquivava-se do caminho da mais humilde saída, feliz se for, suficientemente pobre para ser empurrado para fora de casa, para encarar a sua ignomínia, embebedando-se a comemorar. Mas quando a crise acaba, ele vingava-se, assumindo ares de superioridade como o ganha-pão e falando da esfera da mulher com condescendência, mesmo com cavalheirismo, como se a cozinha e o quarto do bebé fossem menos importantes que o escritório na cidade.”*

Na verdade esta posição de SHAW é por nós entendida como um apelo à modificação de determinadas concepções, e à adopção de outras mais coerentes, verificando-se actualmente que grande parte dos hospitais espera que a parturiente leve consigo um acompanhante (marido ou outra pessoa). Efectivamente, assistimos a um maior envolvimento do pai no parto, o qual tem sido capaz de contribuir muito positivamente na experiência, quer dando apoio e companhia à esposa nos momentos em que não está mais ninguém que, por vezes, como interprete dos seus desejos para a equipa de saúde. A sua voz é um conforto para a esposa. Pela sua presença vê, não só

quanto ela necessita de apoio, como a ajuda a acreditar que ela é capaz de fazer tudo com a ajuda dele, transformando aquele momento do nascimento, num dos mais importantes da sua vida (COLMAN e COLMAN, 1994).

Assim, atendendo a que o pai é um valor como pessoa, não deverá ser visto como um estorvo, podendo aprender a colaborar com a mulher quer durante todo o período de dilatação, quer no nascimento propriamente dito, e o apoio do pai reflecte a orientação da enfermeira e, concomitantemente, em cada pessoa, a família e a comunidade (LOWDERMILK, 1999). O pai pode desempenhar vários papéis: o de observador, fazendo companhia e dando apoio emocional; o de orientador, ajudando activamente a mulher durante as contracções; ou o de membro, apoiando física e emocionalmente tanto a mulher quanto a si próprio com a orientação da equipa de enfermagem.

Digamos que o envolvimento pessoal na gravidez e parto e o contacto precoce com o recém-nascido vai em certa medida condicionar a relação futura entre a mãe, o pai e o recém-nascido sendo natural após o parto colocar a criança sobre a mãe, para que tanto ela como o pai a possam acariciar, tocar, admirar e promovendo desta feita o vínculo familiar (MASCOLI, 1990). Assim, não será de estranhar que homens acabados de ser pais, peguem no bebé e se apaixonam por ele (COLMAN e COLMAN, 1994). Contudo, em determinadas civilizações de orientação tecnológica, torna-se impossível esta prática, impedindo-se um processo natural por imperativos culturais, perdendo-se um pouco a ideia de que o parto sentido em alegria, no qual ambos, homem e mulher, participem é algo valioso, não apenas em si mesmo mas como parte do processo de crescimento e do tipo de maternidade e paternidade (KITZINGER, 1995).

Salvaguardando as crenças e os valores das diferentes culturas, quando um casal está motivado por um desejo sincero de partilhar cada aspecto da experiência da gravidez e do parto, o envolvimento do marido vai acentuar a aliança que já tinha sido formada. Eles vão ver a sua relação a uma nova luz, e entrar juntos numa nova fase da vida (COLMAN e COLMAN, 1994).

Longe vai o tempo em que as mães enviavam os seus filhos bebés para longe para o campo, entregando-os a amas que deles cuidava, morrendo muitos nos primeiros anos de vida, e em que se desconhecia as taxas de mortalidade infantil. De papel pouco importante, os filhos passaram a ocupar um lugar central no seio das famílias, sobretudo pelos benefícios que transmitiam aos pais (SHORTER, 1995). Para além de ser um modo destes se prevenirem contra a velhice, era também uma forma de transmitirem o seu

nome e de assegurarem o trabalho agrícola. Os filhos eram para o pai um capital precioso – mais uns braços para trabalhar (NUNES, 1997).

Nas ditas famílias tradicionais, em que o saber passa de geração em geração, cada novo elemento é considerado fonte de riqueza, sendo que algumas famílias constituem verdadeiras unidades económicas baseadas na cooperação dos diversos elementos e numa rigorosa divisão do trabalho, pelo que era frequente cada casal ter seis e sete filhos, e a família ser muito mais vista como uma unidade produtiva e reprodutora do que uma unidade emocional (SHORTER, 1995).

Actualmente, a família mantém a sua função reprodutora, mas agora com um ou dois filhos, frequentemente nas famílias nucleares ou conjugais, transformando-se a família em unidade de consumo, mas no aspecto social, ela continua a ser fonte de compreensão e afecto para os seus membros, e simultaneamente agente de socialização para as crianças (ESTEVES e FLEMING, 1980). Com a evolução das sociedades e as mudanças nas características das famílias, também o parto e o nascimento foram tendo alterações importantes no seu significado, e na sua forma, quebrando-se rituais, prescrições e interdições, para dar lugar a outros rituais, outras prescrições, outras interdições.

E neste contexto de mudança, dir-se-ia que toda a boa parteira acompanhava e prestava à parturiente informações muito úteis que a iriam ajudar e acalmar e que começavam a ser-lhe fornecidas logo aquando do primeiro contacto com ela, mas que agora se perderam pela pressa e tom impessoal da sala de partos moderna, das injeções induções, anestesia e fórceps (LANGER, 1986). Assim a realidade de muitos hospitais, mesmo em trabalhos de parto pouco complicados, é as mães exaustas depois de despenderem toda a sua energia, com os lábios ressequidos, os olhos raiados de sangue, sentindo-se fracas e querendo ser deixadas em paz para poderem dormir (KITZINGER, 1995).

Serão porventura algumas realidades, em que os factores culturais se sobrepõem aos biológicos, como o caso do impedimento na interacção precoce entre a mãe / pai / e a criança, em muitas civilizações de orientação tecnológica, em que a base biológica para a futura relação sofre tais interferências que por vezes se torna impossível a comunhão entre mãe e recém-nascido (KITZINGER, 1978). Civilizações onde se instituiu o ritual da entrada para o hospital como a discutível tricotomia vulvar (SOIFER, 1986), o banho geral, ou o ideal de ter a parturiente na cama mais ou menos inerte. Torna-se o seu corpo propriedade do pessoal médico, o qual evidencia o seu poder usando máscaras e



uniformes, ou mandando sair o marido aquando da observação, e se sente, porém, com o fundamental papel tranquilizador quando em parte, *esta vulnerabilidade é imposta pela situação social, (...) resulta em grande medida do “espectáculo de normalidade” que todo o pessoal hospitalar procura mater e que faz parte do seu comportamento profissional* (KITZINGER, 1978).

Na verdade o papel da parteira molda-se à sociedade da qual faz parte. Desde o mais remoto na sua história, em que a sua actividade se confundia com a das bruxas, passando pelo caso das nanas jamaicanas que afirmavam que o que a parturiente precisa realmente é de mimos e de carinhos (KITZINGER, 1978), ou ainda de acordo com TRINDADE (1999), que é da opinião que *“a música durante o trabalho de parto ajuda as parturientes a encarar o trabalho de parto de uma forma menos dramática e a enfrentar o medo e a ansiedade”*.

Na sua generalidade, as diferentes práticas utilizadas pela parturiente e que a parteira lhe vai transmitindo durante todo o período de dilatação pretendem o seu relaxamento, a sua descontração e a criação de um espaço de calma e de silêncio. Contudo, o facto de o trabalho de parto se desenrolar em silêncio ou por meio de gritos, são tão simplesmente diferentes formas de as parturientes se manifestarem, pelo que as parteiras e citando JOAQUIM (1983), *“rodeavam, permitiam o grito das mulheres como uma das maneiras da mulher poder viajar no seu imaginário, nesse corpo a corpo, como momento de renascimento que é para a mulher deitar ao mundo, dar à luz”*.

Em qualquer sociedade, sem dúvida que a forma de parir e o tipo de cuidados que são prestados quer à mãe quer ao recém-nascido, e segundo KITZINGER (1978), *“apontam directamente para os valores chave dessa cultura”*. Mas, sejam quais forem os seus valores culturais, todas as parturientes tem necessidade de se sentirem acompanhadas e apoiadas afectivamente, independentemente de quem desempenha esse papel, se o feiticeiro, se o enfermeiro especialista, mas o que realmente importa em qualquer parte do mundo é que *“a mulher não se sinta abandonada e incompreendida na sua angústia”* (LANGER, 1986). E atendendo a que o parto é o culminar da gravidez, citando COLMAN e COLMAN (1994), parece correcto que *“a experiência da gravidez, parece correcto que a experiência da gravidez devesse acabar tal como começou num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida”*.

### 2.2.2 – Trabalho de Parto e Parto

Após o tempo de gestação, o nascimento é um “momento alto” de transformações, separações e novas ligações quer ao nível físico quer psicológico.

Sabe-se actualmente que mediante uma série de sinais complexos, mãe e filho realizam um compromisso que coloca um fim à duração da gravidez. Neste contexto, os partos são vivenciados de maneira diversa por cada mulher, pois têm relação com a sua história de vida, tipo de personalidade, momento da gravidez e história do casal.

O trabalho de parto é considerado dentro dos parâmetros normais quando a mulher se encontra no termo ou perto do termo de gestação, quando não existem complicações, quando só existe um feto com apresentação de vértice e o trabalho de parto não ultrapassa as 24 horas.

Podemos encontrar várias definições de trabalho de parto, embora todos transmitam a mesma ideia.

Segundo OXORN (1989), trabalho de parto é “ (...) *uma função da mulher pela qual os produtos conceptuais (feto, liquido amniótico, placenta e membranas) são deslocados e expelidos do útero para o exterior (...) e esse termo implica gasto de energia para obter uma finalidade, para obter um produto que é o bebé*”.

A causa do início do trabalho de parto é completamente desconhecida. Pode ser o resultado de uma combinação de factores, os quais fazem parte, o controle fetal, alterações nas hormonas esteróides, a produção de prostaglandinas, a estimulação da oxitocina e as alterações da musculatura uterina.

O trabalho de parto tem início com três principais sinais/sintomas característicos:

- Eliminação de uma secreção espessa com filetes de sangue, que é o rolhão mucoso;

- Ruptura de membranas;

- Contrações de dilatação do útero, que geralmente começam de uma forma suave.

O trabalho de parto também pode ser definido como “ *o processo que conduz ao apagamento progressivo e dilatação da cérvix e à descida da parte que se apresenta, com a eventual expulsão do feto e dos produtos da concepção*”. (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

O decurso do trabalho de parto, que é consideravelmente constante, divide-se em quatro estádios ou etapas.

1º Estádio ou Etapa da Dilatação - É o estádio de dilatação do colo. Começa assim que as contracções começam a regularizar-se e termina com a dilatação completa. A dilatação do colo inicia-se lentamente, é expressa em centímetros, pelo toque, cada dedo equivalendo de 1,5 a 2 cm. No início é de cerca de 2cm, sendo que no final atinge cerca de 10 cm.

Na generalidade, é difícil precisar o momento exacto do início do trabalho de parto, mas sabe-se que este é manifestamente mais demoroso que o segundo ou o terceiro em conjunto.

As variações são muitas, pois cada caso é um caso, no entanto é um facto que em algumas múltiparas a dilatação pode estar completa em menos de uma hora, ao passo que nalgumas primíparas a dilatação completa do colo raramente acontece antes das vinte e quatro horas.

Este estádio subdivide-se em três grandes fases: a fase latente, a fase activa e a fase de transição. Na fase latente assiste-se ao processo de apagamento e dilatação do colo uterino em que geralmente ocorre o que se chama de perda do rolhão mucoso, com o aparecimento de um corrimento espesso e sanguinolento, acompanhado de contracções cada vez mais frequentes e da dilatação do colo.

Nas fases activa e de transição a dilatação cervical e a descida da apresentação são mais rápidas, sendo que na fase activa as contracções uterinas são cada vez mais fortes e com uma frequência de três a quatro minutos com a duração de quarenta a sessenta segundos. Dá-se o rompimento da bolsa amniótica. Na fase de transição, o colo uterino atinge uma dilatação de oito a dez centímetros, as contracções duram em média um minuto com uma frequência de dois ou três minutos.

- 2ª Estádio ou Fase da Expulsão - começa com a dilatação completa do colo uterino e vai até à expulsão completa do feto.

Ao passar do 1º para o 2º Estádio as contracções tornam-se mais frequentes e mais dolorosas. Atingido o 2º Estádio o desconforto diminui.

Neste estádio deverá ser adoptada uma posição para o parto. A adaptabilidade da mulher levou a uma ampla variedade de posições de parto, utilizada por várias culturas. Não há uma posição correcta, cada uma delas tem boas ou más características. A mais utilizada actualmente é a posição ginecológica.

Os procedimentos devem ser efectuados de modo a promover a saída da cabeça fetal suavemente, reduzindo assim a incidência de lacerações.

Nesta altura é importante a participação activa da parturiente, efectuando esforços expulsivos eficazes durante a contracção. Esta conduta é bastante influenciada pela intensidade da contracção e por quem faz o parto.

- 3º Estádio ou Etapa Placentária- começa imediatamente após o nascimento do bebé e termina com a expulsão da placenta.

O descolamento da placenta ocorre em dois períodos. O primeiro é o descolamento da placenta da parede do útero, em direcção ao segmento inferior e ou à vagina e o segundo é a expulsão final da placenta do canal de parto.

Na maioria dos casos, quando a placenta se exterioriza, as membranas descolam-se do endométrio e desprendem-se espontaneamente.

- 4º Estádio ou Etapa do Puerpério Imediato- consiste num período de duas horas subsequentes ao parto. É o período de recuperação imediata, em que se pretende alcançar um equilíbrio homeostático. Constitui um momento privilegiado para a observação da mulher de forma a prevenir e identificar complicações, tais como as hemorragias.

Esta etapa corresponde não só ao restabelecimento da mãe como também ao início da relação mãe-filho.

Segundo COLMAN e COLMAN (1994), um período de emoções fortes e poderosas, pois: “ *acontecimentos físicos misteriosos ocorrem conjuntamente nesta crise central para a nossa experiência pessoal de vida e para a continuação da nossa espécie* “.

A grande capacidade sensorial e motora do recém-nascido e a resposta da mãe é o início da comunicação e das interacções recíprocas mãe e filho.

### 2.2.3 - A Dor no Trabalho de Parto

A palavra dor deriva do grego “*algesia*”, e resulta da condução de mensagens de dor ao cérebro através dos nervos. Os nervos são um ou mais feixes de fibras que ligam o cérebro e a espinal-medula a outras partes do corpo. As fibras nervosas individuais são compostas por neurónios.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define dor como “ *uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*”.

A dor pertence ao restrito grupo de experiências humanas fundamentais que, de certa forma, nos fazem ser o que somos. Ainda que dentro das leis anatomo-fisiológicas, a dor é algo dotado de um forte cariz subjectivo, complexo e, em simultâneo, subtil.

É de entre todas as sensações desagradáveis que vivenciamos, o sintoma que não se trata apenas de uma resposta fisiológica mas perceptível. A dor é sobretudo, devido à consciência que se tem dela, antecipando respostas emocionais diversas como o medo, isolamento, ansiedade e agressividade.

As reacções de cada indivíduo à dor representam diferentes atitudes, em função da interpretação que o sujeito aprendeu a dar-lhes. Como tal o aparecimento de um novo episódio de dor cria no sujeito expectativas cujas implicações imaginárias podem levar à intensificação desse episódio doloroso ou por oposição, se houver a perspectiva de cura ou alívio da dor, a ansiedade ou outros sintomas serão vivenciados de uma forma mais adaptada.

A percepção e a consciência que se tem da dor dependem de um conjunto de factores tais como: factores culturais, circunstanciais, experiências anteriores, sua representação, etc. Segundo LOPES (1999), “*a capacidade do sujeito se ajustar ao impacto, que o estímulo doloroso tem nele, faz emergir outros factores que tem uma dimensão importante na forma vivencial da dor*”.

Assim, podemos dizer que a percepção e as respectivas respostas à dor são diferentes de pessoa para pessoa, uma vez que existe uma grande influencia dos factores psicológicos e sócio-culturais na pessoa que vivência a dor.

A dor não é como as outras modalidades sensoriais. Não é uma sensação mensurável, é uma experiência cuja natureza depende não só da origem dos estímulos, mas também dos mecanismos de percepção e da sua interpretação cerebral.

A percepção da dor pode apresentar características simples e imediatas, no entanto as investigações de que foi alvo evidenciam-na como uma experiência subjectiva dependente da aprendizagem cultural e do significado atribuído à situação, bem como influenciada por outros factores essencialmente individuais.

A abordagem da dor implica não só a compreensão dos mecanismos neurofisiológicos, mas também dos factores psicológicos e sociais que lhe estão associados. Assim o problema assenta no conhecimento da forma como o sujeito e o seu ambiente vivenciam a dor, uma vez que esta é considerada parte integrante do sistema de ligação do homem com o seu envolvimento, sendo encarada no momento actual como um fenómeno sistémico e multidimensional.

A dor pode ser agrupada em duas grandes categorias: Dor Aguda e Dor Crónica.

A dor aguda é atenuada com o decorrer da aplicação de terapêutica medicamentosa, isto é, tem um fim relativamente previsível e é de curta duração (nunca superior a seis meses), sendo associada a uma simples picada de alfinete, dor pós-operatória, etc. ao passo que a dor crónica é de longa duração (superior a seis meses) e está normalmente associada a processos patológicos, de natureza limitada, intermitente ou persistente.

A dor não depende somente do grau de lesão orgânica, mas também das experiências anteriores, recordações e da capacidade de compreender as suas causas e conseqüências. Ela pode ter uma conotação negativa quando encarada como destruidora ou perigosa, ou pode ter uma conotação positiva, enquanto experiência enriquecedora do carácter ou como meio para atingir determinado status.

No que diz respeito à dor do trabalho de parto, esta é diferente dos outros tipos de dor, é uma dor intermitente, vem com a contracção, começando “fraquinha” e aumentando até atingir o pico, começando a diminuir até desaparecer completamente.

É uma dor do tipo visceral, pelo facto de ela ser percebida na área cutânea que se situa na zona correspondente ao órgão em que teve origem.

Segundo MELZACK (1987), “o trabalho de parto tem sido rotulado como um acontecimento aterrorizante, doloroso e ameaçador”.

A dor experimentada durante o trabalho de parto pode ser considerada como uma experiência única para a mulher. Cada experiência dolorosa é influenciada pela sua própria experiência anterior, pelas suas crenças e pelo estado emocional do momento. De entre outros aspectos, a mulher grávida é sujeita a uma carga emocional muito forte, causa de uma instabilidade emocional considerável, aliada a alterações hormonais significativas que acompanham todo o processo de gravidez e parto.

Seguindo o raciocínio de MELZACK (1987), *“por melhor preparadas que estejam, algumas grávidas apresentam um alto grau de ansiedade, podendo com isso reduzir o limite de dor. Esta maior sensibilidade à dor acarreta um aumento da percepção dolorosa do trabalho de parto”*.

A percepção da dor no trabalho de parto é diferente de acordo com a fase de progressão do mesmo. Durante a primeira etapa do trabalho de parto, a dor tem origem no útero e seus anexos resultando das contrações uterinas. Pensa-se que a sua percepção se deve essencialmente à dilatação, distensão e estiramento do colo uterino e peritônio adjacente. Os estímulos dolorosos provenientes do colo e segmento inferior do útero, são transportados por fibras sensitivas que vão formar o plexo uterino. Estas vias sensitivas, que têm um percurso paralelo às fibras simpáticas, atingem a raiz dorsal dos nervos da 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> vértebras torácicas através dos ramos comunicantes brancos. Deste modo, os estímulos dolorosos de todo o útero são conduzidos aos centros nervosos superiores.

Alguns teóricos defendem que durante o primeiro estágio do trabalho de parto, a dor é desencadeada pelo processo de esvaimento e dilatação do colo. Entre os 0 e 3 cm de dilatação, a grávida define a dor como um incómodo, um desconforto; entre os 4 e 7 cm de dilatação a dor já é referida como moderadamente aguda, sendo que entre os 7 e os 10 cm a dor é agravada, aguda e de carácter espasmódico.

No segundo estágio do trabalho de parto, a dor é devida principalmente à pressão que é exercida pelo feto ao passar no canal de parto e pela consequente pressão que exerce ao nível dos vários órgãos e tecidos circundantes: músculos perineais, bexiga, intestinos e ligamentos uterinos.

No terceiro estágio do trabalho de parto a dor é causada pela isquémia provocada pela vasoconstricção uterina, sendo que a dor persiste até à expulsão da placenta.

A contração uterina, durante o trabalho de parto não é sempre uniforme. No início da primeira etapa as contrações são curtas, ligeiras, atingindo a duração de 20 a 30 segundos, com intervalos de cinco a dez minutos; nesta fase a dor provocada pela contração é, com frequência percebida na região lombar. À medida que o trabalho de parto progride as contrações tornam-se mais intensas, duradouras e menos espaçadas, em que cada contração dura em média um minuto com intervalos de três a cinco minutos. A dor provocada pela contração, na fase activa, traz grande incómodo para a mulher. É neste período que as queixas começam a ser referidas e as manifestações são exteriorizadas.

A dor do trabalho de parto, com constantes estímulos de intensidade crescente, gera estados de hipersensibilidade e exactibilidade dos neurónios da parte dorsal da medula, que se somam a outros mecanismos provocando uma sobreposição de estímulos que intensificam as respostas e tornam sinais, até então inofensivos, como o tacto, em sinais dolorosos, criando uma espécie de “memória” da dor.

Para a maioria das mulheres que têm uma experiência do parto eutócico a vivência da dor é uma sensação única que algumas poderão lembrar toda a vida. No entanto e segundo LEITÃO (1995), *“a maioria das parturientes normalmente podem vivenciar a dor de forma tão intensa chegando mesmo a ser insuportável”*

Embora constituindo um mecanismo fisiológico, e por conseguinte necessário, a dor do trabalho de parto não é isenta de consequências. Estas poderão ser prejudiciais tanto para a mulher como para o feto, dependendo no entanto do modo como é vivenciada. As repercussões da dor no trabalho de parto podem ser observadas a nível materno e fetal, assim como sobre a actividade uterina. A dor no trabalho de parto pode mesmo transformar-se numa experiência extraordinariamente traumatizante. A vivência pouco compensadora do parto pode conduzir a transtornos emocionais com graves consequências a nível psicológico para a parturiente, podendo estas perturbações afectar o início da relação precoce com o bebé e assim provocar alterações na vida sexual da mulher, motivadas pelo receio de uma nova gravidez.

