

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
CURSO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

# **Vivências do Nascimento**

**SUBJECTIVIDADES DA RELAÇÃO PESSOA/ESPAÇO AMBIENTAL**

**Um estudo exploratório**

Dissertação de mestrado apresentada por:

**Maria Teresa Ortet**

Orientação:

**Professora Doutora Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto**

(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

**Évora, 2008**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
CURSO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

**Vivências do Nascimento**

**SUBJECTIVIDADES DA RELAÇÃO PESSOA/ESPAÇO AMBIENTAL**

**Um estudo exploratório**

Dissertação de mestrado apresentada por:

Maria Teresa Ortet

Orientação:

Professora Doutora Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto



(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

171 339

**Évora, 2008**

*«Cada vez mais me dou conta de que a maneira mais profunda de penetrar num ser ainda é escutar a sua voz, compreender o canto de que é feito.»*

(in Margherite Yourcenar, "De olhos abertos", 1980: 51)

## Resumo

A realização desta pesquisa visa, essencialmente, explorar a interacção que as pessoas desenvolvem com os espaços físicos e sociais, ou seja, com o espaço ambiental. Assim, e a partir do ponto de vista da Psicologia Ambiental enquanto disciplina que integra o quadro conceptual da Ecologia Humana, procurámos conhecer a simbologia da vivência do espaço ambiental num serviço de obstetrícia, no contexto do parto, tendo definido como objectivo para a nossa investigação: *“Descrever as vivências de parturientes, no decurso do nascimento de seus filhos, em particular no que concerne à interacção da pessoa com o ambiente físico e social”*.

O enquadramento do tema foi traçado a partir de abordagens da Psicologia Ambiental que procuram investigar a interacção entre a pessoa e o ambiente físico e social. Depositámos o nosso interesse na concepção teórica de Roger Barker e partimos para o conhecimento da referida interacção num cenário comportamental, que neste estudo é a sala de partos.

Recolhemos a opinião de 12 mulheres, que se disponibilizaram para participar, através de uma entrevista parcialmente estruturada. Os discursos recolhidos foram analisados com vista à construção de categorias que nos permitissem conhecer a experiência das parturientes enquanto utilizadoras temporárias de um espaço institucional com características particulares como é uma sala de partos.

A análise dos discursos das participantes acerca da experiência do nascimento dos seus filhos deixou patente a interacção com o espaço ambiental permitindo recolher alguma informação interessante proveniente da sua influência na vivência do nascimento.

No final, o que emana do estudo realizado é a convicção de que as relações interpessoais ocupam um papel destacado no panorama de um cenário comportamental, o que nos remete para a importância da promoção duma conduta profissional mais esclarecida e humanizante. Foi também esse o objectivo com que procurámos explorar o fenómeno e deixar algumas pistas nesta área ainda pouco investigada.

Palavras-chave: Ambiente, espaço ambiental, cenário comportamental, vivências da gravidez e parto.

## **Abstract**

Title - "Birth experience: Subjectivities of person/environmental space relationship"

This research looks, essentially, to acknowledge people interaction in a given physical setting, from Human Ecology's point of view. Thus, and from the point of view of environmental psychology as a discipline that integrates the conceptual framework of Human Ecology, we became interested in understanding the environmental space experience symbology in the birth context, in an obstetrics service. We were interested to know the experience of women as protagonists in the birth of their children, and the interaction they developed with the environment during hospitalization in the delivery room. Thus, we define as an objective: "Describe the experiences of the parturients, during the birth of their children, particularly in what concerns to the interaction between person and physical and social environment".

The framework of the theme was drawn from environmental psychology approaches that seek to investigate the interaction between the person and the physical and social environment. We have our interest in the theoretical design of Roger Barker and left for the knowledge of that interaction in a behavioral scenario, which, in this study, is the delivery room.

We collected the views of 12 informants who agreed to participate, through a partially structured interview. The results analysis was obtained through the dismantling of speech and significance links assignment. Understanding the experience was achieved through the analysis of the categories identified retrospectively, according to the subject that originated the approach. The survey, as we designed it, revealed us, in the context of the environmental space interaction, woman's point of view, as a temporarily user of an institutional space with special characteristics.

In the end, what comes from this study is the belief that interpersonal relationships play a prominent role in the panorama of a behavioral scenario, conducting us to the importance of promoting a more informed and humanizing professional conduct. This was also our objective as we tried to explore the phenomenon, leaving some clues in this area still poorly investigated.

**Keywords:** Environment, environmental space, behavior-setting, pregnancy experiences and birth.

## **Siglas e abreviaturas**

E- Entrevista

UR- Excerto de declarações significativas das participantes

## **Agradecimentos**

Para a realização deste trabalho pude contar, por fortuna, com o contributo de vários colegas, amigos e professores a quem agradeço a auxílio nesta caminhada.