A dor do trabalho de parto e a ansiedade que ela gera influenciam o funcionamento do aparelho respiratório e cardiovascular. Além disso, a descarga de catecolaminas que ela provoca conduz a um aumento do metabolismo e do consumo de oxigénio, este aumento provoca acidose metabólica, a qual pode interferir no bem-estar fetal. As mesmas alterações bioquímicas podem também afectar a actividade uterina, gerando hipo ou hipertonia. Estes acontecimentos afectam a progressão do trabalho de parto prejudicando o bem-estar materno e fetal.

Todas as reacções emocionais que, durante o trabalho de parto são desencadeadas pela dor, condicionam também modificações do equilíbrio feto-placentar. Durante a contracção uterina ocorre uma redução transitória do suprimento de sangue para o espaço intervilo, esta redução traduz-se numa diminuição das trocas materno-fetais. Tal alteração transitória, pode ser agravada por uma actividade uterina desordenada, motivada pela reacção da parturiente à dor. Esta situação contribui para causar hipoxia fetal que por sua vez poderá trazer consequências de grande gravidade para o feto.



## 2.2.4 – O Papel da Enfermeira Perante a Mulher com Dor

Prestar assistência de enfermagem durante o trabalho de parto é participar num dos fenómenos mais emocionantes da vida do ser humano. Cuidar a mulher nesta fase é também promover a vida. Segundo COLLIÈRE (1989), *“tentar aprender a prática dos cuidados exige situá-la em relação à sua finalidade primeira: permitir à vida continuar e reproduzir-se”*.

Embora o alívio da dor tenha sido, desde sempre, algo intrigante e preocupante, é nos últimos vinte anos que o avanço na compreensão deste fenómeno tem sido considerável. Do ponto de vista da enfermagem, o envolvimento no que respeita ao alívio da dor torna-se cada vez mais evidente.

No conjunto da equipa que presta cuidados à mulher em trabalho de parto, a enfermeira desempenha um papel particular. É com frequência, através da enfermeira que a utente dá a conhecer os detalhes da experiência que está vivendo, é também através dela que a utente recebe cuidados especializados para o alívio dos desconfortos que surgem. De uma forma geral, este papel é bem distinto daquele que outros elementos desempenham, embora com a mesma finalidade: garantir o bem estar materno e fetal.

Nem sempre é fácil ajudar a pessoa que sente dor. Esta questão, prende-se essencialmente com o facto de existir alguma capacidade em aceitar, que aquilo que a pessoa refere é na realidade o que ela sente. McCAFFERY e BEEBE (1989) afirmam que *“sendo a dor um processo subjectivo, a questão mais importante na definição de estratégias para ajudar a pessoa é aceitar o facto como verdadeiro”*.

Assistir a mulher com dor em trabalho de parto, é um verdadeiro desafio. Ao prestar cuidados na sala de partos, a enfermeira participa numa experiência íntima e abrangente, necessita para o efeito de possuir um corpo de conhecimentos diversificado e especializado nesta área. Cabe à enfermeira uma grande parte da responsabilidade respeitante ao esclarecimento da mulher em relação ao evento clínico da dor durante o trabalho de parto. Nesse período da sua vida, a mulher está extraordinariamente fragilizada no seu todo, por esta razão requer um suporte adequado, sem o qual poderão resultar graves traumatismos.

A qualidade dos cuidados de enfermagem depende, em grande parte da capacidade da enfermeira para avaliar as necessidades da mulher naquele momento. Identificadas as

necessidades, a enfermeira mobiliza de novo os seus conhecimentos e habilidades para diagnosticar os problemas existentes.

McCAFFERY e BEEBE (1989), sugerem que a avaliação da experiência dolorosa pode ser essencialmente identificada pelas reacções da mulher por meio de:

- Manifestações fisiológicas
- Movimento corporal
- Expressão facial
- Expressão verbal
- Vocalização
- Reacções ao ambiente
- Estratégias para enfrentar a dor

A oscilação dos valores dos sinais vitais é a manifestação fisiológica mais comum. Também é frequente ao aumento da tensão muscular, facto que interfere na progressão do trabalho de parto. É habitual que a mulher deixe que a expressão do rosto dê a conhecer que sente dor. A verbalização da percepção dolorosa também é comum. A par da progressão do trabalho de parto e com o concomitante aumento da intensidade dolorosa, há mulheres que perdem a capacidade de interagir com o meio, manifestando dificuldade em colaborar.

O processo de avaliação da dor, está intimamente relacionado com a capacidade para compreender a subjectividade do fenómeno. Mesmo que não exista fisicamente razão para tal, a enfermeira deve estar preparada para aceitar que a experiência é vivida assim como a mulher o refere.

Entender os valores que ditam a conduta da mulher/casal é um factor de grande peso. Por vezes, determinadas formas de estar perante a dor não facilita a compreensão da experiência, este facto exalta a importância de cuidar o indivíduo com dor numa perspectiva holística.

A identificação dos objectivos da parturiente/casal em relação ao trabalho de parto, constitui um passo relevante no planeamento das acções de enfermagem. A identificação destas expectativas, que são construídas com base nas referências sócio-culturais, ajudam à compreensão do conjunto de estratégias que a mulher poderá usar para aliviar a dor.

Sabendo que a dor não é a única fonte de desconforto durante o parto, cabe à enfermeira a identificação dos factores adicionais que concorrem para todo este processo. Ao valorizar todo este referencial a enfermeira está a promover um ambiente

seguro para o trabalho de parto, contudo é indispensável que à medida que o trabalho de parto avança, sejam identificadas eventuais alterações nessa predisposição. Esta modificação significa introduzir ajustamentos na estratégia definida para o alívio da dor.

Sabe-se que, a ansiedade e o medo são responsáveis pelo aumento da tensão muscular. A enfermeira deve estar consciente que, embora não estejam directamente relacionadas com a situação de parto, várias circunstâncias concorrem para o incremento de um clima de ansiedade. A ocorrência de situações precipitantes de ansiedade podem aumentar a percepção de dor ou diminuir o nível de tolerância.

A contribuição da enfermeira para diminuição da ansiedade, passa pelo esclarecimento respeitante à evolução do trabalho de parto. Além disso, a menção das diversas estratégias para o alívio da dor ajudam a intervir no mesmo sentido.

Na opinião de REEDER (1995), *“o diagnóstico de enfermagem é definido baseando-se essencialmente no incómodo provocado pelo aumento da intensidade das contracções, deficiência de conhecimentos em relação aos métodos para o alívio da dor, modificação do conceito de auto-estima desencadeada pela ineficácia da resposta à dor”*.

Na definição de estratégias para o alívio da dor há dois princípios a considerar: a redução dos impulsos dolorosos que chegam ao cérebro e o controlo da ansiedade. Baseando-se nos princípios referidos, a enfermeira irá recorrer essencialmente a sistemas que remeterão a mulher para procedimentos tendentes ao controlo da dor. De acordo com REEDER (1995), os sistemas referidos são:

- Sistema motivacional e afectivo
- Sistema sensorial e discriminativo
- Sistema cognitivo e de avaliação

O sistema sensorial e discriminativo utiliza técnicas de relaxamento, constituindo um meio importante para o controlo da dor no trabalho de parto. O alívio da dor é obtido por meio da interrupção do ciclo “medo-tensão-dor”. O relaxamento sendo o oposto da tensão é capaz de intervir na suspensão do circuito.

A enfermeira também pode intervir no controlo da dor por meio do sistema sensorial discriminativo. Para reduzir a dor usando este sistema consideram-se os receptores periféricos que conduzem o estímulo até ao córtex cerebral. Pretende-se que a chegada da informação dolorosa chegue ao cérebro depois da percepção sensorial. As estratégias a considerar relacionam-se com a estimulação cutânea e a mudança de posição.

Durante o trabalho de parto a enfermeira pode usar técnicas cognitivas para o controlo da dor. As mais usadas são a técnica de respiração, a concentração da atenção, execução de um movimento físico segundo determinado padrão, audição de música e direcção verbal.

Embora o trabalho de parto seja habitualmente de duração breve, a enfermeira deve estar preparada para uma eventual reformulação da sua estratégia para cuidar a parturiente. É provável a ocorrência inesperada de mudanças no comportamento da mulher, conduzindo assim, o reajustamento do plano. Ao programar as intervenções respeitantes ao alívio da dor, é conveniente que a enfermeira transmita a noção de que nem sempre é possível obter um resultado completamente satisfatório.

Na etapa final da experiência dolorosa, o papel da enfermeira é essencialmente o de ajudar a mulher a assimilar o acontecimento. Esta assimilação significa, antes de mais, restaurar a auto-estima como preparação para a vivência da maternidade. Deste modo, a enfermeira promove a integração intelectual e emocional da experiência do trabalho de parto no qual a vivência de é parte integrante.

RIBEIRO (1995), diz-nos que “...como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e de doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos”.

### 2.3 - PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Noutros tempos, quando o parto era um acontecimento natural na vida de uma mulher e decorria no âmbito da família, não existiam cursos de preparação para o parto, dava-se à luz em casa, com ajuda da parteira e das mulheres da família. O que acontecia naqueles momentos, o que se devia ou não fazer, eram coisas conhecidas que se tinha oportunidade de ver antes de as viver.

O parto era um acontecimento natural como muitos outros, sem dúvida importante e doloroso, mas que se enfrentava com conhecimentos e resignação e que na maior parte dos casos se resolvia sem grandes problemas.

Nos casos em que se verificavam complicações, a situação tornava-se dramática e por vezes mortal, tanto para a mãe como para o pequeno ser. No intuito de resolver estes casos a medicina “ tomou conta “ da gravidez e do parto, conseguindo proporcionar à parturiente e ao recém-nascido, uma melhor assistência.

Transferido para o âmbito hospitalar, o parto tornou-se “uma doença” e a mulher uma “doente”, cada vez mais habituada a entregar nas mãos dos médicos o nascimento do seu filho. O ambiente familiar foi substituído por uma situação desconhecida e desagradável, cheia de pessoas estranhas, onde a parturiente não sabe muito bem o que vai acontecer, o que lhe estão a fazer e porquê.

As mulheres em ambiente hospitalar sentiam-se tensas, com medo e só davam à luz com dificuldade. Era então, necessário intervir, não só no seu estado físico, mas também sobre o seu estado psicológico. Havia assim, necessidade de informar as grávidas do que lhes iria acontecer, ensinando-as a colaborar de forma activa no nascimento do filho diminuindo a conseqüente ansiedade e a dor.

Desde o início da história humana, e nas culturas mais diversas fazem-se esforços para tentar minimizar as dores e tentar acelerar o trabalho de parto. Começou a perceber-se que factores como a cultura, a tradição, a estrutura social, económica e política influenciavam profundamente o parto.

Foi no séc. XIX que se começou a procurar soluções, que eram pouco fundamentadas pois ainda não havia um conhecimento da neurofisiologia, isto é, a influência do córtex no mecanismo do parto ao sistema nervoso central e periférico, nem se conhecia o funcionamento da memória.

Com a passagem do tempo e o desenvolver da tecnologia e dos conhecimentos científicos, ficou-se à espera de mais bases científicas e só no final do séc. XIX na ex-União Soviética, Pavlov descobre a origem dos reflexos condicionados. Em 1903 recebe o Prémio Nobel da Neurofisiologia, pela descoberta dos reflexos condicionados, métodos e regras a aprender, o que viria a par das descobertas de analgésicos e anestésicos, mais tarde, revolucionar o campo do parto sem dor ou parto controlado.

É com Pavlov, com as suas descobertas sobre a neurofisiologia, que surge a profilaxia, dando assim um grande avanço na ciência e conseqüentemente na Obstetria.

Segundo, JEANSON (1959), para a escola pavloviana “ *o parto (...) não é de modo nenhum, portanto, um fenómeno local; é um processo que diz respeito a todo o organismo*”.

A gravidez e o parto são acontecimentos fisiológicos normais, que acompanham a civilização ao longo dos tempos. A Preparação para o Nascimento permite aos futuros pais compreender as alterações que decorrem durante a gravidez, promover um trabalho de parto confortável, facilitar o vínculo entre pais e bebé, assim como, ajudar a lidar melhor com os medos e receios que habitualmente acompanham a gravidez. Seguindo o raciocínio de KITZINGER (1995), a mulher deve ter “o poder de auto direcção, auto controle, de escolha, de decisão voluntária e de cooperação activa com o pessoal clínico no decorrer do trabalho de parto”.

*“Para que este acto fundamental de dar a vida se desenrole de forma harmoniosa e menos dolorosa possível, foram desenvolvidos alguns métodos que visam não só aproveitar este acontecimento raro, mas também ensinar a vencer o sofrimento e a apreender o sofrimento, porque o sofrimento é simultaneamente físico e psíquico.”* (LOWDERMILK, 1999).

A preparação para o parto, enquanto momento de educação, tem diversas visualizações e compreensões da sua conceitualização científica. Todavia, existem definições concretas e aceites pelo mundo científico, que apresentam a preparação para o parto como um *“programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo do parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor ou psicoprofilático, implica a aprendizagem de técnicas de descontração psicofisiologica no tratamento das dores do trabalho de parto de forma a poder minimizar-se o uso da anestesia ou da analgesia. (...) O objectivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contracções uterinas e do trabalho de parto”* (ANKRETT; 1992).

Já para LEDERMAN, citado por BOBACK, (1996), a preparação para o parto é *“um sentimento saudável do real – uma consciencialização do esforço, dor e risco, contrabalançada por um sentido de excitação e expectativa pelo prémio final”*, fazendo alusão a que se a mulher se conhecer a si mesma e tudo o que envolve o trabalho de parto, o parto em si será algo natural e gratificante.

As aulas de preparação para o parto (ou educação pré-natal) variam bastante tanto em qualidade, como nos assuntos abordados. Segundo MEXIA, (1992) *“os tópicos tratados normalmente são: cuidados de saúde durante a gravidez; o que acontece ao longo do trabalho de parto; como deve agir no decurso do trabalho de parto, incluindo*

*informação acerca de métodos de alívio da dor; relaxamento; exercícios para a gravidez e para o trabalho de parto; cuidados básicos a ministrarem ao bebê, incluindo informações sobre a alimentação; cuidados de saúde pós-parto”.*

Segundo KITZINGER, (1978), “ *o resultado final desta preparação durante a gravidez não é uma aptidão atlética, músculos super-elásticos, ou a capacidade de respirar como um ioga e de relaxar até ficar em estado hipnótico, mas sim atingir um estado mental, um estado de preparação emocional, sem o qual nenhum exercício físico pode levar a cabo a preparação adequada para a experiência do trabalho de parto”.*

Hoje em dia, independentemente das técnicas utilizadas, os cursos de preparação para o parto têm como objectivos:

- Proporcionar à grávida a informação necessária sobre a gravidez, parto e o recém-nascido, de modo a que possa viver conscientemente este momento tão especial;
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos culturalmente, para que a dor física não seja ampliada pela angústia;
- Reduzir ao mínimo a dor, graças a meios largamente comprovados (técnicas de respiração, relaxamento, etc.);
- Ensinar a “colaborar” com o próprio corpo para que tudo decorra da forma mais fácil e rápida possível;
- Proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação e que, por isso, melhor que ninguém podem oferecer a sua colaboração e solidariedade;
- Dar ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o parto, possa estar o mais perto possível da futura mãe;
- Possibilidade de garantir o sucesso do Aleitamento Materno;
- Possibilidade de se estabelecer uma relação afectiva precoce entre pais e filhos e facilitar a adaptação a novos papéis;

- Se o curso é organizado pelo hospital ou pela clínica onde irá decorrer o parto, devem ser mostrados à mulher os ambientes em que irá ser internada e onde será assistida, para que posteriormente lhe sejam familiares.

Podemos, pois, concluir que a preparação para o parto deve ser entendida como algo que permita encarar e perceber a gravidez e parto, como actos fisiológicos, mas mais ainda, como momentos de partilha e alegria. Segundo KITZINGER (1995), “ *A gravidez não é apenas um período de espera, mas de preparação* ” em que há necessidades prementes a resolver.

MCFARLANE (1998), comenta esta ideia inferindo que “*...o nascimento da criança é um aspecto emocional e incomensuravelmente complicado da existência e como experiência significa muito para os indivíduos nele envolvidos, tanto nesse instante como posteriormente*”.

### **2.3.1 - O Parto Sem Dor – Psicoprofilaxia**

O método psicoprofilático de preparação para o parto é um método que se apoia numa educação precisa e numa aprendizagem minuciosa em atmosfera de confiança, de estima e de segurança, para preparar a mulher grávida, física e psicologicamente para o parto, com o objectivo da sua participação mais activa e consciente durante o trabalho de parto; permitindo a criação de uma actividade de defesa durante o parto e suprimir parte do efeito da contracção uterina.

A preparação psicoprofilática para o parto é conhecida como parto sem dor, parto preparado, parto controlado, ginástica, exercícios para o parto. FREITAS (1998), citando RESENDE, defende a preparação para o parto como, “*...um método de educação psíquica e física através de informações correctas sobre as transformações ocorridas durante o período da gravidez e parto. Estas informações visam reconduzir a gestante ao normal equilíbrio emocional com vista a disciplinar o seu comportamento com manifestas vantagens sobre a parturição*”.

No início dos anos 50, o ginecologista francês Ferdinand Lamaze, reuniu num único método de preparação para o parto, os critérios nesta matéria pelas escolas inglesa



e russa. É um método baseado essencialmente na neurofisiologia e nos reflexos condicionados de Pavlov, que consiste em tornar conhecido o desconhecido, aumentando o limiar da sensibilidade à dor pelo reflexo condicionado. Isto após uma estadia na URSS, onde observou que as mulheres soviéticas davam à luz sem sofrimento aparente, substituindo o reflexo da tensão muscular por um condicionamento psicomotor.

Segundo LAMAZE, citado por BOBACK (1999), “ *a dor é uma resposta condicionada, pelo que as mulheres podem ser condicionadas a não sentirem dor durante o trabalho de parto*”.

Ligados a Pavlov, aparecem dois obstetras, Velvosky e Nicoleiv que baseados nos reflexos condicionados, na neurofisiologia e nos conhecimentos obstétricos iniciam o método psicoprofilático.

O final da 2ª Guerra Mundial traz-nos informação sobre a sua eficácia, através de dados estatísticos. A partir daqui espalha-se por todos os países, chega a França, Portugal, etc.

O método baseia-se em três pontos principais:

- Descondicionamento dos reflexos errados (negativos) condicionar reflexos certos (positivos) para utilizar durante a contracção;
- Ocupação cerebral durante a contracção: relaxamento e respiração;
- Transformação do desconhecido em conhecido, aumentando assim o limiar da sensibilidade à dor.

MENDES (1993), defende que “ *...é possível reduzir a actividade cerebral com participação neuromuscular adequada, ensinando um condicionamento no relaxamento aos desconfortos das contracções uterinas. Trata-se principalmente em ritmar os movimentos respiratórios, lentos nos intervalos das contracções e muito acelerados e superficiais logo a seguir à subida do tónus contráctil uterino*”.

Baseado na neurofisiologia o método divide-se em duas partes: a parte profilática e a parte psicológica. A parte profilática consiste em fornecer noções de anatomia e fisiologia dos órgãos genitais, ensinar-lhes os diversos tipos de respiração que devem ser praticadas nas diferentes fases de evolução do trabalho de parto, exercitando-os de forma a conseguirem dominar todo o corpo. Na parte psicológica a grávida é ensinada a entender o sistema nervoso e a perceber que a percepção da dor é em grande parte um reflexo condicionado. Para anular este condicionamento negativo bastará desencadear outro que favoreça o auto controle e afaste a atenção da dor, para isso bastará relacionar a contracção com o acto voluntário, não doloroso, como a respiração. Ensina-se às

parturientes no início da dilatação a fazerem respiração abdominal, tranquila e profunda e uma respiração torácica, superficial e acelerada para o momento em as contrações se tornam mais intensas e seguidas.

O método foi introduzido em Portugal, em 1953, através do Dr. Pedro Monjardino, da obstetra Dra. Sesina Bermundes e da psiquiatra Dra. Seabra Dinis os quais foram a França, fazer a sua preparação com o Dr. Lamaze, cujo seguidor é o Dr. Pierre Vellay.

Os pioneiros Portugueses iniciaram a preparação de casais no antigo Hospital do Ultramar, onde tiveram grande êxito. Em 1963, Graça Mexia, professora de Educação física, realiza um estágio em França e faz o curso de Fisioterapeuta Obstetra, tendo-se preparado na Policlínica Francesa com o Dr. Lamaze e o Dr. Pierre Vellay. Em Portugal, continua o trabalho dos pioneiros do Método Psicoprofilático, em Lisboa, na Av. Da Republica, onde prepara muitos casais e profissionais de saúde, com êxito.

A educação do método implica, a introdução do ensino nas faculdades de medicina, escolas superiores de enfermagem, a sua pratica em todos os hospitais, maternidades e centros de saúde de cuidados primários. Esta acaba por acontecer através da Legislação de Protecção à Maternidade e Paternidade, Lei 4/84 de 5 de Abril e Assistência ao Parto, Lei 14/85.

No Porto, em 1980 é criado um Centro de Preparação para o Parto, pela Dra. Celeste Pereira, que também tem contribuído para a divulgação deste método. Depois deste outros novos centros têm surgido por todo o país, tanto públicos como privados, embora não em número desejável e necessário.

Embora já existam muitos profissionais detentores da formação, ainda não foi introduzido o ensino nas Faculdades de Medicina e nas Escolas Superiores de Enfermagem. A implementação do método, nas instituições de saúde Portuguesas não foi ainda efectuado de uma forma sistematizada, pelo que a maioria das grávidas que pretendam fazer esta formação têm que recorrer a instituições privadas.

No entanto, não será somente por falta de centros de preparação para o parto, que as grávidas não fazem tal formação. Segundo o fisioterapeuta, ALMEIDA (1991), *“...os nossos médicos, assim como outros profissionais de saúde e a nossa população, por estranho que pareça, ainda não estão sensibilizados para este aconselhamento”*.

### **Para além do parto, que vantagens?**

Uma preparação adequada para o parto sem dor permite uma duração do parto muito mais reduzida, podendo mesmo diminuir o período expulsivo.

Um período expulsivo prolongado pode ser perigoso, podendo provocar hipoxia e anóxia num recém-nascido saudável, transformando-o num recém-nascido com graves problemas que poderão arrastar-se para toda a vida.

Durante a gravidez, uma mulher preparada e informada dos processos que ocorrem no seu organismo pode detectar anomalias graves, como ocorrência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, etc.

Uma participação activa do pai na preparação para o parto, uma colaboração com a mulher em todas as fases da preparação, reforça os laços afectivos do casal e todo este clima contribui poderosamente para a mulher estar calma e “dar à luz” uma criança equilibrada.

Acontece que muitas mulheres que começam a fazer preparação para o parto pelo método psicofilático que sofrem de hipertensão, com insónias, com vómitos e outros efeitos somáticos devidas ao estado de ansiedade em que se encontram, vêm melhorar ou desaparecer estes sintomas no decurso da própria gravidez.

Igualmente, registam-se muitos menos casos de depressão puerperal, vivendo, assim a mulher este período de forma muito mais activa e feliz. Sabendo-se como é importante para a interacção precoce mãe/recém-nascido o estado de equilíbrio da mãe, vê-se como este método pode ser muito importante para o desenvolvimento rápido e saudável do recém-nascido também do ponto de vista psicológico.

Existem mudanças muito bruscas ao nível do corpo da mulher, nomeadamente a nível hormonal, que contribuem também para a fragilizar psicologicamente. Além disso a mulher foi acarinhada e “mimada” durante a gravidez, todas as atenções até ao parto eram para ela, e ao dar vida a um novo ser, este passa a ser o alvo de todas as atenções. Isto faz com que a mulher se torne muito sensível à mais pequena falta de atenção, à mais pequena desconsideração.

Ora, o método psicofilático, exigindo a participação activa do marido no processo de preparação e durante o próprio parto, vai contribuir para que este esteja mais atento a todas estas manifestações e a ser sensível àquilo que a mulher está a sentir e a viver.

O método psicofilático tem pois, efeitos benéficos na tríade recém-nascidos/mãe/pai e contribui para o estabelecimento muito precoce duma boa ligação do recém-nascido aos pais. Pode dizer-se que a vinculação pais/recém-nascido é antecipada,

visto que a preparação para o parto “força” os pais a pensar mais no filho, a interagir com ele mesmo antes de ele nascer, a cuidar dele de forma activa e consciente ainda no período da gravidez.

Segundo DINIS (1955), “ *E aprende sobretudo a tomar uma atitude consciente e activa, participando em todas as fases do desenrolar do seu próprio parto, ajudando-o, dirigindo-o e controlando-o*”.

### **2.3.2 - Outros Métodos de Preparação para o Parto**

De entre os muitos métodos existentes por todo o mundo científico, o mais utilizado e com mais sucesso é sem dúvida, o psicoprofilático, isto é, preparação psicológica e física através da instrução e da prática.

Nos Estados Unidos, os principais métodos ensinados são o método DICK READ ou método de parto natural, o método de LAMAZE ou método psicoprofilático e o método de BRADLEY ou método assistido pelo marido, (BOBACK, 1999). Apesar das bases teóricas serem diferentes, apresentam como pontos comuns, as informações sobre os processos de trabalho de parto, o tipo de preparação física, e o acreditar no apoio constante e competente durante o trabalho de parto.

A maior parte dos defensores da preparação para o parto, concordam que a tensão e o medo são as principais causas de dor durante o trabalho de parto, em que uma sensação natural e fisiológica dá lugar a uma sensação dolorosa.

Todos os métodos tentam reduzir estes dois factores e eliminar a dor, através do aumento dos conhecimentos da mulher sobre o trabalho de parto, aumentando a sua auto-confiança, controlo, preparando uma pessoa de apoio, que normalmente é o marido, e treinando o condicionamento físico com técnicas de respiração e relaxamento.

O método DICK READ engloba informações sobre o trabalho de parto, além de higiene, nutrição e exercício. As aulas são ministradas em três vertentes, como exercício físico, relaxamento e respiração.

Os defensores deste método consideram que o peso exercido pela musculatura abdominal sobre o útero contraído aumenta a dor. Assim e segundo BOBACK (1999),

*“a mulher é ensinada a tentar empurrar para cima os músculos abdominais durante as contrações, libertando o útero contraído da musculatura abdominal”.*

Para READ, a dor que a mulher sente é o resultado de um ciclo vicioso que se estabelece. Este ciclo é desencadeado pelo medo, o qual gera uma forte tensão que, por sua vez exacerba a dor. O medo, que é um estado de psiquismo adquirido desde a infância, é consequência de factores como a **ignorância**, ou seja desconhecimento do processo fisiológico que envolve a gravidez e parto; **sugestão** anterior da dor; **falta de apoio psicológico** durante o trabalho de parto.

O método LAMAZE baseia-se na respiração, especialmente a que deve ser praticada nas primeiras fases do trabalho de parto, de acordo com a teoria que a percepção da dor em cada contração uterina, resulta em grande parte de um reflexo condicionado. É ensinado as gestantes a fazerem uma respiração abdominal, tranquila e profunda, que devem praticar desde o início da dilatação e um tipo de respiração torácica, superficial e acelerada, reservada para o momento em que as contrações forem mais intensas e seguidas.

No entanto, este método não exclui a utilização de medicação analgésica quando esta se tornar necessária.

No método BRADLEY, a técnica acentua que factores ambientais como escuridão, estar só, e sossego tornam a experiência do parto mais natural.

Na opinião de BOBACK (1999), *“...baseia-se na observação do comportamento animal durante o parto, e enfatiza a necessidade de trabalhar em harmonia com todo o corpo, de utilizar o controlo da respiração, respiração abdominal e relaxamento corporal generalizado”.*

Outros métodos têm sido utilizados, com maior ou menor sucesso, mas todos com o fim de diminuir o sofrimento e aumentar a colaboração da mulher durante o trabalho de parto e parto. Em seguida serão apresentados alguns.

O **Ensino Autónomo Respiratório** baseia-se em técnicas de auto-sugestão e de respiração que têm como finalidade habituar o organismo a reagir espontaneamente, da forma mais adequada, a cada uma das fases do parto, aliviando assim a tensão física e emocional.

Este método resultou dos estudos do professor PISCICELLI que aperfeiçoou o ensinamento autónomo de SCHULZ.

Os cursos começam, normalmente, entre os 6º e o 7º mês de gravidez. Realizam-se em grupos que poderão ser bastante numerosos (várias dezenas de mulheres), têm uma

periodicidade semanal, compreendem uma parte teórica e outra prática. Na primeira fornece-se toda a informação que permite enfrentar, conscientemente e sem ansiedade, o nascimento da criança. Na segunda, são ensinadas as técnicas de relaxamento (concentração em determinadas sensações e não em outras) e as técnicas de respiração e de controlo muscular que deverão ser postas em prática nas diferentes fases do parto.

Durante o relaxamento aprende-se também a deixar a mente divagar, a evocar recordações e sensações, mas também, eventuais medos e ansiedades que depois são debatidos e analisados em conjunto, para poder eliminar os eventuais *bloqueios* emocionais. Esta parte psicológica tem sempre uma importância acentuada. Para o momento do trabalho de parto ensina-se uma respiração lenta e profunda, semelhante à do sono, que deverá praticar-se quando começarem as contracções. Para a fase da expulsão, aprende-se a inspirar e a reter o ar nos pulmões no momento em que deve utilizar toda a sua energia para regressar imediatamente ao mais completo relaxamento, respirando normalmente até ao momento de voltar a tentar expulsar o feto. A dor reduz-se ao mínimo, graças ao treino e à concentração, que permitem controlar tanto a tensão emocional como a física – factores que aumentam a percepção da dor.

A **Sofrologia**, o seu principal efeito é o de acalmar o sistema neuro-muscular e influenciar assim a mente, através do relaxamento terapêutico implica abstrair-se do que a rodeia, comunicar com o próprio corpo e tomar consciência das tensões. Propõe atingir, com a ajuda de imagens, sons e sugestões de sensações um estado sofrónico entre a vigília e o sono, que proporciona descanso, harmonia e bem-estar.

A sessão de sofrologia começa com o relaxamento físico total, seguindo-se o relaxamento físico mental. A pessoa deve entregar-se completamente.

O curso de relaxamento consta de aulas teóricas e práticas, num total de oito semanas de prática individual diária, em casa, em sessões diárias de dez minutos cada, no fim das quais se adquire uma disciplina mental e física.

A **Eutonia** é um método originário da Dinamarca e proporciona à pessoa um bem-estar geral.

Trata-se de educar a sensibilidade de maneira a que se sinta a si mesma, através da percepção, sobretudo táctil. Concentrar a atenção no contacto das mãos com a pele, com o tecido da roupa e com a fibra do colchão, tudo isto suscita sensações que até essa altura não eram conscientes e que nos permitem ver o nosso corpo como algo mais real e concreto.

A eutonia não ensina técnicas especiais para respirar, empurrar ou para eliminar a dor, porque para uma mulher que tenha aprendido a concentrar-se, tornar-se-á natural empurrar no momento adequado a aceitar a dor como um sinal do corpo.

No entanto, trabalha-se o conhecimento e a distensão da garganta e da laringe, bem como a emissão da voz.

A **Hidroterapia** começa a ser bastante utilizado pois evidenciam-se vantagens como a redução do peso dentro de água, evita posturas prejudiciais, favorece o relaxamento, entre outros.

Os defensores deste método defendem que reduz a duração do trabalho de parto e parto, favorece a liberdade de movimentos, diminui as dores e favorece a transição do bebé do líquido amniótico para o mundo exterior.

A **Yoga** ajuda a controlar o ritmo respiratório para conseguir um estado absoluto de relaxamento. Também são ensaiadas posturas para aumentar a flexibilidade do corpo, visando o parto.

A **Effleurage** é um método que consiste numa massagem com ligeiras percussões do abdómen, sincronizada com o ritmo das contracções, sendo efectuada para distrair a mulher da dor provocada pela contracção. Pode ser realizada em qualquer área do corpo (BOBAK, 1999).

A Hipnose, segundo REZENDE (1989), é “... o procedimento mais antigo de preparação para o parto”.

Existem duas formas possíveis de realizar a hipnose: a mulher pode ser hipnotizada durante a gravidez, ficando assim com uma sugestão pós-hipnótica de que a sensação do parto irá ser forte e intensa mas não dolorosa; ou pode ser ensinada a hipnotizar-se a si própria e entrar em transe durante o parto de modo a reduzir a consistência da dor.

### 3 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

#### 3.1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A gravidez e o parto são acontecimentos fisiológicos normais, que acompanham a civilização ao longo dos tempos.

Segundo KITZINGER (1978), *” a preparação para o nascimento permite aos futuros pais compreender as alterações que decorrem durante a gravidez “*.

Segundo McCAFFERY, *et al* (1993), *“ as aulas de preparação para o parto permitem promover um trabalho de parto confortável, facilitar o vínculo entre pais e bebé, assim como, ajudar a lidar melhor com os medos e receios que habitualmente acompanham a gravidez ”*

Nesta perspectiva, as aulas de preparação para o parto, serviram de algum modo para facilitar o decorrer do trabalho de parto? Será que as puérperas que tiveram aulas de preparação para o parto se sentiram menos ansiosas no decorrer do mesmo?

Assim, e de acordo com os conceitos abordados surgiu a nossa problemática:

**“A importância da preparação para o parto no decorrer do trabalho de parto”**

A problemática assume o papel mais importante do estudo, pois é a partir dela que se traça toda a investigação.

Assim sendo e a partir da problemática definiram-se os seguintes objectivos do estudo:

- Analisar a importância atribuída pelas parturientes às aulas de Preparação para o Parto,

- Comparar as experiências das parturientes que tiveram Preparação para o Parto com as que não tiveram.



Os objectivos do estudo promovem uma antevisão de todo o estudo, bem como o orienta durante a sua construção. Tal como afirma FORTIN (1999), “...um *objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer...*”

Face à problemática colocada, emergem com a mesma, pressupostos de Investigação que permitem identificar os conteúdos a abordar no estudo. Assim e face a tudo isto, surgem as seguintes questões de investigação:

- Será que as mulheres que fizeram preparação para o parto tiveram mais necessidade de fazer medicação para a dor do que as que não fizeram?
- Será que as mulheres que fizeram preparação para o parto sentiram mais medo do que as que não fizeram?
- Será que as mulheres que fizeram preparação para o parto tiveram mais controlo do que as que não fizeram?
- Será que as mulheres que fizeram preparação para o parto têm uma experiência de parto mais positiva do que as que não fizeram?

Os pressupostos referidos são os “*sinais de condução*” do estudo e relacionam-se com os objectivos do mesmo.

É sobre esta problemática que pretendemos debruçar-nos e, se a definição desta é extremamente importante, conhecer o caminho a seguir, não o é menos, pois como nos diz QUIVY (1992) “*a problemática deve ser explicada, porque fornece o plano teórico sobre o qual vai assentar o modelo de análise. Resumindo, porque constitui os alicerces da investigação*”.

O estudo, que pretendemos desenvolver, centra-se num contexto sociológico muito específico. Assim, a problemática definida e as questões orientadoras enunciadas são restritas ao local onde pretendemos levar a cabo o nosso estudo.

## 3.2 - METODOLOGIA

*“ A ciência não é somente conhecimento do como dos factos, mas também do seu porquê”*

(ESTEVES e AZEVEDO, 1996)

Segundo MARÇAL (1998) a enfermagem aponta para a necessidade de utilizarmos metodologias de investigação que nos permitam obter saberes mais profundos sobre as realidades e significados das experiências humanas de modo a podermos estruturar esses saberes num campo de conhecimentos corrente, transmissível e gerador de saberes.

Actualmente, encontramos-nos num momento em que a ciência vacila em valorizar apenas os métodos divulgados pelos positivistas no séc. XIX. Fazer investigação hoje é mais do que uma mera utilização da capacidade intelectual na organização do conhecimento; investigar hoje é também treinar a capacidade perceptiva. Pensa-se que a questão central passa também pela adaptação dos sentidos aos métodos e técnicas, bem como ao real que pretendemos investigar. Ao contrário do que pensavam os positivistas do séc. XIX, na actualidade, considera-se que o fenómeno deixou de ser somente o resultado da relação directa entre causa e o efeito. Esta visão, algo reducionista, está a ser substituída por outra, dotada de maior dinamismo e na qual se defende que, no quadro de um dado fenómeno, existem várias causas que produzem efeitos diversos.

Para MENDES (1994), *“ a capacidade de o ser humano actuar sobre os fenómenos é definida em função do significado que estes têm para ele”*. Portanto, a compreensão dos significados das acções humanas é-nos dada pela descrição do modo como o indivíduo interpreta esses fenómenos. Assim, a manifestação do real em cada indivíduo é o objecto de estudo deste trabalho.

Segundo QUIVY (1992), a metodologia *“é o prolongamento da problemática e do modelo de análise articulando de forma operacional os marcos, as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e análise”*.

A metodologia é uma das componentes fundamentais em investigação surgindo como base para alcançar os objectivos de um estudo. Sendo a metodologia um dos aspectos fundamentais de um trabalho de investigação, é entendida como uma estratégia

que permite estudar e avaliar as diferentes opções de estudo, identificando implicações e limitações na sua utilização.

Para FORTIN, metodologia surge como o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”. Surge ainda como parte integrante “de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”. (FORTIN, 1999)

“O estudo de um determinado fenómeno consiste em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma dada experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar dessa experiência, em descrevê-la nas palavras do participantes na investigação, em explicitá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la” (BENNER, 1994). O objectivo principal é, portanto, conhecer uma dada realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem.

Citando IMPERATORI (1999), metodologia é a “ descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. A metodologia tem que ser suficientemente detalhada e clara de forma a permitir futuras repetições em qualquer laboratório ou estações de medida. Desta forma, além dos procedimentos, deve conter os equipamentos, os instrumentos e as condições ambientais. Os responsáveis pela sua descrição de uma metodologia devem ser experientes no assunto, pois detalhes a menos podem invalidar repetições”

Segundo PINTO, (1990) “sendo a metodologia a organização crítica das práticas de investigação, que nos conduzem à compreensão do procedimento científico”, procurou-se desenhar as linhas orientadoras desta pesquisa valorizando o ponto de vista individual. Deste modo, é o conhecimento do significado da “importância da preparação para o parto no decorrer do trabalho de parto”, que procuramos conhecer.

A opção pelo método e técnica de pesquisa depende da natureza do problema que preocupa o investigador ou do objecto que deseja conhecer ou estudar.

Inicialmente foram reunidos alguns conceitos teóricos que serviram de base para o desenvolvimento do estudo.

Assim sendo, neste capítulo iremos descrever a natureza da pesquisa, a amostra e o local do estudo, as técnicas de colheita de dados e, por ultimo, as técnicas utilizadas para análise dos dados obtidos.

Segundo QUIVY, (1992) “...a metodologia descreve os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação”.

DESHAIES, conceptualiza metodologia como estudo dos meios adequados e satisfatórios a escolher na realização de uma investigação. Podem ser processos, métodos, técnicas ou procedimentos de análise (por exemplo a estatística) da informação.

Para FORTIN, metodologia surge como o *“conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. (...)”* Surge ainda como parte integrante *“(...) de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”* (FORTIN, 1999).

Citando IMPERATORI, (1999), metodologia é a *“descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. A metodologia tem que ser suficientemente detalhada e clara de forma a permitir futuras repetições em qualquer laboratório ou estações de medida. Desta forma, além dos procedimentos, deve conter os equipamentos, os instrumentos e as condições ambientais. Os responsáveis pela sua descrição de uma metodologia devem ser experientes no assunto, pois detalhes a menos podem invalidar repetições”*.

O delineamento da metodologia utilizada no processo de investigação ao qual nos propusemos foi baseado em toda a fundamentação teórica subjacente ao tema em estudo, assim como na escolha e análise dos dados obtidos através de um instrumento de colheita de dados, o questionário.

*“... O investigador precisa de tomar uma quantidade de decisões acerca dos métodos que utilizará para tratar da questão de pesquisa”* (POLIT e HUNGLER, 1995).

Assim, *“os melhores métodos são aqueles que mais ajudam na compreensão do fenómeno a ser estudado”* (SANTOS e CLOS).

A classificação do estudo em quantitativo ou qualitativo, depende não só da concepção, mas também do estatuto que é atribuído aos dados e ao seu tratamento, ao longo do estudo.

Considerando a problemática e os objectivos do estudo é imprescindível identificar uma opção metodológica, optando por uma abordagem quantitativa, pois esta deve ser utilizada:

\* Nas situações que exigem um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou objecto de pesquisa;

\* Quando é necessário um diagnóstico inicial da situação e, principalmente:

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) um estudo quantitativo envolve a colheita sistemática de informação numérica e a análise dessa informação utilizando

procedimentos estatísticos, assim *”o método quantitativo característico na estandardização dos procedimentos de colheita de dados, configurando-se no questionário, tem primazia na comparabilidade dos dados”*.

Esta abordagem permite-nos *“... transformar as características qualitativas em quantitativas de modo a que possam ser utilizadas análises estatísticas para as avaliar”*. Servem para diferenciar, entre os sujeitos, os que apresentam *“(...) medos, motivações, percepções e traços de personalidade diferentes”* (FORTIN, 1999).

O método quantitativo entende-se como *“...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e qualificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...) O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos...”* (FORTIN, 1999).

### 3.3 – TIPO DE ESTUDO

As investigações inserem-se em duas grandes categorias: exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas.

A escolha quanto ao tipo de investigação a utilizar prende-se com o nível de conhecimentos no domínio em estudo.

É a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno.

Segundo POLIT e HUNGLER (1995) *“...o delineamento da pesquisa expressa as estratégias adaptadas pelo pesquisador para desenvolver informações precisas e passíveis de interpretação”*.

De acordo com a problemática desta investigação, o estudo em questão é um estudo descritivo, uma vez que existem poucos conhecimentos sobre o fenómeno a estudar.

Segundo FORTIN (1999), *“ dado que o estado dos conhecimentos neste nível de investigação é ainda limitado, os estudos descritivos visam obter mais informações, quer*

*seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”.*

Na maioria dos casos, o estudo descritivo satisfaz pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população.

O estudo em questão é também um estudo comparativo, uma vez que, pretende comparar as experiências das mulheres que tiveram preparação para o parto com as que não tiveram.

Segundo GIL (1989), “ *o método comparativo procede pela investigação de indivíduos, classes, fenómenos ou factos, com vista a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles*”.

Para além de se tratar de um estudo descritivo-comparativo, é também um estudo transversal, dado que consiste em examinar um ou vários grupos de sujeitos relativamente a fenómenos presentes num dado momento do inquérito.

### 3.4 - DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO/ AMOSTRA

Segundo FORTIN (1999) “ *a população de um estudo de investigação define-se como (...) todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo*”.

A população alvo deste estudo, é segundo POLIT e HUGLER (1995), “*...toda a população em que está interessado o pesquisador*”, constituída neste estudo por puerperas (mulheres que já tiveram bebé), internadas no serviço de Obstetria do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre num período determinado.

GIL (1989), afirma que é desta população que se (...) pretende produzir conclusões. Dai não menos importante tarefa de delimitar o campo de análise, para se poder efectivamente conhecer em profundidade. Os critérios ou características comuns dos elementos que constituem a nossa população são:

- Mulheres que tenham tido preparação para o parto,
- Mulheres que não tenham tido preparação para o parto.

Esta população foi definida de modo a abranger um maior número de mulheres, assim como tornar credível o estudo através da amostra.

A amostra é um subconjunto da população e deverá, por isso, ser representativa da mesma, isto é, as características da população deverão estar na amostra seleccionada.

Segundo FORTIN (1999), *“A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”*

De acordo com a problemática em questão, o tipo de amostra definida será não probabilística. *“A amostra não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”*. (FORTIN; 1999)

A amostra não probabilística é utilizada porque o investigador raramente tem acesso a toda a população. Dentro da amostragem não probabilística existem vários métodos de escolha:

- \* Amostragem accidental;
- \* Amostragem por cotas;
- \* Amostragem por selecção racional;
- \* Amostragem por rede.

De acordo com os objectivos do nosso estudo, a amostra mais adequada é a amostragem accidental.