Deixarei expresso esse reconhecimento especialmente:

À minha orientadora, Professora Doutora Constança Biscaia, pilar essencial desta construção, a quem fico grata pela mostra de erudição, tranquilidade e inestimável compreensão.

À Dra. Fátima Bernardo, figura imprescindível que tornou possível este percurso, gostaria de evidenciar a imensa gratidão que sinto pela oportunidade de aprendizagem que me ofereceu com sabedoria, entusiasmo, infinita paciência e ainda pela singeleza com que me acolheu.

Às Professoras Doutoradas Felismina Mendes e Margarida Sim Sim pela disponibilidade.

Às minhas amigas Ana Frias, Jesus Santos, Luz Barros, Rosário Martins e Susana Baptista pelo carinho e incentivo.

Aos Professores deste Curso com quem aprendi a olhar o mundo de forma mais sustentável.

À D. Eugénia pela simpatia.

Aos meus filhos por exortarem a minha existência.

E ainda ao José Eduardo, desta vez...

Dedico o estudo às Mães que de modo espontâneo comigo partilharam este pedaço tão estimado da sua vida e a todas as outras mulheres que, no decurso deste ciclo deram o seu contributo para o incremento do meu saber profissional.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. ECOLOGIA HUMANA: UM PARADIGMA</b> .....	<b>14</b>
1.1 – ABORDAGENS DE OUTRAS DISCIPLINAS .....	15
<b>2. A RELAÇÃO DO INDIVÍDUO COM O AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL</b> .....	<b>19</b>
2.1 – INFLUÊNCIA DO AMBIENTE FÍSICO SOBRE O COMPORTAMENTO .....	21
<b>3. O ESPAÇO AMBIENTAL</b> .....	<b>31</b>
3.1 – O ESPAÇO PESSOAL .....	33
3.2 – A DIMENSÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL .....	40
3.2.1 – <i>A concepção do espaço no desenho das unidades hospitalares</i> .....	41
<b>4. ACERCA DO NASCIMENTO: TRABALHO DE PARTO E PARTO</b> .....	<b>48</b>
4.1 – A EXPERIÊNCIA DO PARTO .....	53
4.2 – A VIVÊNCIA DO ESPAÇO NUMA UNIDADE OBSTÉTRICA: UM EXEMPLO .....	55
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	<b>58</b>
5.1 – TIPO DE PESQUISA.....	58
5.2 – UNIVERSO DE ANÁLISE .....	60
5.2.1 – <i>Caracterização socio-demográfica das participantes</i> .....	62
5.2.2 – <i>Descrição do espaço em estudo</i> .....	63
5.3 – RECOLHA DE DADOS.....	64
5.3.1 – <i>Caracterização dos instrumentos</i> .....	64
5.3.2 – <i>Procedimentos de recolha da informação</i> .....	70
5.4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA INFORMAÇÃO .....	72
5.5 – A QUESTÃO ÉTICA .....	78
<b>6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>79</b>
6.1- HISTÓRIA DA GRAVIDEZ .....	79
6.2- PERCEPÇÃO DO ESPAÇO AMBIENTAL INFLUENCIADA PELA EXPERIÊNCIA ANTERIOR .....	84
6.3 – VIVÊNCIAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	85
6.4 – INFLUÊNCIA DO CENÁRIO COMPORTAMENTAL NA VIVÊNCIA DO NASCIMENTO .....	89
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	<b>94</b>
<b>8. CONCLUSÕES</b> .....	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>113</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>123</b>
<b>Anexo I – Autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados</b>	
<b>Anexo II – Observação: mapa do cenário comportamental</b>	
<b>Anexo III – Consentimento informado</b>	
<b>Anexo IV – Guião da entrevista</b>	
<b>Anexo V – Descrição das observações</b>	
<b>Anexo VI – Unidade de registo: Sinopse das entrevistas</b>	



## **Índice de quadros**

Quadro 1 - A regulação da distância e a interação social

Quadro 2 - Caracterização socio-demográfica e idade gestacional das participantes

Quadro 3 - Guião de observação

Quadro 4 – Síntese das categorias e subcategorias de análise

Quadro 5 - História da gravidez

Quadro 6 - Percepção do espaço ambiental influenciada pela experiência anterior

Quadro 7 - Vivências no trabalho de parto e parto

Quadro 8 - Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento

## **INTRODUÇÃO**

A compreensão do comportamento humano no seu contexto ambiental é uma área que, embora já conte com algumas décadas de intervenção, não tem tido o desenvolvimento que a sua relevância fazia prever.

Sabendo que a acção recíproca entre o ambiente e o comportamento é inegável, o prosseguimento da investigação no estudo do comportamento humano seja no ambiente natural ou construído é do maior interesse para a compreensão de alguns fenómenos nos quais somos protagonistas. Na procura de contributos que evidenciem a referida relação podemos destacar os trabalhos pioneiros de Kurt Lewin (1870-1947), Roger Barker (1968) e, posteriormente, de Harold Proshansky (1970).