A amostra accidental *“é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num local determinado e num momento preciso”* (FORTIN, 1999).

Tendo em conta os objectivos do trabalho, a amostra foi constituída por 80 mulheres, segundo os seguintes critérios:

- Estarem internadas no serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande no período de 1 de Novembro de 2006 a 15 de Fevereiro de 2007;
- Estarem conscientes no tempo e no espaço;
- Aceitarem preencher o questionário;
- Entenderem a língua Portuguesa;
- Não terem o bebé internado no serviço de Pediatria.

Das 80 mulheres, 40 fizeram o Curso de Preparação para o Parto e outras 40 não fizeram o Curso, de modo a obter uma amostra significativa que detectasse diferenças estatísticas.

Uma vez que a amostra foi recolhida de forma não probabilística, os resultados obtidos servem apenas para caracterizar a amostra em estudo e não podem ser extrapolados ao universo em causa.

### 3.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Antes de iniciar qualquer recolha de dados, o investigador deve interrogar-se se a informação que pretende recolher com um determinado instrumento de medida é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação. *“Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação...”* (FORTIN, 1999).

Segundo GIL (1989), *“os diferentes objectivos, que motivam os investigadores ao desenvolvimento de estudos científicos, e a natureza dos assuntos em questão, são factores que condicionam de certo modo, o tipo de técnicas escolhidas para a recolha dos dados”*.

A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. *“É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda de instrumentos de medida escolhidos”*. (FORTIN, 1999)

O investigador, tendo em conta o problema em estudo, deve escolher o método mais adequado pois, *“(...) sem métodos de alta qualidade para a colheita de dados, a precisão e a força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas”*. (POLIT e HUNGLER, 1995)

Para o nosso estudo, optámos pela utilização do instrumento de colheita de dados sob a forma de inquérito por questionário. FORTIN define questionário como *“um conjunto de enunciados ou questões que permitem avaliar atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos”*. (FORTIN, 1999)

Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. Contrariamente a outros métodos de colheita de dados, o questionário é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos. É um



instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. O questionário não permite ir tão em profundidade como outros instrumentos de colheita de dados, mas permite um melhor controlo dos enviosamentos.

Podemos ainda definir questionário como sendo “... a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opinião, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”. (GIL, 1989)

O inquérito é um método de investigação, que serve para a colheita de dados. O questionário é um instrumento de recolha de informação.

O inquérito por questionário “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expectativas ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores”. (QUIVY, 1992)

Quando se utiliza um questionário como instrumento de colheita de dados é necessário compreender em profundidade o objectivo a alcançar, assim como o tipo de informações que queremos recolher.

Contudo, ele também tem inconvenientes. Segundo POLIT e HUNGLER, um dos principais inconvenientes deste instrumento de colheita de dados resulta do facto da informação obtida através dele se suportar apenas na linguagem escrita. Assim, a subjectividade das respostas pode ocorrer devido ao erro da interpretação das questões. (POLIT e HUNGLER, 1995)

Segundo as mesmas autoras existem três tipos de questões:

- Questões abertas: “O sujeito responde como quer e com o seu próprio vocabulário”;
- Questões fechadas: “As respostas são afixadas de antemão e o sujeito escolhe obrigatoriamente entre as que são propostas;
- Questões semi-fechadas: “Comportam uma parte de respostas fixadas (...), mas deixa-se uma parte de respostas livres”.

FORTIN (1999), define ainda questões de escolha múltipla que comportam “... uma série de respostas possíveis que podem ser apresentadas por ordem crescente ou decrescente”.

Desta forma, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, que para facilitar a análise de dados, procuramos que cada questão fosse “...perfeitamente clara, sem qualquer ambiguidade e que a pessoa saiba exactamente o que se espera dela”. (GHILIONE e MATALON, 1997).

O questionário contém uma mistura de questões abertas, questões fechadas e questões semi-fechadas (ANEXO I). Na sua elaboração foi nossa preocupação a clareza e a precisão das questões, assim como a linguagem utilizada.

O questionário é composto por 24 perguntas, sendo as primeiras 4 destinadas à caracterização da amostra (idade, estado civil, habilitações literárias e profissão). As questões da n.º 5 à n.º 24, traduzem-nos as condições que caracterizam a vivência do trabalho de parto e o suporte afectivo existente, sendo da questão n.º 10 à n.º 14 destinadas somente às mulheres que fizeram Preparação para o Parto, procurando no caso de resposta negativa saber qual a razão porque não fez (questão 15).

### 3.6 – PRÉ TESTE

Como se sabe, um dos objectivos principais de quem formula perguntas no quadro de uma investigação científica em ciências sociais é que elas sejam correctamente entendidas pelos inquiridos. Para tal, é normalmente aconselhado que se submeta o questionário a um pré-teste junto de uma pequena amostra.

*“Quando uma primeira versão do questionário fica redigido, ou seja, quando a formulação de todas as questões e a sua ordem são provisoriamente fixadas, é necessário garantir que o questionário seja aplicável e que responda efectivamente aos problemas colocados pelo investigador”.* (GHILIONE e MATLIONE, 1997)

Assim, desenvolver um questionário-piloto tem por objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar os seguintes elementos:

- Se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos;

- Se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;

- Se o questionário é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação;

- Se as questões não apresentam ambiguidade.

A fim de validar o instrumento de colheita de dados e controlar enviesamentos, submetemos o questionário à apreciação de seis mulheres que não fizeram parte da amostra e que reunissem as características semelhantes às pretendidas no nosso estudo, no período de 20 a 27 de Outubro de 2006 no Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre. O questionário foi entregue pessoalmente às puérperas, tendo sido recolhidos através do contacto pessoal com as inquiridas, de forma a obter o feed-back relativamente às dificuldades no preenchimento do mesmo.

Após a sua aplicação e análise dos resultados, não houve necessidade de alterar o instrumento. Constatou-se ainda que a duração média do preenchimento de cada questionário foi entre 10 a 15 minutos.

### 3.7 - PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS

No nosso estudo, a aplicação do instrumento de colheita de dados, decorreu no período de 1 de Novembro de 2006 a 15 de Fevereiro de 2007 no serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre. Inicialmente o consentimento foi obtido verbalmente pela Enfermeira Chefe do serviço de forma que procedemos à sua aplicação no terreno.

A colheita foi feita pelo investigador no quarto da utente. Feita a apresentação pessoal e referenciando os objectivos do estudo, solicitou-se a colaboração da puérpera no preenchimento do questionário.

### 3.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Quando uma população ou amostra é composta por seres humanos, deve atender-se aos preceitos éticos (RODRIGUES e tal, 1998). Nesse pressuposto, três princípios básicos aparecem como fundamentais:

- Participação voluntária.
- Confidencialidade da informação colhida.
- Isenção de danos psicológicos ou físicos.

Seguindo estes princípios elaboramos uma carta para pedido de autorização de dados pessoais, explicitando o tipo de estudo a realizar, os objectivos e a finalidade da investigação. A carta (ANEXO II) foi dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre. Foi emitido parecer favorável, por parte do Enfermeiro Director, Presidente do Conselho de Administração, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, salvaguardando a obrigatoriedade de respeito pela confidencialidade dos dados obtidos.

### 3.9 – PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados colhidos, estes foram sujeitos às técnicas consideradas adequadas. Recorremos à forma descritiva, tabelas, gráficos, entre outros. É de salientar que para este estudo utilizámos como suporte o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12.

Utilizamos ainda o Teste de Independência do Qui-Quadrado de forma a verificar se há relação entre as mulheres que fizeram ou não o curso de preparação parto e as variáveis que compõem as questões de investigação. Segundo PESTANA e GAGEIRO, (1998) o teste do Qui-Quadrado “... pressupõem que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada e inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas 2x2 alguns investigadores

*consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5.”*

Optámos por explicitar as questões reveladoras de aspectos particularmente positivos ou críticos, decorrentes da apreciação feita. Desta forma, omitimos, por vezes, a apreciação dos aspectos cujos resultados estatísticos não sobressaem significativamente.

Depois de analisadas as diversas variáveis, procuraremos relacioná-las com o fim de obter uma maior margem de manobra na realização das conclusões.

Serão ainda apresentados os outputs das frequências e percentagens de todas as variáveis que compõem o questionário.

## 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o tratamento dos 80 questionários e codificação das questões abertas, o presente estudo é caracterizado por 33 variáveis.

### 4.1. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS QUE CARACTERIZAM A AMOSTRA

#### Idade

Ilustração Gráfica:

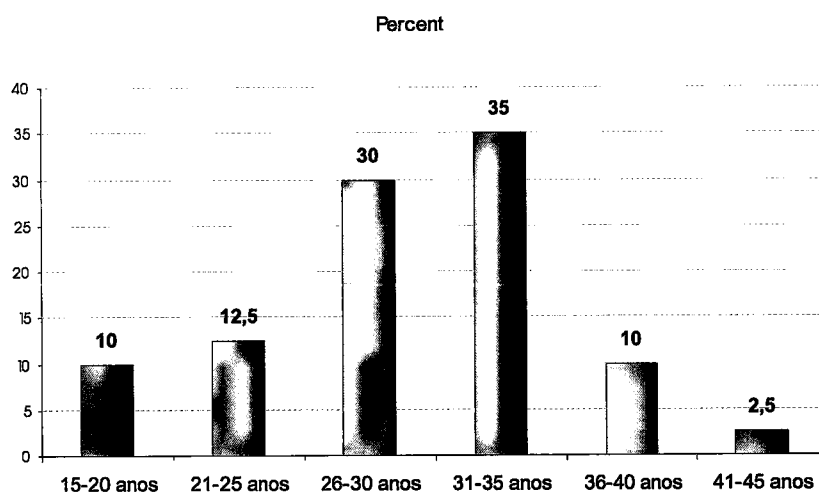


Gráfico 1 – Idade das inquiridas (%)

Numa escala de idades entre os 15 até 45 anos, é possível verificar uma acentuação de mulheres com idades entre os 31 e 35 anos (35%). Com idade acima dos 40 anos foram inquiridas apenas 2,5% de mulheres. Com o mesmo valor percentual foram entrevistadas 10% de mulheres com idade entre os 15-20 anos e 36-40 anos.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	<b>15-20 anos</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
	<b>21-25 anos</b>	<b>10</b>	<b>12,5</b>	<b>12,5</b>	<b>22,5</b>
	<b>26-30 anos</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>30,0</b>	<b>52,5</b>
	<b>31-35 anos</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>35,0</b>	<b>87,5</b>
	<b>36-40 anos</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10,0</b>	<b>97,5</b>
	<b>41-45 anos</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>100</b>
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Tabela 1 – Idade (Frequências e %)

### Estado Civil

Tabela:

		Frequency	Percent
<b>Valid</b>	<b>Solteira</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
	<b>Casada/União de Facto</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>
	<b>Divorciada</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Estado Civil (Frequências e %)

Devido a uma tendência para uma faixa etária mais velha, é de prever que as mulheres possuam maioritariamente o estado civil de Casada/União de Facto, o que é comprovado através da tabela de frequências. Assim, 82,5% das mulheres afirma serem *casadas* ou *a viver em união de facto* com o seu companheiro, havendo apenas 15% que são *solteiras* e 2% *divorciadas*.

Ilustração Gráfica:

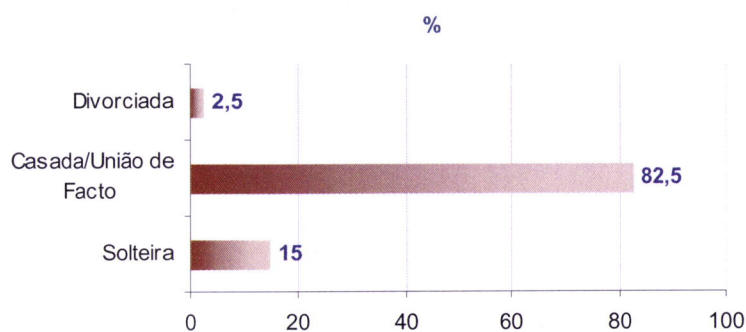


Gráfico 2 – Estado Civil (%)

### Habilitações Literárias

Ilustração Gráfica:

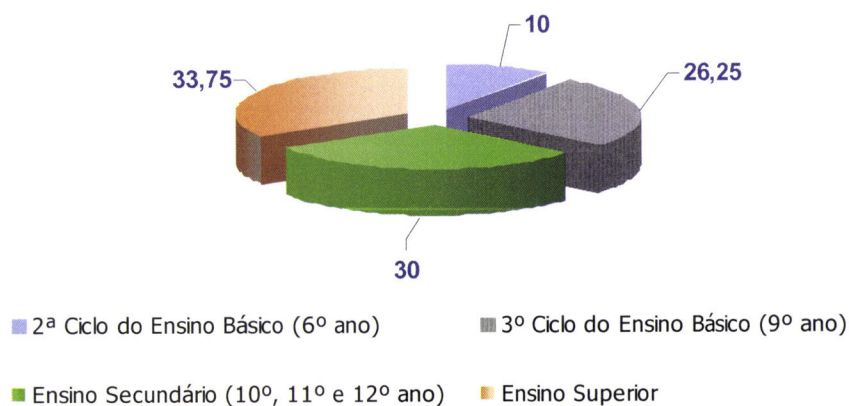


Gráfico 3 – Habilitações Literárias (%)

Pela análise do gráfico 3, podemos concluir que 33,6% das inquiridas respondeu que tem o *Ensino Superior*, em segundo lugar temos 30% das mulheres com o *Ensino Básico* (10º, 11º e 12º ano), seguida do 9º ano (26,3%) e do 6º ano (10%).



Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2ª Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	8	10	10	10
	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	21	26,3	26,3	36,3
	Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)	24	30	30	66,3
	Ensino Superior	27	33,8	33,8	100
	Total	80	100	100	

Tabela 3 – Habilitações (Frequências e %)

### Profissão

Ilustração Gráfica:

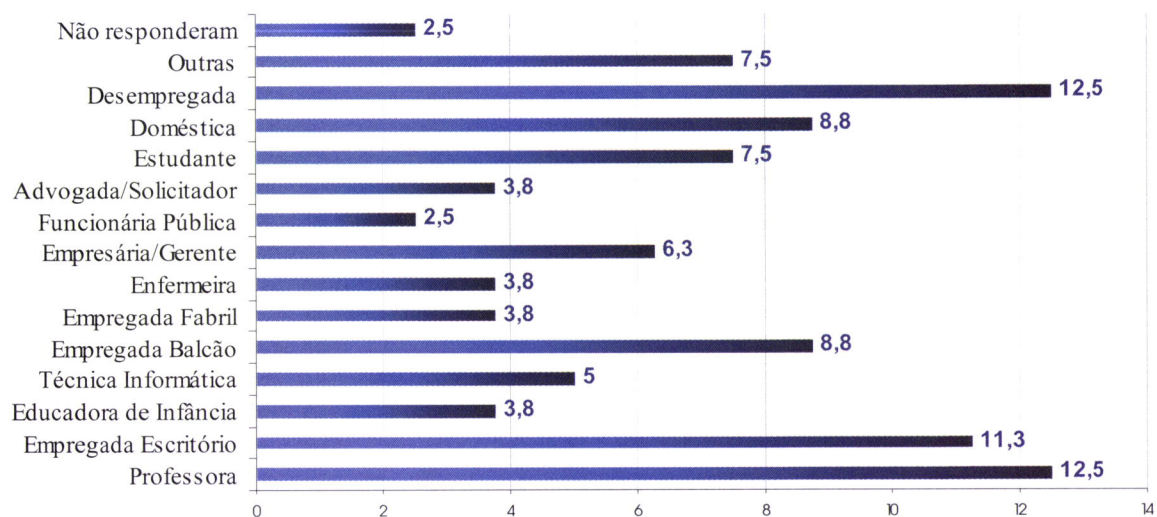


Gráfico 4 – Profissão (%)

Podemos concluir por observação do gráfico 4 que 12,5 % das inquiridas são *Professoras*, 11,3% são *Empregadas de Escritório*, 8,8% *Empregadas de Balcão*. Com o mesmo valor percentual de 3,8% temos as *Enfermeiras*, *Advogadas/Solicitadoras* e *Empregadas Fabris*. Das mulheres que não se encontram empregadas, verifica-se que 12,5% estão *desempregadas*, 8,8% são *domésticas* e 7,5% são *estudantes*. No total 2,5% das mulheres não respondeu à questão.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Professora	10	12,5	12,8	12,8
	Empregada de Escritório	9	11,3	11,5	24,4
	Educadora de Infância	3	3,8	3,8	28,2
	Técnica Informática	4	5	5,1	33,3
	Empregada de Balcão	7	8,8	9,0	42,3
	Empregada Fabril	3	3,8	3,8	46,2
	Enfermeira	3	3,8	3,8	50
	Empresária/Gerente	5	6,3	6,4	56,4
	Funcionária Pública	2	2,5	2,6	59
	Advogada/Solicitadora	3	3,8	3,8	62,8
	Estudante	6	7,5	7,7	70,5
	Doméstica	7	8,8	9	79,5
	Desempregada	10	12,5	12,8	92,3
	Outras	6	7,5	7,7	100
	Total	78	97,5	100	
N/R	99	2	2,5		
Total		80	100		

Tabela 4 - Profissão (Frequências e %)

## 4.2. ANÁLISE DAS FREQUÊNCIAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS COMUNS AOS DOIS GRUPOS DE MULHERES

No questionário pode-se verificar que da amostra de 80 mulheres, 40 destas frequentaram o Curso de Preparação para o Parto e as restantes 40 não frequentaram. Assim existem algumas questões que estão restritas às 2 sub-amostras. Desta forma vamos de seguida analisar as variáveis comuns a todas as mulheres tenham estas, frequentado ou não o Curso de Preparação para o Parto.

### Tipo de Parto

Tabela:

		Frequency	Percent
Valid	Eutócico	52	65,0
	Fórceps	4	5,0
	Ventosa	13	16,3
	Cesariana	10	12,5
	Total	79	98,8
	N/R	1	1,3
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100,0</b>

Tabela 5 – Tipo de Parto (Frequências e %)

Relativamente ao tipo de parto a maioria (65%) das mulheres teve um parto *Eutócico* (parto natural), seguindo-se o parto com *Ventosas* (16,3%) e na 3ª posição observa-se que 12,5% das mulheres fizeram *Cesariana*.

Ilustração Gráfica:

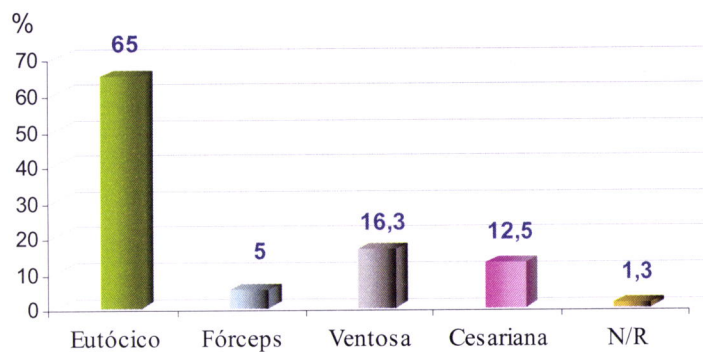


Gráfico 5 – Tipo de Parto (%)

### **Companhia de familiar ou amigo**

Ilustração Gráfica:

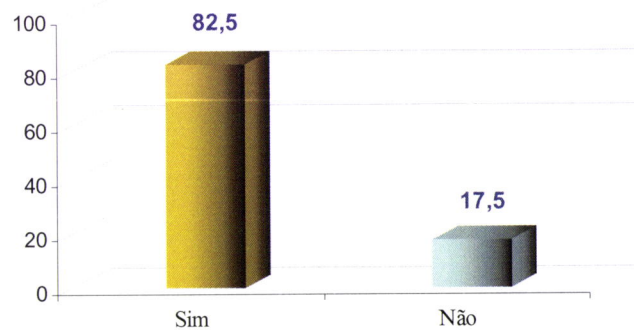


Gráfico 6 - Companhia de familiar ou amigo durante o parto (%)

A partir do gráfico de barras é possível constatar que 82,5% das mulheres teve a companhia de uma familiar ou amigo no decorrer do trabalho de parto, por outro lado 17,5% não teve companhia.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	66	82,5	82,5	82,5
	Não	14	17,5	17,5	100
	Total	80	100	100	

Tabela 6 - Companhia de familiar ou amigo durante o parto

### Gravidez anterior

Tabela:

		Frequency	Percent
Valid	Sim	26	32,5
	Não	54	67,5
	Total	80	100

Tabela 7 – Gravidez anterior (Frequências e %)

Na tabela de frequências observa-se que a maioria das mulheres inquiridas foi mãe pela 1ª vez, isto porque constata-se que 67,5% já não esteve grávida anteriormente e 32,5% já passou por esta experiência. Isto é n = 80 mulheres inquiridas destas:

- $n_1 = 26$  (já foram mães anteriormente)
- $n_2 = 54$  (nunca tinham tido filhos antes)

Ilustração Gráfica:

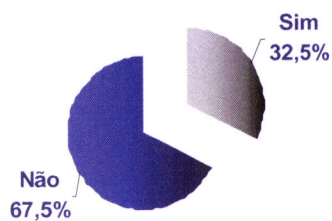


Gráfico 7 – Gravidez anterior (%)

### Número de filhos

Tabela:

		Frequency	Percent
<b>Valid</b>	<b>1 Filho</b>	<b>18</b>	<b>22,5</b>
	<b>2 Filhos</b>	<b>6</b>	<b>7,5</b>
	<b>3 Filhos</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>31,3</b>
<b>Missing</b>	<b>N/R</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
	<b>Não teve filhos antes</b>	<b>54</b>	<b>67,5</b>
	<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>68,8</b>
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100</b>

Tabela 8 – Número de filhos já existentes (Frequências e %)

Dentro da amostra  $n_1 = 26$ , ou seja das mulheres que já foram mães anteriormente podemos registrar que 22,5% tem mais 1 filho, 7,5% tem mais 2 filhos e somente 1,3% tem mais 3 filhos além do que teve durante o período de inquérito.