O estudo da interacção entre as pessoas e o ambiente físico foi desenvolvido ao longo de dezenas de anos por estudiosos da área das ciências sociais, mais concretamente no âmbito da psicologia, dando origem a várias correntes de pensamento que se enquadram na área de estudo da Psicologia Ecológica e Psicologia Ambiental. Neste contexto de interacção é reconhecido que as pessoas influenciam o ambiente a ponto de o modificarem do mesmo modo que este é capaz de alterar o seu comportamento e influenciar as suas experiências.

O espaço, entendido como uma área na qual o Homem inscreve a sua passagem, é o reflexo da actividade humana no tempo, sendo ele mesmo agente estruturador dessa actividade. Cria-se, assim, uma relação “espaço – homem – espaço” usado e transformado. O espaço surge então como agente de transformação do homem que, à medida que o vai ocupando e usando, também age sobre ele, remodelando-o.

Nesta circunstância, a ideia inicial que nos despertou curiosidade surge ligada ao imaginário da organização e vivência do espaço numa sala de partos. Sendo um momento particular e verdadeiramente desejado pela mulher, ainda que temido, o contexto sócio-físico onde o parto ocorre aparenta ser relevante para um bom desempenho. Para esta constatação contribuem por um lado a convicção de algumas orientações na área da obstetrícia sobre a utilidade da presença de um acompanhante durante o parto e por outro a lei portuguesa que permite, em determinadas condições, que um elemento da família possa partilhar esse momento com a futura mãe. Pretende-se, por meio da investigação, conhecer a dinâmica dessa interacção suscitada pelo uso do espaço.

A pertinência do tema “Vivências do Nascimento: subjectividades da relação pessoa/espaco ambiental” está aparentemente justificada pelo interesse que este assunto tem suscitado no seio de diversos grupos de pesquisa na área das ciências sociais. É com base nas investigações realizadas acerca das relações entre o ambiente e o comportamento humano que nos propomos desenvolver este estudo. Neste contexto, a investigação terá o seu ponto de partida na seguinte questão:

Como é que a parturiente se refere ao contexto físico e social da sala de partos e qual a sua influência em termos do seu bem-estar?

Atendendo ao que acabamos de expor, a presente investigação aponta para o seguinte objectivo:

*“Descrever as vivências de parturientes, no decurso do nascimento de seus filhos, em particular no que concerne à interacção da pessoa com o ambiente físico e social”.*

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Esta opção metodológica baseou-se nas referências dos autores consultados por se revelar mais adequada ao destaque dos processos individuais e à natureza da interacção a que pesquisa se propõe conhecer. Concretamente, fez-se a análise da informação recolhida por meio da observação do espaco em estudo e entrevista a 12 parturientes que se disponibilizaram para colaborar.

Estruturámos o relatório da pesquisa em três partes.

A primeira parte centra-se no enquadramento conceptual ditado pela abordagem das ciências sociais, em particular a Psicologia Ambiental, no que toca à interrelação do comportamento humano e o seu contexto físico. Depois de tecermos considerações gerais a respeito da Ecologia Humana no ponto dois e três procurámos evidenciar as ideias pioneiras dos autores que, na disciplina agora mencionada, despertaram a nossa curiosidade para a investigação. Organizou-se a revisão da literatura dando particular destaque aos temas “relação do indivíduo com o meio físico e social” e “espaco ambiental”. No ponto quatro explanámos os conceitos que enquadram e precedem o nascimento, ou seja, os mecanismos fisiológicos do trabalho de parto e parto.

Na segunda parte do relatório pretendemos identificar os procedimentos metodológicos mais indicados para a realização da pesquisa empírica. Explicámos, incluído no ponto cinco, as opções em relação ao objecto de estudo, à constituição da amostra, à caracterização do instrumento, aos procedimentos para a recolha e análise de dados.

Na terceira e última parte do relatório fez-se a apresentação e discussão dos resultados encontrados na investigação empírica. No ponto seis, intitulado “apresentação dos resultados”, quisémos dar a conhecer, resumidamente, a opinião das participantes por intermédio da análise do seu discurso e a interpretação do seu significado guiada pela questão de investigação. No ponto

sete, designado “discussão dos resultados”, procurámos comparar o produto final com a opinião de autores que desenvolveram estudos direccionados para o mesmo tema.

A conclusão, também enquadrada na terceira parte do relatório, faz o ponto da situação de toda a pesquisa realçando os aspectos mais interessantes e o seu contributo para o conhecimento da relação da parturiente com o espaço ambiental. Também foram mencionadas algumas implicações na prática profissional.