Ilustração Gráfica:

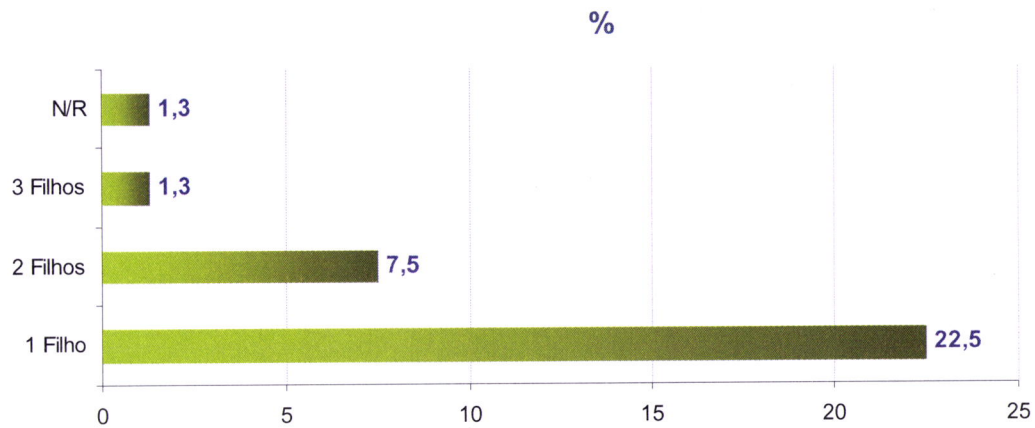


Gráfico 8 – Número de filhos já existentes (%)

### Planeamento da Gravidez

Ilustração Gráfica:

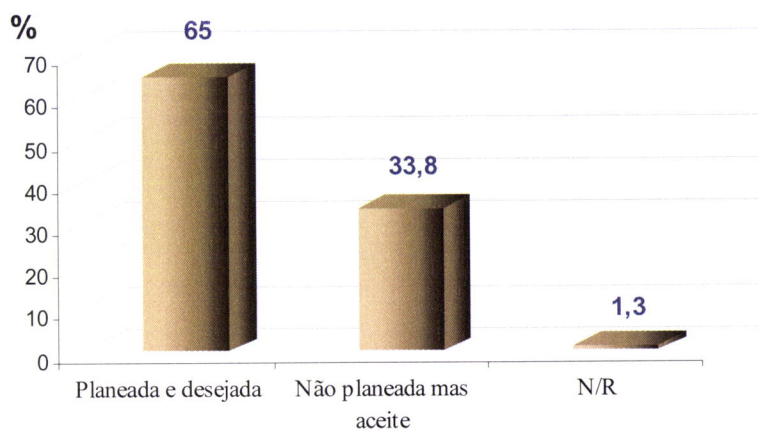


Gráfico 9 – Planeamento da Gravidez (%)

A gravidez de 65% das mulheres foi *planeada e desejada* pelo casal, por outro lado 33,8% das mulheres ficou *grávida sem ter planeado* apesar de tudo aceitaram. Por responder ficaram 1,3% das inquiridas.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Planeada e desejada	52	65	65,8	65,8
	Não planeada mas aceite	27	33,8	34,2	100
	Total	79	98,8	100	
N/R	99	1	1,3		
Total		80	100		

Tabela 9 – Planeamento da Gravidez

### Fez preparação para o parto durante a gravidez

Ilustração Gráfica:

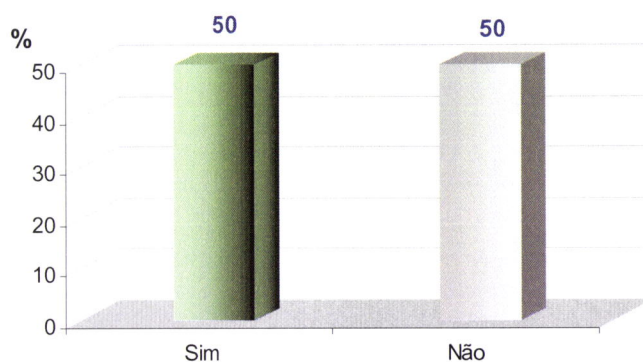


Gráfico 10 – Preparação para o parto (%)



Como era de esperar num total de 80 inquéritos, 50% correspondem aos inquéritos das mulheres que frequentaram o Curso de Preparação para o Parto e os restantes 50% não frequentaram. É com base nestas 2 sub-amostras que mais adiante será feita uma análise comparativa para entender a importância atribuída pelas parturientes.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	40	50	50	50
	Não	40	50	50	100
	Total	80	100	100	

Tabela 10 – Preparação para o parto (%)

### Classificação da dor sentida no parto

Ilustração Gráfica:

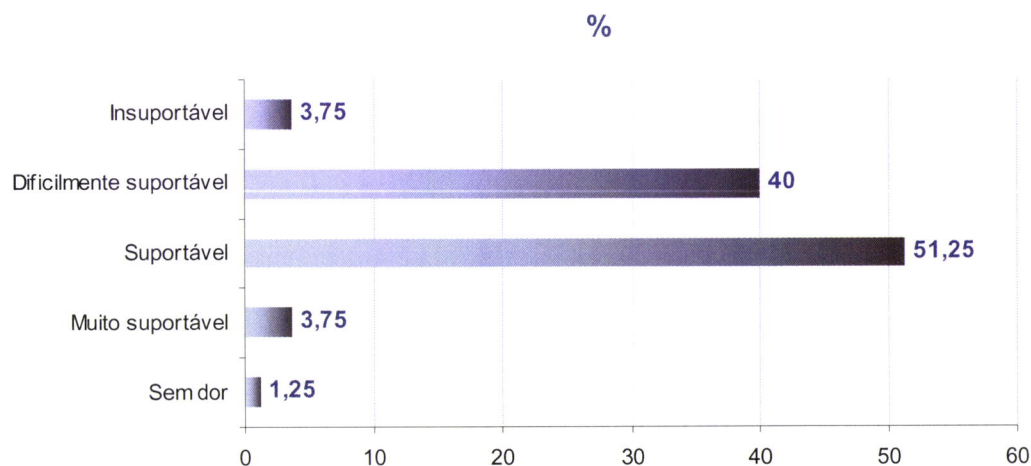


Gráfico 11 – Classificação da dor (%)

De uma forma geral a classificação da dor sentida durante o trabalho de parto foi positiva, isto porque 51,6% das mulheres considerou as dores do parto *Suportáveis*, 40% classificaram-nas de *Difícil Suportável*. Com o mesmo valor percentual 3,8% das

inquiridas consideram as dores de parto *Insuportáveis*. Ainda 1,6% das mulheres tolerou bem as dores de parto afirmando mesmo não ter sentido qualquer dor.

Tabela:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b> Sem dor	1	1,3	1,3	1,3
Muito suportável	3	3,8	3,8	5
Suportável	41	51,3	51,3	56,3
Difícilmente suportável	32	40	40	96,3
Insuportável	3	3,8	3,8	100
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Tabela 11 – Classificação da dor

### Necessidade de medicação para aliviar a dor

Ilustração Gráfica:

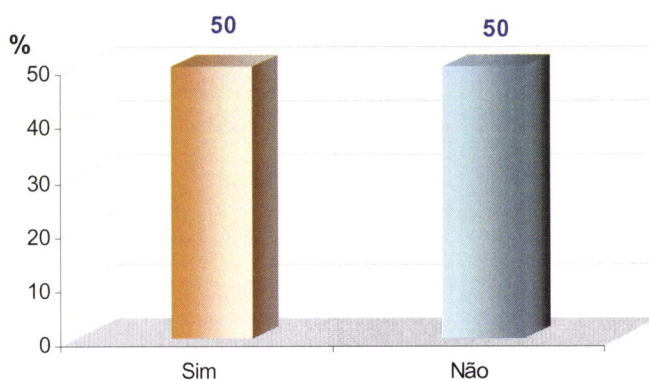


Gráfico 12 – Necessidade de Medicação (%)

No gráfico 12 observa-se que a necessidade de medicação foi equilibrada dentro da amostra das 80 inquiridas, isto porque 50% das mulheres teve necessidade de tomar fármacos para aliviar as dores provocadas pelo parto e outras 50% não tiveram necessidade de tomar qualquer medicação. O que ainda não podemos concluir é qual a relação das mulheres que não tomaram medicação com as que frequentaram o Curso de Preparação para o parto, mas isso é uma análise que se será feita posteriormente ao longo do relatório.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	40	50	50	50
	Não	40	50	50	100
	Total	80	100	100	

Tabela 12 – Necessidade de Medicação

### Comportamento durante o trabalho de parto

Ilustração Gráfica:

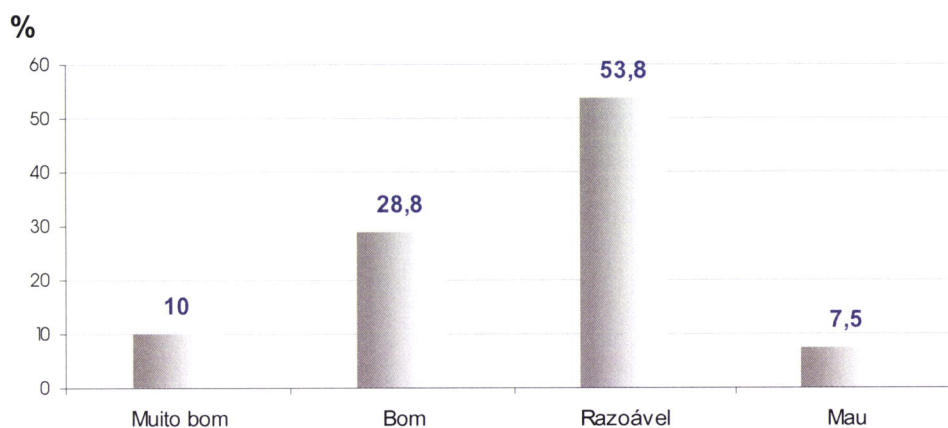


Gráfico 13 – Comportamento durante o parto (%)

A classificação perante o comportamento durante o trabalho de parto foi considerada *Razoável* por 53,8% das mulheres. As inquiridas que confessam não ter tido o melhor comportamento na hora do parto, classificando mesmo o seu comportamento como “*Mau*” corresponde a 7,5% do total das mulheres inquiridas.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	8	10	10	10
	Bom	23	28,8	28,8	38,8
	Razoável	43	53,8	53,8	92,5
	Mau	6	7,5	7,5	100
	Total	80	100	100	

Tabela 13 – Comportamento durante o parto

### Falta de controlo durante o trabalho de parto

Ilustração Gráfica:

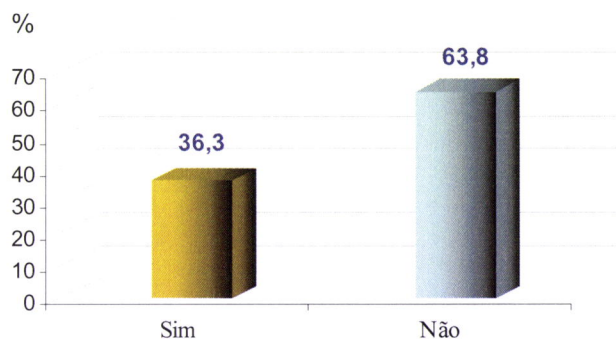


Gráfico 14 – Falta de controlo durante o parto (%)

No que diz respeito à falta de controlo durante o parto, a maioria das mulheres (63,8%) conseguiu manter a calma e o controlo, contra 36,3% das mulheres que não conseguiram manter o controlo perante o trabalho de parto.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	36,3	36,3	36,3
	Não	51	63,8	63,8	100
	Total	80	100	100	

Tabela 14 – Falta de controlo durante o parto

### Motivo da falta de controlo

Tabela:

		Frequency	Percent
Valid	As contracções do útero	22	27,5
	A falta de informação	3	3,8
	A falta de acompanhamento	4	5
	Total	29	36,3
Missing	System	51	63,8
Total		80	100

Tabela 15 – Motivo da Falta de Controlo

Observa-se um total de 29 mulheres (36,3%) que não conseguiram manter o controlo durante o trabalho de parto. Os motivos relacionados com esta falta de controlo deve-se em 1º lugar às “As contracções do útero” (27,5%), em 2º lugar à “Falta de acompanhamento” (5%) e por último devido à “Falta de Informação” (3,8%).

Ilustração Gráfica:

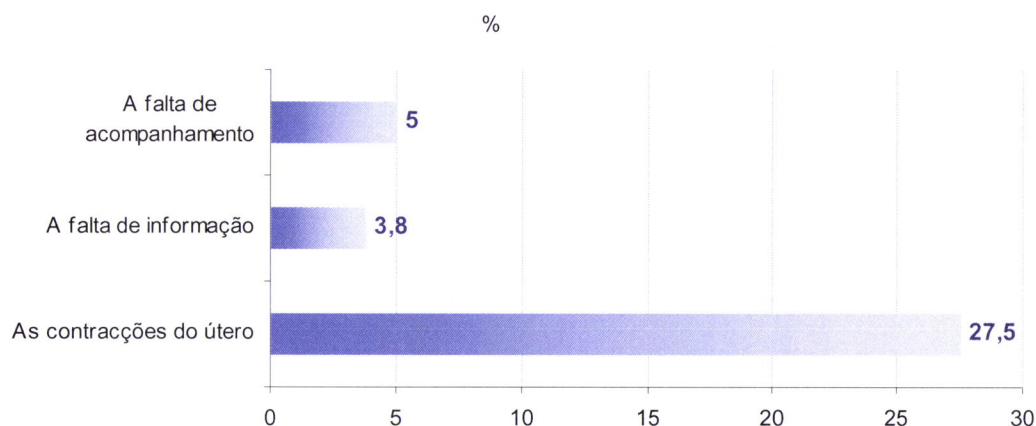


Gráfico 15 – Motivo da Falta de Controlo (%)

### Medo durante o trabalho de parto

Tabela:

		Frequency	Percent
Valid	Sim	53	66,3
	Não	27	33,8
	Total	80	100

Tabela 16 – Medo durante o parto (Frequência e %)

Através da análise da tabela 16, pode-se constatar que 66,3% das mulheres teve medo durante o parto e 33,8% não manifestou qualquer receio no parto.

Ilustração Gráfica:

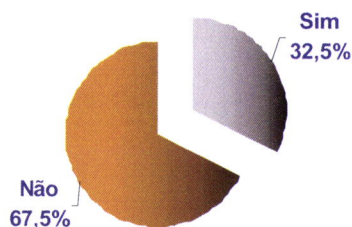


Gráfico 16 – Medo durante o parto (%)

### Medo sentido durante o trabalho de parto

Ilustração Gráfica:

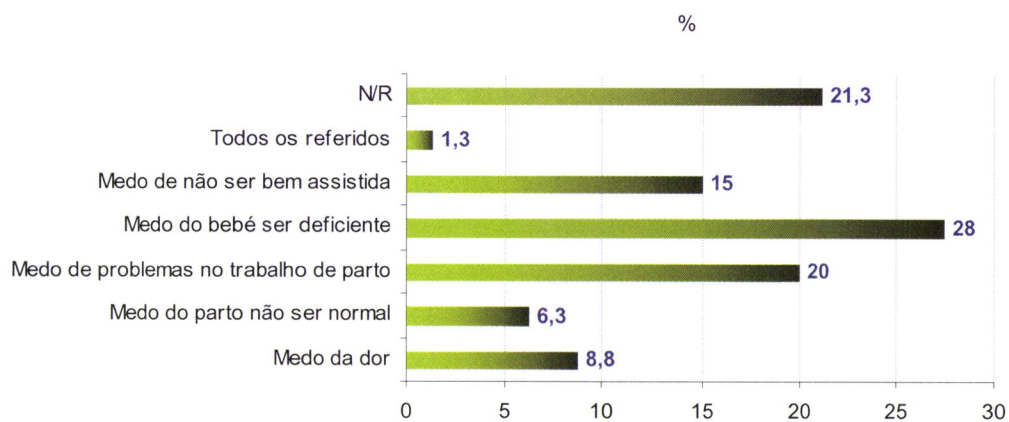


Gráfico 17 – Medo sentido durante o trabalho de parto (%)

Num total de 63 respostas válidas (representa 78,8% da amostra), o maior medo das parturientes foi o “Medo do bebé ser deficiente” (28%), 20% teve “Medo de ter

problemas durante o trabalho de parto”. É de salientar que 21,3% das inquiridas não respondeu a esta questão.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	53	66,3	66,3	66,3
	Não	27	33,8	33,8	100
	Total	80	100	100	

Tabela 17 – Medo sentido durante o parto (Frequências e %)

### Como correu o trabalho de parto

Tabela:

		Frequency	Percent
Valid	Mais fácil do que esperava	48	60
	Mais difícil do que esperava	32	40
	Total	80	100

Tabela 18 – Como correu o trabalho de parto (Frequências e %)

A classificação no final do trabalho de parto foi positiva e otimista uma vez que 60% das mulheres considerou que o parto correu mais facilmente do que estavam à espera.



Ilustração Gráfica:

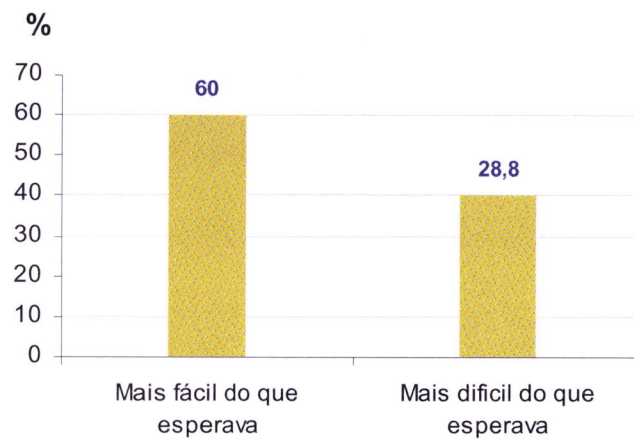


Gráfico 18 – Como correu o parto (%)

### O nascimento do filho decorreu como tinha imaginado

Ilustração Gráfica:

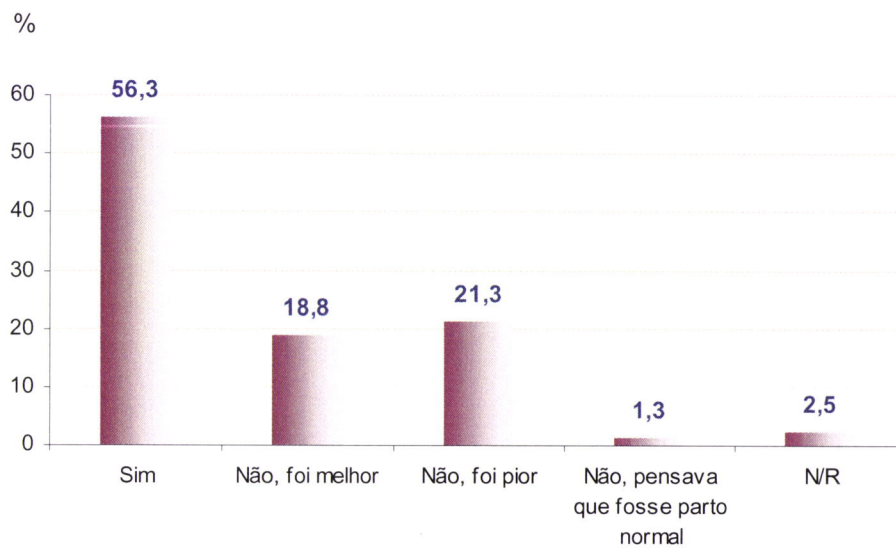


Gráfico 19 – Nascimento decorreu como tinha imaginado (%)

As expectativas em relação ao nascimento dos seus filhos foi para 56,3% das mulheres como tinham imaginado.

As mulheres que afirmaram que o nascimento do seu filho não foi como esperava, 21,3% afirmam ter corrido pior do que imaginou e 18,8% correu melhor.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	45	56,3	57,7	57,7
	Não, foi melhor	15	18,8	19,2	76,9
	Não, foi pior	17	21,3	21,8	98,7
	Não, pensava que fosse parto normal	1	1,3	1,3	100
	Total	78	97,5	100	
N/R	99	2	2,5		
Total		80	100		

Tabela 19 – Nascimento decorreu como tinha imaginado (Frequências e %)

### Recordação do parto

Ilustração Gráfica:

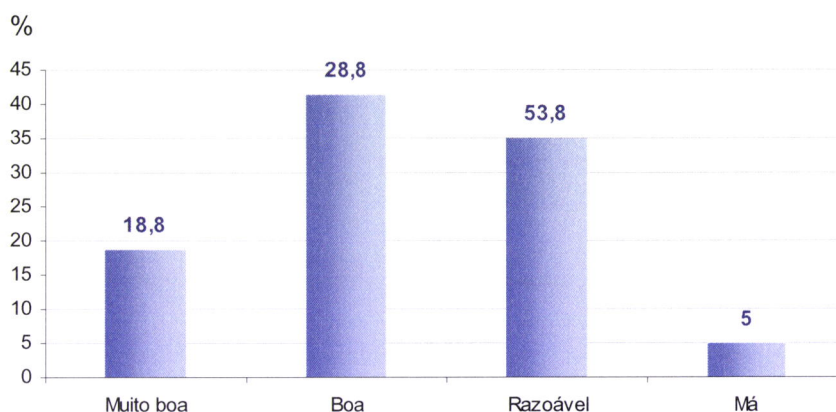


Gráfico 20 – Recordação do parto (%)

A recordação que as mulheres guardam do parto é considerada de *razoável* por 53,8% das parturientes. Com *má* recordação ficaram 5% das mulheres.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito Boa	15	18,8	18,8	18,8
	Boa	33	41,3	41,3	60
	Razoável	28	35	35	95
	Má	4	5	5	100
	Total	80	100	100	

Tabela 20 – Recordação do parto (Frequências e %)

#### 4.3. ANÁLISE DE FREQUÊNCIAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS REFERENTES AO GRUPO DE MULHERES QUE FREQUENTARAM O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Iremos abordar as variáveis correspondentes às questões direccionadas só as mulheres que frequentaram as aulas do Curso de Preparação para o Parto.

Assim da amostra total de 80 inquiridas vamos fazer análise a 40 mulheres que frequentaram o Curso de Preparação para o parto.

Esta análise vai facilitar percebermos a importância e vantagens atribuída pelas parturientes às aulas.

## Conhecimento do Curso de Preparação para o Parto

Ilustração Gráfica:

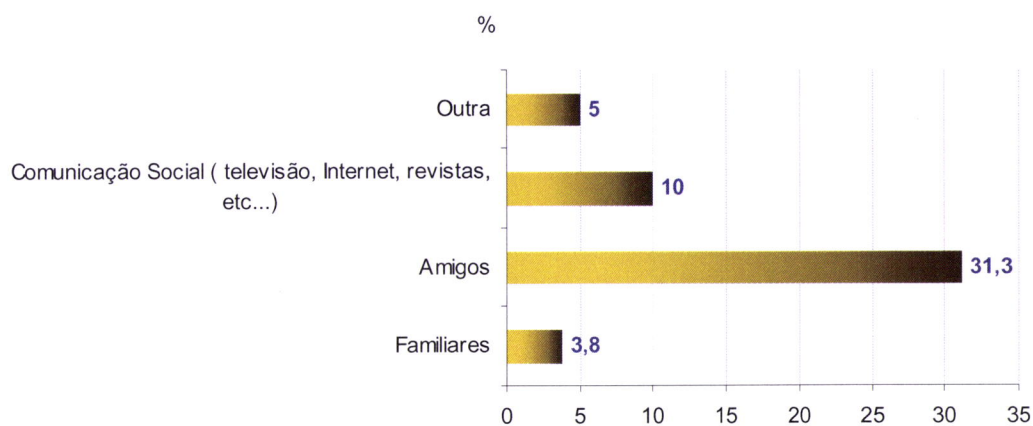


Gráfico 21 – Conhecimento do Curso de Preparação para o Parto (%)

Foi através de *amigos* que 31,3% das mulheres tiveram conhecimento do Curso de preparação para o parto. Por outro lado a *Comunicação Social* também foi um dos meios pela qual 10% das inquiridas travaram conhecimento deste tipo de cursos. Os *familiares* foram responsáveis por 3,8%.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Familiares	3	3,8	7,5	7,5
	Amigos	25	31,3	62,5	70
	Comunicação Social ( televisão, Internet, revistas, etc...)	8	10	20	90
	Outra	4	5	10	100
	Total	40	50	100	
Missing	System	40	50		
Total		80	100		

Gráfico 21 – Conhecimento do Curso de Preparação para o Parto (Frequências e %)

### **Motivos que levou a frequentar as aulas de preparação para o parto**

O gráfico que se segue diz respeito aos vários motivos que levaram as mulheres a frequentar o curso. É de salientar que estamos uma questão de resposta múltipla, ou seja algumas das inquiridas não consideram só uma hipótese de escolha, mas várias.

Ilustração Gráfica:

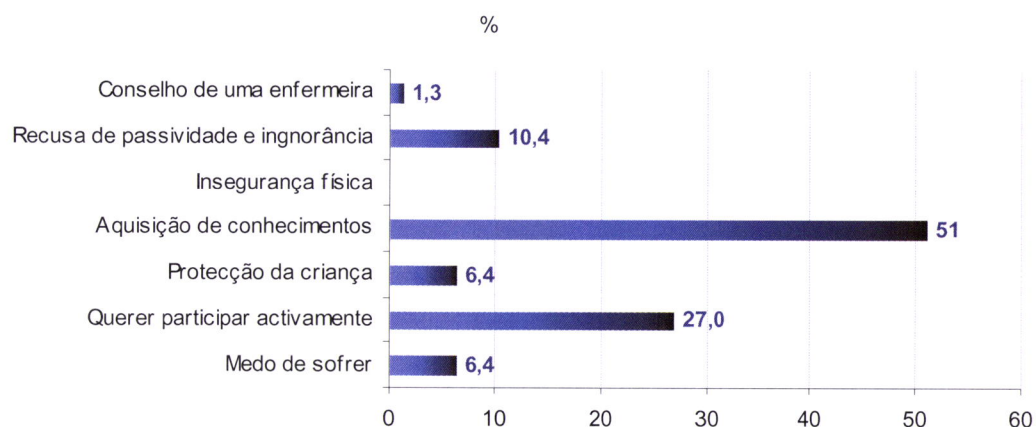


Gráfico 22 – Motivos que levou a frequentar o Curso de Preparação para o Parto (%)

Foram vários os motivos enumerados que levaram as inquiridas a frequentar as aulas de preparação para o parto. De entre todos a “*Aquisição de conhecimentos*” foi o motivo mais apontado pelas mulheres (51%) para iniciar as aulas do Curso, ainda 27% inscreveu-se nas aulas por “*Querer participar activamente*” na preparação do parto. Com o mesmo valor percentual observa-se que a “*Protecção da Criança*” e o “*Medo de sofrer*” foram um dos motivos que levaram 6,4% das inquiridas a frequentar o Curso.

Tabela:

		Count	Responses	Column %	Column Responses %
Sp11	Medo de sofrer	3	3	7,7%	6,4%
	Querer participar activamente	13	13	33,3%	27,7%
	Protecção da criança	3	3	7,7%	6,4%
	A aquisição de conhecimentos	24	24	61,5%	51,1%
	A insegurança física	0	0	0%	0%
	A recusa de uma posição de passividade e ignorância	4	4	10,3%	8,5%
	<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabela 22 – Motivos que levou a frequentar o Curso de Preparação para o Parto (Frequências e %)

### Preparação para o parto correspondeu às expectativas

Tabela:

		Frequency	Percent
Valid	Sim	39	48,8
	Não	1	1,3
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>50</b>
Missing	System	40	50
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100</b>

Tabela 23 – Curso correspondeu às expectativas (Frequências e %)

Por observação da tabela 23 pode-se concluir de um total de 40 mulheres que frequentaram o Curso, 39 afirmam que o curso correspondeu às expectativas.

Ilustração Gráfica:

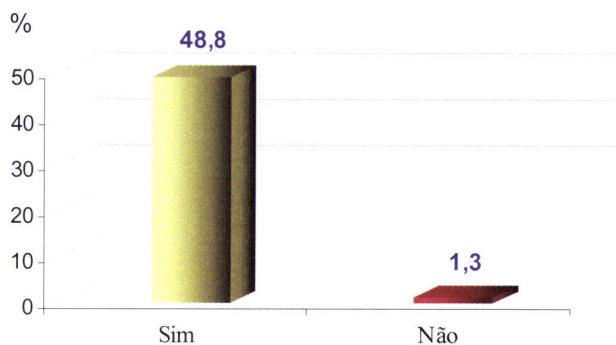


Gráfico 23 – Curso correspondeu às expectativas (%)

### Avaliação da formação dada durante o Curso de Preparação

Ilustração Gráfica:

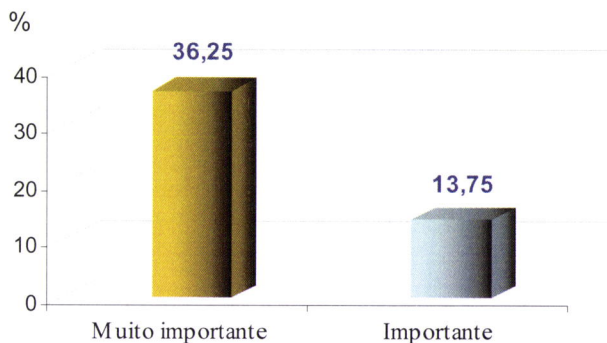


Gráfico 24 – Avaliação da Formação dada no Curso (%)

Em relação à importância dada à formação durante as aulas, 36,3% considera-a “Muito importante”.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito importante	29	36,3	72,5	72,5
	Importante	11	13,8	27,5	100
	Total	40	50	100	
Missing	System	40	50		
Total		80	100		

Tabela 24 – Avaliação da Formação dada no Curso

### O mais importante no Curso

Ilustração Gráfica:

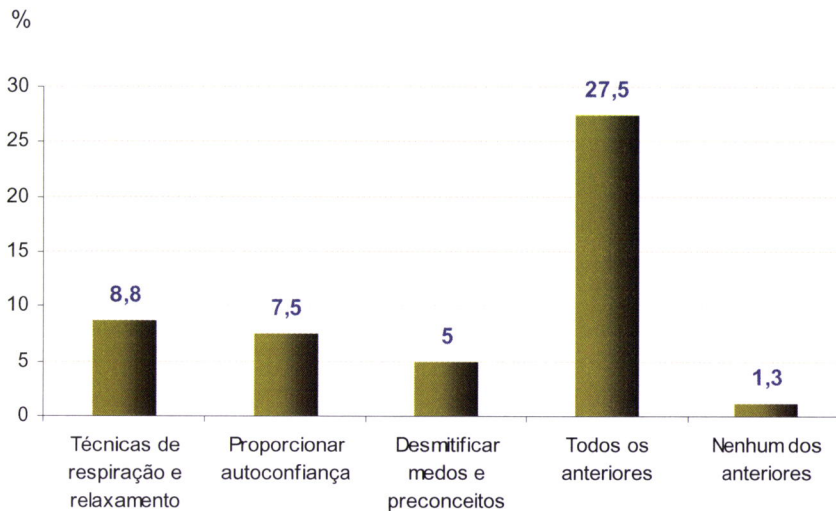


Gráfico 25 – O mais importante no curso (%)



Respeitante aos dados considerados pelas parturientes no que consideram ter sido mais importante no Curso, 27,5% das inquiridas afirma que as 3 primeiras referências são os factores mais importantes na formação dada no curso, ou seja: as *Técnicas de respiração*, o facto do Curso *proporcionar autoconfiança e desmistificar medos e preconceitos*.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Técnicas de respiração e relaxamento	7	8,8	17,5	17,5
	Proporcionar autoconfiança	6	7,5	15	32,5
	Desmistificar medos e preconceitos	4	5	10	42,5
	Todos os anteriores	22	27,5	55	97,5
	Nenhum dos anteriores	1	1,3	2,5	100
	Total	40	50	100	
Missing	System	40	50		
Total		80	100		

Tabela 25 – O mais importante no curso (Frequências e %)

#### 4.4. ANÁLISE DA FREQUÊNCIA DESCRITIVA DA ÚNICA VARIÁVEL REFERENTE AO GRUPO DE MULHERES QUE NÃO FREQUENTARAM O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

No conjunto das 24 perguntas que compõe o questionário, a única questão que é colocada às mulheres que não frequentaram o Curso de preparação para o parto foi:

*“Porquê não fez a preparação para o parto?”*

Ilustração Gráfica:

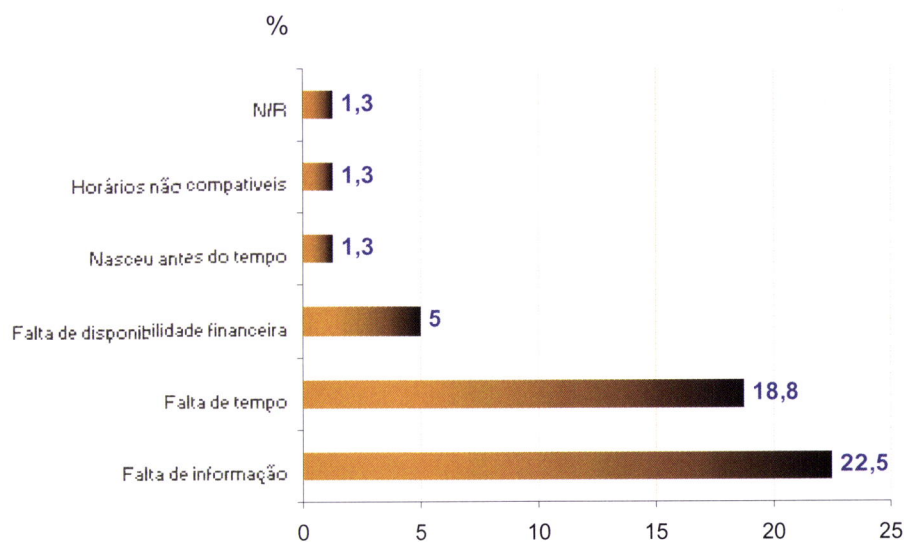


Gráfico 26 – Motivo de não ter frequentado o Curso (%)

Foram variados os motivos que levaram algumas das inquiridas a não frequentar as aulas do curso de preparação para o parto. Dentro das várias hipóteses de respostas no questionário as opiniões dividiram-se: 22,5% admite que não frequentou por falta de informação; 18,8% das mulheres têm falta de tempo e com o mesmo valor percentual de 1,3% vem os horários não compatíveis e o facto do bebé ter nascido antes do tempo.

Tabela:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Falta de informação	18	22,5	46,2	46,2
	Falta de tempo	15	18,8	38,5	84,6
	Falta de disponibilidade financeira	4	5	10,3	94,9
	Nasceu antes do tempo	1	1,3	2,6	97,4
	Horários não compatíveis	1	1,3	2,6	100
	Total	39	48,8	100	
N/R	99	1	1,3		
	System	40	50		
	Total	41	51,3		
Total		80	100		

Tabela 26 – Motivo de não ter frequentado o Curso (Frequências e %)

#### 4.5. COMPARAÇÃO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS ENTRE OS DOIS GRUPOS DE MULHERES

Serão analisadas algumas questões com o objectivo de comparar as experiências das parturientes que tiveram preparação para o parto com as que não tiveram.

Vamos começar por definir as amostras:

- $n_1 = 40$  ( Número de mulheres que fez *Preparação para o Parto*)
- $n_2 = 40$  (Número de mulheres que *não fez Preparação para o Parto*)

O estudo vai ter como base estas duas amostras em relação a algumas variáveis que consideramos mais importantes:

$X_1$  = Necessidade de fazer medicação para a dor durante o trabalho de parto.

$X_2$  = Medo sentido durante o trabalho de parto.

$X_3$  = Falta de controlo durante o trabalho de parto.

$X_4$  = Motivos da falta de controlo durante o trabalho de parto.

$X_5$  = Como correu trabalho de parto.

$X_6$  = Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado.

$X_7$  = Recordação que guarda do seu parto.

**Q1** – As mulheres que fizeram o Curso de preparação para o parto tiveram mais necessidade de fazer medicação para a dor durante o trabalho de parto do que as que não fizeram?

### Estatísticas

#### *Sentiu necessidade de medicação para aliviar a dor?*

Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	N	Valid	40
			Missing	0
	2 Não	N	Valid	40
			Missing	0

Tabela 27 – Sentiu necessidade de medicação para as dores

Na tabela 27 podemos observar o número de respostas válidas ( $n_1 = 40$  e  $n_2 = 40$ ), ou seja todas as mulheres que fizeram a preparação para o parto e as que não fizeram, responderam à questão sobre a necessidade de tomar medicação para as dores.

			Sentiu necessidade de medicação para aliviar a dor?	
			Freq.	%
Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	1 Sim	18	45
		2 Não	22	55
		Total	40	100
	2 Não	1 Sim	22	55
		2 Não	18	45
		Total	40	100

Tabela 28 – Sentiu necessidade de medicação para as dores (Frequências e %)

Na tabela 28 são apresentadas as frequências e percentagens relativas aos dois grupos de mulheres em relação à necessidade que sentiram de tomar medicação para a dor durante o trabalho de parto. Pode-se dizer que 45% das inquiridas que frequentaram as aulas do curso tomaram medicação para aliviar as dores, contra 55% das mulheres que não frequentaram o curso de preparação.

**Conclusão:** As mulheres que *Não Fizeram Preparação para o Parto* tiveram mais necessidade de fazer medicação para a dor durante o parto (55%) do que as que fizeram (45%).

Ilustração Gráfica:

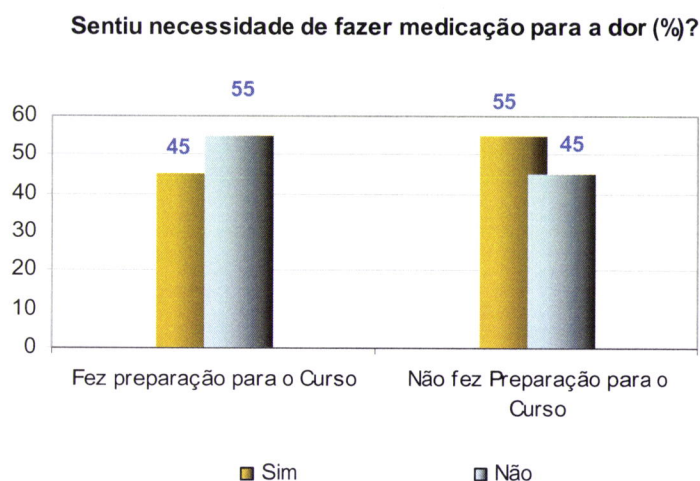


Gráfico 27 – Sentiu necessidade de medicação para as dores (%)

Para averiguar se há relação entre a variável nominal que indica se a parturiente fez ou não o curso de preparação para o parto e a variável nominal que indica se a inquirida teve necessidade ou não de tomar medicação para aliviar a dor durante o parto, foi realizado o Teste de Independência do Qui-Quadrado.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	<i>,800</i>	<i>1</i>	<i>,371</i>		
<b>Continuity Correction(a)</b>	<i>,450</i>	<i>1</i>	<i>,502</i>		
<b>Likelihood Ratio</b>	<i>,801</i>	<i>1</i>	<i>,371</i>		
<b>Fisher's Exact Test</b>				<i>,503</i>	<i>,251</i>
<b>Linear-by-Linear Association</b>	<i>,790</i>	<i>1</i>	<i>,374</i>		
<b>N of Valid Cases</b>	<i>80</i>				

Tabela 29 – Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Necessidade de medicação para a dor” e “Frequentou o curso de preparação para o parto”

O valor do Qui-Quadrado de Pearson é 0,8 com um nível de significância de 0,371 (superior a 0.05). Isto permite não rejeitar a hipótese nula que afirma que as variáveis: “Necessidade de medicação para a dor” e “Frequentou o curso de preparação para o parto” são independentes.

As hipóteses formuladas:

$$H_0 = \text{As variáveis são independentes} \text{ vs } H_1 = \text{As variáveis não são independentes}$$

Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas iguais das que não fizeram o curso, relativamente à necessidade de

medicação para as dores do parto. Apesar da diferença de respostas nessa questão nos dois Grupos (ver gráfico 27) essa diferença não é significativa.

**Q<sub>2</sub>** – As mulheres que fizeram o Curso de Preparação para o Parto sentiram mais medo dos que as que não fizeram?

**Estatísticas**

*Sentiu medo durante o parto?*

<b>Fez preparação para o parto durante a gravidez?</b>	<b>1 Sim</b>	N	<b>Valid</b>	<b>40</b>
			<b>Missing</b>	<b>0</b>
	<b>2 Não</b>	N	<b>Valid</b>	<b>40</b>
			<b>Missing</b>	<b>0</b>

Tabela 30 – Sentiu medo durante o parto (%)

Nesta questão está em análise a variável X<sub>2</sub> (Medo sentido durante o trabalho de parto), para as duas amostras n<sub>1</sub> e n<sub>2</sub>. Podemos constatar que para ambas as amostras temos 40 respostas válidas, ou seja todas as mulheres responderam à questão do medo sentido no parto.

			<b>Teve medo durante o parto?</b>	
			<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<b>Fez preparação para o parto durante a gravidez?</b>	<b>1 Sim</b>	<b>1 Sim</b>	<b>27</b>	<b>67,5</b>
		<b>2 Não</b>	<b>13</b>	<b>32,5</b>
		<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
	<b>2 Não</b>	<b>1 Sim</b>	<b>26</b>	<b>65</b>
		<b>2 Não</b>	<b>14</b>	<b>35</b>
		<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Tabela 31 – Sentiu medo durante o parto (Frequências e %)

Entre as duas amostras em estudo, verifica-se uma diferença pouco significativa entre a percentagem das mulheres que sentiram medo durante o parto, apenas de 2,5%. Isto é, 67% das mulheres que fizeram a preparação sentiram medo, e das que não frequentaram o curso registou-se 65% de casos.

**Conclusão:** As mulheres que fizeram o Curso de Preparação para o Parto sentiram mais medo (67%) do que as que não fizeram (65%). Será interessante perceber que tipo de medos foi sentido por estas recém mães.

Desta forma se observarmos o gráfico 17, podemos concluir que na amostra total das 80 inquiridas o maior medo foi “Medo do bebé ser deficiente” com 28% das respostas. Medo este que não depende do facto das mulheres terem tido ou não as aulas de preparação, concluindo desta forma que o Curso não abstrai as mulheres do medo natural de que o seu filho possa vir a nascer com alguma deficiência física.

Ilustração Gráfica:

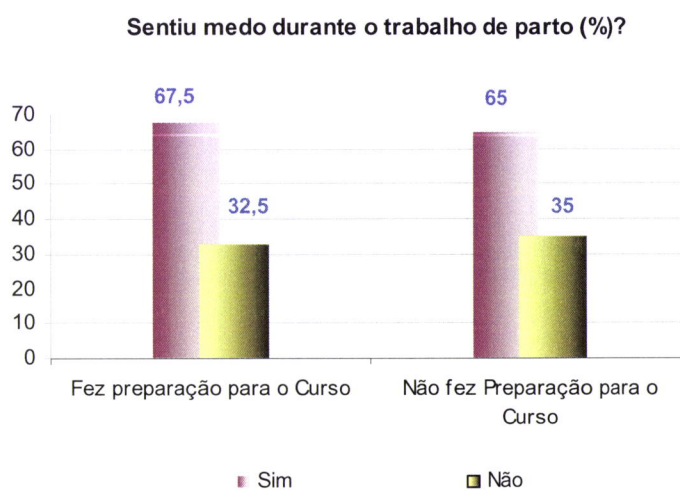


Gráfico 28 – Medo durante o trabalho de parto (%)



Vamos verificar se há relação entre a variável nominal que indica se a parturiente fez ou não o curso de preparação para o parto e a variável nominal que indica se a inquirida sentiu medo ou não durante o parto.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,056	1	,813		
Continuity Correction(a)	,0	1	1		
Likelihood Ratio	,056	1	,813		
Fisher's Exact Test				1	,50
Linear-by-Linear Association	,055	1	,814		
N of Valid Cases	80				

Tabela 32 – Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Medo durante o parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto”

O valor do Qui-Quadrado de Pearson é 0,05 com um nível de significância de 0,813 (superior a 0,05). Isto permite não rejeitar a hipótese nula que afirma que as variáveis: “ Medo durante o parto” e “ Frequentou curso de preparação para o parto” são independentes.

As hipóteses formuladas:

$$H_0 = \text{As variáveis são independentes} \text{ vs } H_1 = \text{As variáveis não são independentes}$$

Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas iguais das que não fizeram o curso, relativamente ao medo que

sentiram durante o parto. Apesar da diferença de respostas nessa questão nos dois Grupos (ver gráfico 28) essa diferença não é significativa.

**Q<sub>3</sub> – As mulheres que fizeram o Curso de preparação para o parto tiveram mais controlo durante trabalho de parto do que as que não fizeram?**

Nesta questão é abordado o estado de Controlo da parturiente durante o trabalho de parto. Para melhor compreensão do motivo de possível vamos ainda analisar os motivos que levam algumas das mulheres a não conseguirem manter a calma durante o parto.

### Estadísticas

				Teve falta de controlo durante o trabalho de parto?	Motivo da falta de controlo
Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	N	Valid	40	9
			Missing	0	31
	2 Não	N	Valid	40	20
			Missing	0	20

Tabela 33 – Controlo durante o parto (Frequências e %)

Para a variável  $X_3$  = Falta de controlo durante o trabalho de parto, o número de respostas nas duas amostras é de  $n = 40$ , ou seja obtivemos respostas de todas as inquiridas à questão da falta de controlo. Em relação à variável  $X_4$  = Motivos da falta de controlo durante o trabalho de parto, na amostra  $n_1$  (mulheres que frequentaram o curso) só obtivemos 9 respostas válidas e na amostra  $n_2$  (mulheres que não frequentaram o curso) só 20 responderam à questão em causa.

**Teve falta de controlo durante o trabalho de parto**

	Fez preparação para o parto durante a gravidez?					
	1 Sim			2 Não		
	Valid			Valid		
	1 Sim	2 Não	Total	1 Sim	2 Não	Total
Frequency	9	31	40	20	20	40
Percent	22,5	77,5	100	50	50	100
Valid Percent	22,5	77,5	100	50,0	50	100
Cumulative Percent	22,5	100		50	100	

Tabela 34 – Controlo durante o parto (Frequências e %)

Do total de mulheres que fez preparação para o parto durante a gravidez, 22,5% teve falta de controlo durante o parto. Das parturientes que não frequentaram o curso 50% não conseguiu manter o controlo e outras 50% conseguiram.

**Conclusão:** As mulheres que fizeram o Curso de Preparação para Parto tiveram mais controle durante o trabalho de parto (77,5%) do que as que não fizeram (50%).

Ilustração Gráfica:

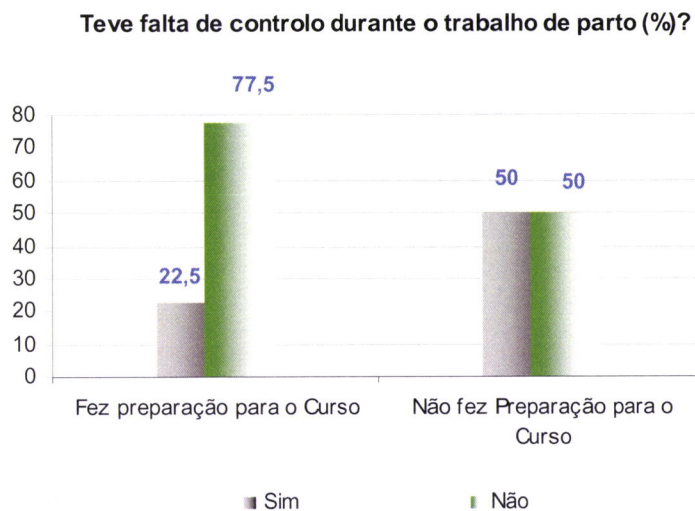


Gráfico 29 – Falta de controlo durante o trabalho de parto (%)

**Motivos da falta de controlo durante o trabalho de parto**

			Freq.	Percent	Valid Percent	Cumulati ve Percent	
Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	Valid	9	22,5	100	100	
		N/R	31	77,5			
		<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>			
	2 Não	Valid	13	32,5	65	65	
			A falta de informação	3	7,5	15	80
			A falta de acompanha mento	4	10	20	100
			<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	
		N/R	System	20	50		
		<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>100</b>		

Tabela 35 – Motivos da falta de Controlo durante o parto (Frequências e %)

Da tabela 35 podemos constatar que no grupo das 40 mulheres que tiveram preparação para o parto, obtivemos 9 respostas válidas e destas todas elas justificaram a falta de controlo devido às “*Contrações do útero*”.

No grupo das 40 mulheres que não frequentaram o curso, obtivemos 20 respostas válidas distribuídas da seguinte forma nos vários motivos de falta de controlo durante o parto: a maioria (13 mulheres) justificou a falta de controlo devido às “*Contrações do útero*”; 3 destas perderam o controlo por *falta de informação* e por último 4 mulheres sentiram *falta de acompanhamento*.

**Conclusão:** Em qualquer um dos grupos das mulheres, o motivo que levou em maioria das parturientes a perder o controlo durante o parto foram as “*Contrações do útero*” (55%).

Vamos verificar se há relação entre a variável nominal que indica se a parturiente fez ou não o curso de preparação para o parto e a variável nominal que indica se a inquirida “Teve falta de Controlo durante o parto”.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,545	1	,011		
Continuity Correction(a)	5,409	1	,020		
Likelihood Ratio	6,670	1	,010		
Fisher's Exact Test				,019	,010
Linear-by-Linear Association	6,463	1	,011		
N of Valid Cases	80				

Tabela 36 – Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Teve falta de controlo durante o parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto”

O valor do Qui-Quadrado de Pearson é 6,5 com um nível de significância de 0.01 (inferior a 0.05). Isto permite rejeitar a hipótese nula que afirma que as variáveis: “ Teve falta de controlo durante o parto” e “ Frequentou curso de preparação para o parto” são independentes.

As hipóteses formuladas:

$$H_0 = \text{As variáveis são independentes} \text{ vs } H_1 = \text{As variáveis não são independentes}$$

Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas diferentes das que não fizeram o curso, relativamente à Falta de Controlo que tiveram durante o parto. Entre os dois Grupos das mulheres, existe diferença significativa de respostas dadas na questão “Teve falta de controlo durante o parto”.

**Q4 – As mulheres que fizeram o Curso de preparação para o parto tiveram uma experiência de parto mais positiva do que as que não fizeram?**

Para o estudo desta questão foram seleccionadas 3 variáveis para estudo uma vez que traduzem a opinião sobre a experiência de parto, estas são:

X<sub>5</sub> = Como correu trabalho de parto.

X<sub>6</sub> = Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado.

X<sub>7</sub> = Recordação que guarda do seu parto.

### Estatísticas

				Como correu o trabalho de parto?	O nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado?	Que recordação guarda do seu parto?
Fez preparação para o parto durante a gravidez	1 Sim	N	Valid	40	40	40
			Missing	0	0	0
	2 Não	N	Valid	40	38	40
			Missing	0	2	0

Tabela 37 – Experiência do parto

No grupo das mulheres que tiveram preparação para o parto, verifica-se 40 respostas válidas às 3 questões que compõem o conjunto de variáveis para avaliar as experiências das parturientes em relação ao parto no geral.

No que refere ao grupo das mulheres que não tiveram preparação para o parto obtivemos um total de 40 respostas válidas para as 3 questões excepto para a pergunta “O nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado?” que obteve 38 respostas válidas e 2 não respostas.

**Como correu o trabalho de parto**

		Como correu o trabalho de parto?	
		Count	%
Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	1 Mais fácil do que esperava	29 72,5
		2 Mais difícil do que esperava	11 27,5
		Total	40 100
	2 Não	1 Mais fácil do que esperava	19 47,5
		2 Mais difícil do que esperava	21 52,5
		Total	40 100

Tabela 38 – Como correu o parto (Frequências e %)

Pela tabela 38 constata-se que 72,5% das mulheres que teve uma preparação para o parto consideram que o parto correu mais fácil do que estavam à espera, e 47,5% das parturientes que não frequentaram as aulas de preparação afirmam que o parto correu pior do que imaginavam. Estes resultados levam a concluir que a preparação para o parto ajudou de uma forma positiva e a desmistificar o receio da maioria das mulheres sobre o parto

Ilustração Gráfica:



Gráfico 30 – Como correu o trabalho de parto (%)

**O nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado**

		O nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado?	
		Count	%
Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	1 Sim	24 60
		2 Não, foi melhor	10 25
		3 Não, foi pior	6 15
		Total	40 100
	2 Não	1 Sim	21 55,3
		2 Não, foi melhor	5 13,2
		3 Não, foi pior	11 28,9
		4 Não, pensava que fosse parto normal	1 2,6
		Total	38 100

Tabela 39 - Nascimento do filho (Frequências e %)

Em relação ao nascimento do filho, nos dois grupos de parturientes a maioria afirma que foi como imaginavam. Foram 25% das mulheres que se prepararam para o parto que consideram que o nascimento do filho correu melhor do que tinham imaginado e 28,9% das mulheres que não se prepararam afirmam que correu pior do que imaginavam.

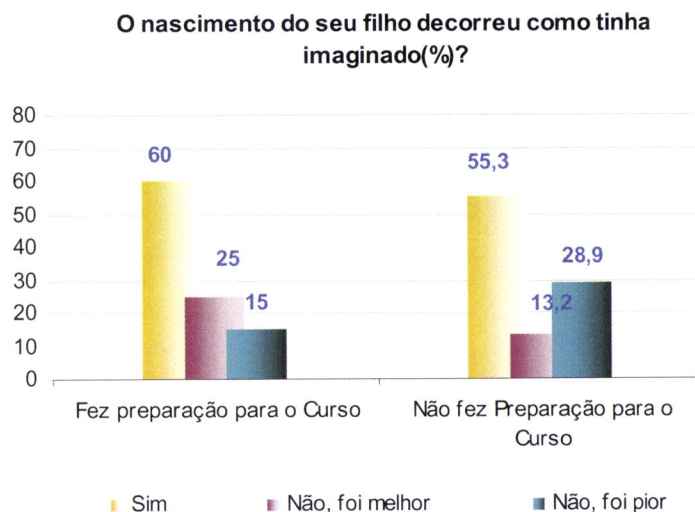
Ilustração Gráfica:

Gráfico 31 – Nascimento foi como tinha imaginado (%)



**Que recordação guarda do seu parto**

			Que recordação guarda do seu parto?	
			Count	%
Fez preparação para o parto durante a gravidez?	1 Sim	Muito boa	9	22,5
		Boa	19	47,5
		Razoável	12	30
		Total	40	100
	2 Não	Muito boa	6	15
		Boa	14	35
		Razoável	16	40
		Má	4	10
		Total	40	100

Tabela 40 – Recordação do parto (Frequências e %)

As mulheres que se prepararam para o parto ficaram com “*Muito Boa*” recordação do parto (22,5%) e 47,5% guardam uma “*Boa*” recordação. Já no grupo das mulheres que não frequentaram o curso a maioria (40%) afirma que a recordação que guarda do parto é “*Razoável*”. É de salientar que nenhuma mulher do grupo das que assistiram ao curso afirma ter ficado com uma “*Má*” recordação.

Ilustração Gráfica:

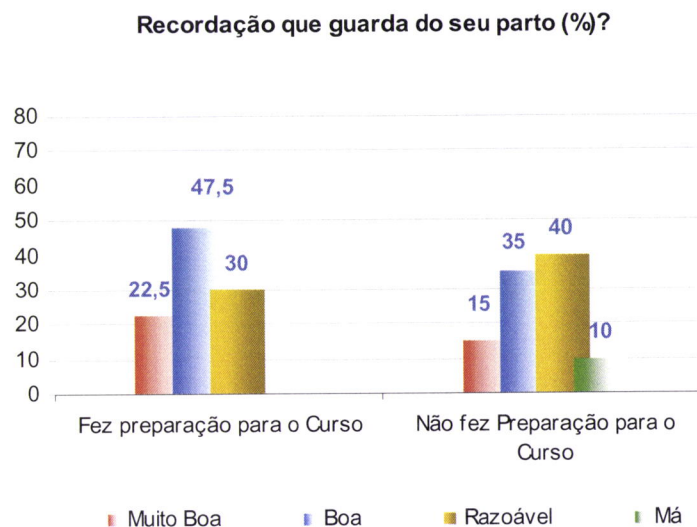


Gráfico 32 – Recordação do parto (%)

**Conclusão:** As mulheres que fizeram o Curso de Preparação para o Parto tiveram uma experiência de parto mais positiva do que as que não fizeram. Esta conclusão foi baseada no facto de:

- 72,5% das parturientes que tiveram preparação consideram que o parto foi *mais fácil do que esperavam*, contra 47,5% das que não tiveram preparação;
- 25% das parturientes que tiveram preparação afirmam que o nascimento do seu filho decorreu como *melhor do que tinha imaginado*, contra 13,2% das que não tiveram preparação;
- 22,5% das parturientes que tiveram preparação guardam uma recordação *”Muito Boa”* do parto, contra 15% das que não tiveram preparação.

Vamos então, verificar se há relação entre a variável nominal que indica se a parturiente fez ou não o curso de preparação para o parto e as variáveis:

- $X_5$  = Como correu trabalho de parto.
- $X_6$  = Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado.
- $X_7$  = Recordação que guarda do seu parto.

$X_5$  = Como correu trabalho de parto.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>5,208</b>	<b>1</b>	<b>,022</b>		
<b>Continuity Correction(a)</b>	<b>4,219</b>	<b>1</b>	<b>,040</b>		
<b>Likelihood Ratio</b>	<b>5,277</b>	<b>1</b>	<b>,022</b>		
<b>Fisher's Exact Test</b>				<b>,039</b>	<b>,020</b>
<b>Linear-by-Linear Association</b>	<b>5,143</b>	<b>1</b>	<b>,023</b>		
<b>N of Valid Cases</b>	<b>80</b>				

Tabela 41 - Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Como correu o trabalho de parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto”

O valor do Qui-Quadrado de Pearson é 5,2 com um nível de significância de 0,022 (inferior a 0,05). Isto permite rejeitar a hipótese nula que afirma que as variáveis: “ Como correu trabalho de parto” e “ Frequentou curso de preparação para o parto” são independentes.

As hipóteses formuladas:

$H_0 = \text{As variáveis são independentes}$  vs  $H_1 = \text{As variáveis não são independentes}$

Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas diferentes das que não fizeram o curso, relativamente à forma como correu o trabalho de parto. Entre os dois Grupos das mulheres, existe diferença significativa de respostas dadas na questão “Como correu trabalho de parto”.

$X_6 =$  Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>4,289</b>	<b>3</b>	<b>,232</b>
<b>Continuity Correction</b>			
<b>Likelihood Ratio</b>	<b>4,727</b>	<b>3</b>	<b>,193</b>
<b>Linear-by-Linear Association</b>	<b>1,501</b>	<b>1</b>	<b>,221</b>
<b>N of Valid Cases</b>	<b>78</b>		

Tabela 42 - Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado” e “Frequentou o curso de preparação para o parto”

O valor do Qui-Quadrado de Pearson é 4,3 com um nível de significância de 0,232 (superior a 0,05). Isto permite não rejeitar a hipótese nula que afirma que as variáveis:

“Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado” e “Frequentou curso de preparação para o parto” são independentes.

As hipóteses formuladas:

$$H_0 = \text{As variáveis são independentes} \text{ vs } H_1 = \text{As variáveis não são independentes}$$

Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas iguais das que não fizeram o curso, relativamente ao medo que sentiram durante o parto. Apesar da diferença de respostas nessa questão nos dois Grupos (ver gráfico 31) essa diferença não é significativa.

$X_7$  = Recordação que guarda do seu parto.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	5,929	3	,115
<b>Continuity Correction</b>			
<b>Likelihood Ratio</b>	7,483	3	,058
<b>Linear-by-Linear Association</b>	4,154	1	,042
<b>N of Valid Cases</b>	80		

Tabela 43 - Teste do Qui-Quadrado entre as variáveis “Recordação que guarda do seu parto” e “Frequentou o curso de preparação para o parto”

Observa-se que o valor de Qui-Quadrado de Pearson é 5,9 com um nível de significância de 0,115 (superior a 0,05). Isto permite não rejeitar a hipótese nula que afirma que as variáveis: “Recordação guarda do seu parto” e “Frequentou curso de preparação para o parto” são independentes.

As hipóteses formuladas:

***$H_0 =$  As variáveis são independentes vs  $H_1 =$  As variáveis não são independentes***

Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas iguais das que não fizeram o curso, relativamente à recordação que guardam do parto. Apesar da diferença de respostas nessa questão nos dois Grupos (ver gráfico 32) essa diferença não é significativa.

## 5 - CONCLUSÃO

*“As conclusões devem indicar a posição do investigador face aos resultados obtidos... elas incluem enunciados concludentes ou um julgamento sobre os resultados positivos ou negativos obtidos”.* (FORTIN 1996)

Em traços gerais, mas de uma forma fundamentada e verificada no decorrer do trabalho, procuramos fazer uma análise objectiva de forma a não desvirtuar o estudo, conseguindo assim alcançar um resultado satisfatório.

Chegados ao fim do relatório do nosso estudo, surge a emergência de extrairmos as ideias fundamentais sobre este longo processo de investigações que realizamos.

Este estudo, do ponto de vista sociológico parece-nos importante, pois os seus resultados, poderão aumentar o conhecimento dos enfermeiros e outros técnicos de saúde sobre a forma de pensar das mulheres grávidas no momento presente que, como sabemos, poderá condicionar o comportamento no parto.

Este estudo veio a confirmar a veracidade das teorias existentes em torno da importância das aulas de Preparação para o Parto. Assim, podemos concluir que, segundo as puérperas inquiridas, as aulas de Preparação para o Parto são consideradas importantes e que influenciam positivamente o decorrer do trabalho de parto, uma vez que envolvem um vasto leque de conteúdos (teórico-práticos) abordados, que permitem desmistificar e esclarecer dúvidas sentidas pelas gestantes, conferindo-lhes uma maior segurança para encarar o trabalho de parto.

A amostra em estudo é caracterizada por 80 mulheres com idades compreendidas entre os 31 e 35 anos, o estado civil da maioria é casada/união de facto. A habilitação literária predominante é o Ensino Superior. Foi possível encontrar mulheres a trabalhar em vários ramos de actividade em que 12,5% são Professoras. Salienta-se ainda o facto de 8,8% estarem desempregadas.

Ainda em relação à amostra no total, 65% das parturientes tiveram um parto Eutócico (parto normal) e a companhia de familiar/amigo durante o parto (82%). A maioria das gravidezes foi planeada e desejada, 54 das mulheres foi mãe pela 1ª vez e 26 já tinham sido mães, são mães de 1 filho somente uma minoria.

Se a gravidez pode ser encarada como período de grande vulnerabilidade, o parto pode ser também encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas. O não saber reconhecer os sinais do parto, a incapacidade de saber como vai decorrer o trabalho de parto, como a insegurança do bem-estar do bebé são medos ou receios que a mulher vive na sua gravidez deixando-a como tal mais inquieta ou mesmo ansiosa. O parto é sem duvida um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. Outro factor de ansiedade ligado ao parto é a dor, uma realidade que não pode ser negada pois vivemos numa sociedade que usa todos os artificios possíveis para fugir dela. A dor está presente no quotidiano de milhões de pessoas, que respondem pelo uso indefinido de analgésicos, uma solução estritamente química e eficaz somente a curto prazo.

A mulher, ao dar à luz, traz na sua bagagem, experiências que tiveram enquanto crianças nas primeiras quedas, nas doenças de infância, nas frustrações e desejos não satisfeitos, passou por momentos de dor física e psicológica. Quando adulta e grávida, ela deve preparar-se de maneira realista para o desafio que representa o trabalho de parto. Embora possa parecer plausível do ponto de vista humano, não devemos minorar o facto com palavras como “contração” ou “desconforto”. A verdade deve ser dita para evitar que a mulher se descontrole no momento da dor, o que iria prejudicá-la ainda mais.

Entre os factores que aumentam a percepção da dor, estão o medo, o stress mental, a tensão, a fadiga, o frio, a fome, a solidão, o desespero social e afectivo, a situação desconhecida, um meio estranho ao que estamos habituados, e o início das contracções com dor.

A dor sentida durante o trabalho de parto foi suportável para 51,2% das inquiridas e a necessidade de tomar medicação para aliviar as dores foi de 50% no total. O comportamento durante o parto foi considerado de Razoável por 5,8% mulheres, apesar disso ainda houve parturientes que afirmam ter tido falta de controlo (36,3%) motivada pelas contracções do útero (27,5%).

O medo foi um sentimento admitido por 66,3%, apesar de afirmarem que o parto correu de forma mais fácil do que estavam à espera (60%). No geral a recordação do parto fica na memória destas recém mamãs como Boa (53,8%).

Na amostra das 40 mulheres que tiveram preparação para o parto, esta iniciativa surgiu por conhecimento de amigos (31,3%), sendo o objectivo desta preparação a

aquisição de conhecimentos (30%), desmistificar o medo do parto (3,8%) e proteger a criança (3,8%).

Assim, e como principal motivo que as leva a frequentar o curso de preparação para o parto é a “aquisição de conhecimentos”, podemos constatar que as mulheres procuram na preparação para o parto um apoio que lhes ofereça informação, constatando o facto, como se torna real em pesquisa bibliográfica, muitos casais vivem a gravidez, o parto e o pós-parto como momentos muito difíceis, por absoluta falta de informação. Deste modo procura-se num curso de preparação para o parto a aquisição de experiência gestacional e de parto positiva, com grande sucesso na amamentação, diminuindo a ansiedade e oferecendo respostas às questões que preocupam tanto a mulher como o casal, sobre as mais diferentes temáticas: sexualidade, alimentação, exercício físico, álcool, tabaco, medicamentos, peso, doenças, enxoval, parto, pós-parto, amamentação, dores, escolha do hospital, os direitos da mulher, entre outros.

Ainda dentro da amostra das mulheres que participaram no curso, 48% afirmam que as aulas corresponderam às expectativas, avaliando a formação como “Muito Importante” (36,3%). Dentro de todas as vantagens que este tipo de cursos poderá trazer, os mais anunciados foram: as técnicas de respiração e relaxamento, proporcionar autoconfiança e desmistificar medos e preconceitos.

Na amostra das 40 mulheres que não tiveram preparação para o parto 22,5% não o fizeram por falta de informação e 8,8% por falta de tempo.

Comparando os dois grupos de mulheres (as que fizeram preparação para o parto e as que não fizeram), e utilizando o Teste de Independência do Qui-Quadrado que permite averiguar se duas variáveis estão relacionadas, podemos constatar que:

As mulheres que frequentaram as aulas de preparação para o parto tiveram menos necessidade de tomar medicação para a dor durante o parto do que as que não fizeram. No entanto e apesar da diferença de respostas nessa questão nos dois grupos de mulheres, essa diferença não é significativa.



As mulheres que fizeram o curso de preparação para o parto sentiram mais medo do que as que não fizeram, apesar da diferença de respostas nessa questão nos dois grupos de mulheres, essa diferença não é significativa.

As mulheres que fizeram o curso de preparação para parto tiveram mais controle durante o trabalho de parto do que as que não fizeram. Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas diferentes das que não fizeram o curso, relativamente à Falta de Controlo que tiveram durante o parto. Assim, entre os dois grupos de mulheres, existe diferença significativa de respostas dadas na questão "Teve falta de controlo durante o parto".

No que diz respeito à 4ª questão de investigação e para verificarmos se há relação entre a variável nominal que indica se a parturiente fez ou não o curso de preparação para o parto e as variáveis:

- $X_5$  = Como correu trabalho de parto.
- $X_6$  = Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado.
- $X_7$  = Recordação que guarda do seu parto.

As mulheres que fizeram o curso de preparação para parto tiveram uma experiência mais positiva do que as que não fizeram. Conclui-se então, que as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas diferentes das que não fizeram o curso, relativamente à forma como correu o trabalho de parto. Assim entre os dois grupos das mulheres, existe diferença significativa de respostas dadas na questão "Como correu trabalho de parto". Relativamente, ao "Nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado" e "Recordação que guarda do seu parto", as mulheres que frequentaram o curso de preparação para o parto dão respostas iguais das que não fizeram o curso. Apesar da diferença de respostas nestas questões nos dois grupos de mulheres, essa diferença não é significativa.

Da análise dos dados, podemos concluir que a generalidade das gestantes são encaminhadas para as Aulas de Preparação Para o Parto por conhecidos ou familiares,

sendo que, na nossa opinião, este encaminhamento deveria partir da equipa de saúde que acompanha a gestante no decorrer da gravidez, uma vez que, de acordo com os dados colhidos, nenhuma das mesmas referiu essa orientação.

A preparação para o parto deverá ser sempre entendida, socialmente, como um momento privilegiado para a mulher grávida, para a sua família, como estratégia política de educação para a saúde com resultados evidentes e duradouros. Durante o curso, deve ser explicado todo o desenvolvimento da criança no útero, desde a concepção ao nascimento; a higiene física e mental durante a gravidez; os mecanismos do trabalho de parto; os sinais do seu início e as atitudes que a grávida deve adoptar durante o trabalho de parto; assim como os cuidados ao recém-nascido; além de todo o processo que envolve a preparação muscular, reflexiva, respiratória e psicológica que devem fazer parte de um programa de preparação para o parto, independentemente do método científico de preparação utilizado.

Se a própria legislação contempla a preparação para o parto já desde o ano de 1984, e se essa preparação está cientificamente comprovada como benéfica para a mulher e seu filho, então porque é que está tão ausente da nossa sociedade? Será que não trará benefícios para a saúde das pessoas? Os estudos realizados até ao momento submetem a ideia da preparação para o parto não só ao acompanhamento das transformações fisiológicas do corpo da grávida (seguidas na consulta de gravidez), mas também à necessidade de um relaxamento psicológico através de exercícios físicos e respiratórios.

Ficamos com a certeza que a preparação para o parto é imprescindível para um parto bem sucedido, já que permite uma participação activa da mãe, permitindo-lhe vivenciar uma experiência única.

Deve existir por parte dos profissionais de saúde uma sensibilização a par das competências técnicas. Esta ideia deve estar presente na realidade existente da organização onde exercem funções ou seja deve coexistir uma ecologia emocional que varia com a individualidade de cada ser humano. Um dos grandes segredos da interacção profissional de saúde/grávida é uma relação de qualidade que engloba respeito, empatia e sensibilidade para com a grávida. Quando isto acontece, as emoções emergem numa influência positiva no processo e se existir capacidade de escuta e relação empática, haverá uma boa relação.

Este estudo permitiu-nos reflectir na nossa postura, como enfermeiros, dando ênfase ao nosso papel de educadores para a saúde. Temos que lutar para que a Preparação para o Parto seja um *direito* de todas as mulheres.

Até há um século, a Obstetrícia estava rodeada de um pesada atmosfera de drama. No entanto, a era da psicoprofilaxia, trouxe novas e importantes perspectivas a um acontecimento tão importante como é o nascimento, podendo considerar-se como o resultado de uma evolução contínua e progressiva da ciência e da Obstetrícia em particular. Tem-se verificado, que a implementação em alguns países é bastante significativa, dado o grande apoio estatal aos Cursos de Preparação para o Parto, divulgando-os e oficializando-os.

Pensamos que a implementação gratuita destes cursos a todas as grávidas passa pela sensibilização dos gestores dos centros de saúde e do hospital do distrito de Portalegre, bem como da classe de Enfermagem. É de recomendar o Curso de Preparação para o Parto porque ele faz reduzir a ansiedade e aumentar o controle da dor sentida pelas mulheres, sem no entanto alterar a recordação do seu trabalho de parto.

Terminando este trabalho, pensamos que ele deverá ser visto como um todo, com faltas, aspectos positivos e negativos. Ele contribui porém de um modo positivo para a investigação ainda deficiente nesta área do saber e mais não pretende que lançar um alerta sobre esta problemática e fazer despertar um saber.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I. – Importância da fisioterapia em obstetrícia. *Revista Fisioterapia*. Lisboa. Volume 2, nº2 (Abr. / Jun. 1991).

ALMEIDA, J. M. R. – Adolescência e Maternidade, Editora Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1987.

ANKRETT [et al] – Enciclopédia de medicina. 1ª ed. Lisboa: Selecções do Reader's Digest, 1992.

BADINTER, Elisabeth – O amor Incerto. História do amor maternal do séc. XVIII ao séc. XX. Lisboa: Relógio d'Água, 1991.

BASTO, M. – Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. [s.n.], Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.

BARBUT, J. – O nascimento através dos tempos e dos povos. Mem Martins: Terramar Ed. 2000.

BELLO, Mailan, [et al] – Analgesia y anestesia regional en obstetrícia – s/edição. Espanha, ISBN 1990.

BENNER, P. – From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, California: Addison-Wesley, 1994.

BOBAK, Irene M. [et al] – Enfermagem na Maternidade, 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

BOLANDER, Verolyn Era. – “Lukmann e Sorensen”. Enfermagem fundamental – Abordagem Psicológica. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972 – 96610 – 6 - 5, 1998.

BOLANDER, Verolyn Barnes – Necessidades Humanas, In BOLANDER, Verolyn Era – Enfermagem fundamental. Lisboa, Lusodidáctica, 1998.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. - A Relação mais precoce. Os pais, os bebés a e interação precoce. Lisboa. Terramar Ed. 1988.

BRUNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. – Nova prática de Enfermagem. 3ªed. Rio de Janeiro. Interamericana (vols. 3 e 5), 1985.

CANAVARO, M. Cristina – Psicologia da Gravidez e da maternidade. Coimbra. Quarteto Editora. 2001.

COLLIÈRE, Marie Françoise – Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLMAN & COLMAN, A. D. – Gravidez, uma experiência psicológica. Lisboa. Edições Colibri. 1994.

CORDEIRO, J. Dias – A Saúde Mental e a Vida. 2ªed. Lisboa. Edições Salamandra. 1992.

CRUZ, Maria Manuela. Encantos e desencantos da maternidade. Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Análise Psicológica. Nº 4, série VIII (1990).

DEOUX, Suzanne e Pierre – Ecologia é a Saúde – O Impacte da deterioração do ambiente na saúde – conhecer para poder agir diariamente. Lisboa. Instituto Piaget. 1996.

DINIS, Seabra – Bases científicas e prática da psicoprofilaxia das dores do parto. Se.,sed.,sd (Separata do jornal “O Médico”).

ESTEVES, A. J.; FLEMING, A. J. - Sociologia, Textos e Notas Introdutórias. Porto: Porto Editora, 2ºvol. 1996.

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

GERMAIN, Carol P.; Ethnography: the method In MUNHALL; P.L.; BOYD, C.O. – Nursing Research. A qualitative perspective. 2ªed. New York: National League for Nursing, 1993.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – O Inquérito: Teoria e prática. 3ªed. Oeiras: Celta Editora, 1997.

GIL, António C. – Como elaborar Projectos de Pesquisa Social, Editora Atlas S.A., São Paulo, 1989.

GIL, António C. – Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1989.

GRAÇA, Luís Mendes – Medicina Materno Fetal 1. 2ªed. Lisboa. Lidel-Edições Técnicas Lda. 2002.

HAWLEY, Amostt – Teoria de Ecologia Humana. Lisboa. 1991.

IMPERATORI, E. – Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde. Lisboa. Edinova, 1999.

ITURRA, Raul – Eu procuro afecto, tu dás-me saber. In JORGE, Victor Oliveira; ITURAA, Raul – Recuperar o espanto: o olhar da antropologia. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

JEANSON, C. – Princípios e práticas do parto sem dor, 2ª edição, Lisboa: Edições Cosmos, 1959.

JOAQUIM, Teresa – Dar à luz – ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1983.

JUSTO, João Manuel – Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. Análise psicológica. Nº 4 série VIII, 1990.

KERLINGER, F. N. – Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais, Editora Pedagógica Universitária, São Paulo, 1980.

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

KITZINGER, Sheila – Mães: um estudo antropológico da maternidade. 2ªed. Lisboa: Editorial Presença, 1978.

LAMY, Michel – As camadas Ecológicas do Homem. Lisboa. Instituto Piaget. 1996.

LANGER, Marie – Maternidade e sexo. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LEDERMAN, R. P. – Psychosocial adotation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal devolopment, USA, Springer Publising Company, Inc. 1996.

LEININGER, Madeleine – Culture Care diversity and Universality: a theory of Nursing. The theory of culture care diversity and universality. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEITÃO, M. – A dor em Obstetrícia, Revista Sinais Vitais, Coimbra, nº2 (Fev. 1995).

LIMA, Augusto Mestiquela, [et al] – Introdução à antropologia cultural. 4ª ed. , Lisboa: Editorial Presença, 1979.

LINTON, Ralph – Le fondement culturel de la personnalité. Paris ; Bordas, 1986.

LOPES, Armandina ; NUNES, Lucília – Enquadramento da ética na enfermagem. Servir, Lisboa, vol.43, Nº6 (Nov / Dez 1995).

LOPES, João Teixeira – Antropologia e Sociologia: duas disciplinas em diálogo In JORGE, Victor Oliveira; ITURAA, Raul – Recuperar o espanto: o olhar da antropologia. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

LOPES, M. – Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

LOPES, Noémia Mendes – Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. Enfermagem. Lisboa Nº 6 (Out / Dez 1995).

LOUX, Françoise – Traditions et Soins d’aujourd’hui. Antropologie du corps et professions de santé. 2<sup>o</sup>ed. Paris : InterEditions, 1990.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – Cuidados de enfermagem durante o parto. In BOBAK [et al] – *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência, 1999.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – Factores essenciais e mecanismos do trabalho de parto. In BOBAK [et al] – *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência, 1999.

MALDONADO, Maria Teresa [et al] – A relação médico-cliente em ginecologia e obstetria. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981.

MALDONADO, Maria Teresa – Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir. 16<sup>a</sup>ed. Lisboa: Editora Saraiva, 1994.

MALDONADO, Maria Teresa – Psicologia da Gravidez. 8<sup>a</sup>ed. Petrópolis. Edição Vozes. 1986.

MARÇAL, M. T. – A análise conceptual na investigação em enfermagem, in Pensar Enfermagem, nº 2, vol. 2, 1998.

MARREIROS, Glória – Gravidez e maternidade. Lisboa: Editorial Caminho, 1988.



MASCOLI, Luísa – Fantasia, Atitudes e Ajustamento Materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem Psicológica a puérperas em isolamento e nos pós-parto distóxico. Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Análise Psicológica, Nº4 Série VIII (1990).

McCAFFERY, Margo; BEEBE, Alexandra – Pain: clinical manual for nursing practice. Philadelphia, The C. V. Mosby Company –1993.

McFARLANE, A. – A Psicologia do nascimento, 1ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.

McFARLANE, Jean – Importância de los modelos para el cuidado, In KERSHAN, Betty, SALVAGE, Jane – *Modelos de enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1998.

MELZAC, R. & WALL, Patric – O desafio da dor (trad. Nestor Rodrigues), Lisboa, Fundação Caloust Gulbenkian. 1987

MENDES, Mário – Curso de Obstetrícia. Coimbra. Livraria Almedina. 1993.

MEXIA, M. Graça – Aptos do Curso de Preparação para o Parto, pelo M. P. P., Lisboa, 1992.

NAZARETH, J. Manuel – Demografia e Ecologia Humana. Análise Social. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Vol XXVIII, 1993.

NUNES, Berta – O saber médico do povo. Lisboa: Fim de Século, 1997.

OLDS, S. B.; LONDON, M. L.; LADEWIGLA – Enfermaria Maternoinfantil, Concepto integral familiar. 2ªed. Rio de Janeiro. Interamericana. 1993.

OXORN, Harry, [et al]. – Trabalho de parto. 5ª ed. S. Paulo: Roca, 1989.

PEDRO, J. C. G. – A relação mãe-filho: A influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe. Lisboa: INEM. 1985.

PEDRO, J. C. G. – A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade. Lisboa. Imprensa Nacional, Casa da Moeda. 1995.

PINTO, José Madureira; SILVA, Augusto Santos (orgs) – Metodologia das ciências sociais, 4ª edição, Lisboa, Edições Afrontamento, 1990.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Lucv. - Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva. 1992.

REEDER, Sharon J.; MARTIN, Leonilde L.; KONIAK, Deborah – Enfermeira maternoinfantil, 17ª edição, Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995.

REZENDE, J. – Obstetrícia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

RIBEIRO, L. – Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. 1ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995.

RODRIGUES, Custódio [et all] – Motivação. Porto: Contraponto, 1998.

ROPER, N. [et al] – Modelo de Enfermagem, 3ªed. Lisboa: McGraw-Hill, 1995.

RÚBIO, Mª Ângela Santos; CASTRO, Encarnación Esteban – Posturas del Parto: Bipedestacion o decúbito? *Revista Rol de Enfermeria*. Nº 127, Ano XII (1989).

SÁ, Eduardo – A maternidade e o bebé. Lisboa. Edições Fins de Século. 1997.

SACARRÃO, Germano da Fonseca – A ecologia da luz e da vida. Lisboa. Secretaria de Estado do Urbanismo e Ambiente. 1979.

SANTOS, M. Beatriz – Perturbações Psíquicas na Gravidez e Puerpério. Psiquiatria Clínica: Lisboa. Nº 19, 1998.

SEGUY, Bernard – Manual de Enfermagem Obstétrica, Volume I, Edições Técnicas Lda., Lisboa, 1984.

SHORTER Edward – A formação da família moderna. Lisboa: Terramar, 1995.

SOARES, M. C. Pereira – Preparação para o parto pelo método psicoprofilático, texto de apoio, Porto. 1994.

SOIFER, Raquel – Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SPRADLEY, James P. – Participant Observation. New York : Holt Rinehart and Winston, 1980.

SPRADLEY, James P. – The ethnographic interview. New York : Holt Rinehart and Winston, 1980.

SUOMINENT, T. [et al] – Nursing Culture – some viewpoints. *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Science Ltd, Vol 25, N°1 (January 1997).

TRINDADE, Ângela, M. L. C. – Música e sentimentos no trabalho de parto. *Enfermagem em foco*. Sep. N°34 Ano IX, (Fevereiro / Abril 1999).

VELLAY, P. – A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor. 8ªed. Lisboa: Editorial Estampa, 1998.

## **ANEXOS**

# **ANEXO 1**

## **(QUESTIONÁRIO)**

Estimada utente:

Sou aluna do Mestrado de Ecologia Humana, da Universidade de Évora e neste momento encontro-me na fase de elaboração da dissertação do mesmo.

Gostaria de saber alguns aspectos relacionados com o decorrer do seu trabalho de parto.

Neste sentido solícito a sua colaboração no preenchimento deste inquérito, pedindo-lhe que responda com a máxima sinceridade, dado que este trabalho não pretende qualquer tipo de avaliação.

O questionário é absolutamente anónimo, pelo que não deve anotar qualquer referência pessoal que posteriormente a identifique.

Comprometo-me a guardar sigilo dos dados fornecidos, sendo a sua utilização exclusivamente para o fim expresso.

Receba desde já os meus agradecimentos pela sua preciosa colaboração.

Muito Obrigado

# QUESTIONÁRIO

## 1. Idade (anos)

- |       |                          |       |                          |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 15-20 | <input type="checkbox"/> | 31-35 | <input type="checkbox"/> |
| 21-25 | <input type="checkbox"/> | 36-40 | <input type="checkbox"/> |
| 26-30 | <input type="checkbox"/> | 41-45 | <input type="checkbox"/> |

## 2. Estado Civil

- Solteira
- Casada/ União de Facto
- Divorciada
- Viúva

## 3. Habilitações Literárias

- Não sabe ler nem escrever
- 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)
- Ensino Superior

## 4. Profissão: \_\_\_\_\_

## 5. Tipo de parto:

- Eutócico
- Fórceps
- Ventosa
- Cesariana

6. Durante o decorrer do trabalho de parto teve a companhia de familiar ou amigo?

Sim

Não

7. Já esteve grávida anteriormente?

Sim

Não

7.1. Se sim, indique o número de filhos já existentes \_\_\_\_\_

8. A sua gravidez foi:

Planeada e desejada

Não planeada mas aceite

Não planeada nem aceite

9. Fez preparação para o parto durante a gravidez?

Sim

Não  (Se respondeu não passe para a questão nº 15)

10. Como teve conhecimento da existência do curso de preparação para o parto?

Familiares

Amigos

Comunicação Social (televisão, Internet, revistas, etc...)

Outra



11. Qual o motivo que a levou a frequentar as aulas de preparação para o parto?

- Medo de sofrer
- Querer participar activamente
- Protecção da criança
- Aquisição de conhecimentos
- Insegurança física
- Recusa duma posição de passividade e ignorância
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

12. Considera que a preparação para o parto correspondeu às suas expectativas?

- Sim
- Não

13. Como avalia a formação dada durante as aulas de preparação para o parto?

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nada importante

14. Do curso de preparação para o parto o que considera ter sido de maior importância?

- Técnicas de respiração e relaxamento
- Posicionamento
- Proporcionar autoconfiança
- Desmistificar medos e preconceitos
- Todos os anteriores
- Nenhum dos anteriores

15. Se não fez a preparação para o parto, porquê?

Falta de informação

Falta de tempo

Falta de disponibilidade financeira

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

16. Como classifica a dor sentida durante o trabalho de parto?

Sem dor

Muito suportável

Suportável

Difícilmente suportável

Insuportável

17. Sentiu necessidade de medicação para aliviar a dor?

Sim

Não

18. Como considera que foi o seu comportamento durante o trabalho de parto?

Muito bom

Bom

Razoável

Mau

23. O nascimento do seu filho decorreu como tinha imaginado?

Sim

Não

23.1. Se não, melhor ou pior? \_\_\_\_\_

24. Que recordação guarda do seu parto?

Muito boa

Boa

Razoável

Má

19. Teve falta de controlo durante o trabalho de parto?

Sim

Não

19.1. Se sim, acha que a sua falta de controlo esteve relacionada com:

As contracções do útero

A falta de informação

A falta de acompanhamento

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

20. Sentiu medo durante o trabalho de parto?

Sim

Não

21. De que sentiu mais medo durante o trabalho de parto?

Medo da dor

Medo do parto não ser normal

Medo de problemas no trabalho de parto

Medo do bebé ser deficiente

Medo de não ser bem assistida

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

22. O trabalho de parto foi:

Mais fácil do que esperava

Mais difícil do que esperava

**ANEXO II**  
**(AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS)**

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DO HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA  
GRANDE

7300 PORTALEGRE

Portalegre, 24 de Janeiro de 2007

**Maria do Rosário Felisberto Bexiga Monteiro**, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia deste Hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado em Ecologia Humana na Universidade de Évora.

Assim, vem comunicar a V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> que pretende realizar a Tese de Mestrado na área da Obstetrícia, subordinado ao tema, "A importância do curso de Preparação para o Parto no decorrer do Trabalho de Parto".

Pensa colher os dados através da técnica do questionário a aplicar a puérperas internadas no serviço de Obstetrícia deste Hospital, num período de tempo ainda a determinar.

Os dados recolhidos terão um carácter inteiramente anónimo quanto à individualidade do sujeito, mas a referência ao local da colheita (Hospital Doutor José Maria Grande) será dada, caso autorizem a sua divulgação.

Desde já agradece toda a colaboração disponibilizada na elaboração de mais um trabalho que visa acima de tudo a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao indivíduo, em particular na melhoria da preparação da mulher para o parto, assim como colaborar para a melhoria da qualidade científica dos cuidados de enfermagem.

Atenciosamente,

*Maria do Rosário F. Bexiga Monteiro*

(Maria do Rosário Felisberto Bexiga Monteiro)

(Cópia)  
SECRETARIO

Entrada Nº 701152  
Data 24/01/2007

António

13/03/2007

90307

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - E.P.E.

Luis Ribeiro  
Presidente do Conselho de Administração  
Nogal Executivo do Conselho de Administração

Ana Maria Redondo  
(Enfermeira Directora)

Actu:2  
P. 106

**Assunto :** Parecer acerca de pedido de autorização para aplicação de questionários. V. Ref. 701152 de 24 - 01 - 2007.

Na qualidade de Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, desta organização, dou a conhecer a V. Ex.a, que, a Comissão a que presidi, em reunião ordinária de 07-03-2007, deliberou nada ter a opor ao pedido de aplicação do questionário, solicitado pela Sr<sup>a</sup>. Enfermeira Maria do Rosário Felisberto Bexiga Monteiro, desde que os dados colhidos durante o estudo salvaguardem a identidade dos sujeitos ao estudo e sejam utilizados exclusivamente para o fim único evidenciado no pedido.

Com os melhores cumprimentos,

08 de Março de 2007

Al O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

  
José Luis Afonso Rocha

HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE  
SECRETARIADO  
Entrada N.º 703117  
Data 08/03/2007