Tratando-se de uma pesquisa que reflecte a curiosidade do profissional de saúde pelo conhecimento dos fenómenos que ocorrem no seu quotidiano escolheu-se uma sala de partos para palco da acção. Desejamos contribuir para a compreensão da relação do comportamento humano em função do espaço de vivência concorrendo, quiçá, para uma maior consciência dos processos implicados na humanização dos cuidados de saúde.

## 1. **ECOLOGIA HUMANA: UM PARADIGMA**

“Existe na História um tempo ecológico, ao lado dos tempos económico, cultural, político...”

(Deléage, 1993:208)

Embora o conceito de Ecologia seja uma ideia relativamente recente o conhecimento do ambiente e a sua influência no ser humano tem despertado grande interesse ao longo dos tempos.

Etimologicamente derivada do grego “*oikos*”, que significa “lugar onde viver”, o termo ecologia foi pela primeira vez empregue em 1868 por Ernest Haeckel na sua obra “History of Creation”. No entanto, apenas no início do século XX se generalizou o uso desta designação na literatura. A afirmação da Ecologia como disciplina foi ocorrendo lentamente. Identifica-se, inicialmente, com a biologia e também com a geografia. Presentemente, a sua ligação às ciências sociais é um facto.

A Ecologia dedica-se ao estudo da relação dos organismos, isolados ou em grupo, com o ambiente (Haeckel, 1870, citado por Hawley, 1966). Considera a vida como um sistema de interdependências dinâmicas atribuindo aos seres vivos a característica de indissociabilidade com o meio. Encontra-se basicamente dividida em duas áreas distintas quanto ao objecto de estudo: autoecologia e sinecologia. A primeira ocupa-se do estudo individual de um organismo ou espécie; a segunda dirige-se para o conhecimento de grupos de organismos associados entre si como uma unidade.

O ecossistema é a unidade funcional básica da ecologia (Odum, 1997). Organismos vivos (comunidades bióticas) e ambiente (abiótico) são ambos indispensáveis à vida e interagem numa influência mútua.

O termo Ecologia Humana apareceu pela primeira vez em 1921, pela mão dos sociólogos, Park and Burgess na sua obra “An Introduction to the Science Of Sociology” (Hawley, 1991:21). Inicialmente o seu significado não era muito claro, como se pode concluir pela leitura dos testemunhos dos autores que então procuravam o caminho desta disciplina emergente. Como nos refere Steiner (1993), para os sociólogos da “Escola de Chicago” o conceito surgiu ligado às preocupações sobre a distribuição espacial de grupos de pessoas, em algumas cidades americanas. Sustentavam então a ideia, mantida durante algumas décadas, que por trás dos comportamentos do

ser humano estava sempre subjacente uma causa de ordem biológica. Com Overton & Reese (1977) surge uma ideia simples e não controversa que define a Ecologia como o estudo da relação organismo /ambiente e a Ecologia Humana como o estudo das relações entre o homem e o ambiente.

Hawley (1991, citado por Steiner e Nauser, 1993:31) defende que a Ecologia Humana é um paradigma cujo significado se baseia em três pressupostos: adaptação, crescimento e evolução. Já Crognier (1994) considera que esta disciplina concentra a sua atenção no estudo da relação dos seres humanos com o ambiente construído quer se trate de influências provenientes do ambiente inerte quer do conjunto dos seres vivos, animais ou vegetais, que sejam seus habitantes.

Aceitando com a opinião de Nazareth (1993) na Ecologia Humana há essencialmente duas questões a realçar: o facto de ser uma nova disciplina eo de representar uma reflexão sobre a sociedade, inserida num determinado contexto ambiental.

Recentemente, Steiner e Nauser (1993) defendem que embora as raízes interdisciplinares da Ecologia Humana assentem na biologia e antropologia cultural, nos dias de hoje, a ancoragem desta disciplina nas ciências sociais parece fazer mais sentido. Esta concepção integradora da Ecologia Humana foi, recentemente, divulgada por Steiner (1993:57) propondo um modelo ao qual atribui a designação de “*human ecological triangle*”. O autor procura assim estruturar uma discussão em torno de um quadro conceptual para esta disciplina. O modelo considera a existência de três níveis de realidade: a pessoa (P), a sociedade (S) da qual a pessoa é membro e o ambiente biofísico (A) no qual (P) vive. Nos vértices do triângulo estão posicionadas as disciplinas que intervêm no panorama de conceitos da Ecologia Humana: A psicologia e a antropologia do espaço estão relacionadas com o vértice “pessoa”; a sociologia e a antropologia cultural com o vértice “sociedade”; finalmente, a biologia e a geografia com o vértice “ambiente”. Os três elementos fazem parte de um todo indecomponível: *pessoa-ambiente-sociedade*.

## 1.1 – ABORDAGENS DE OUTRAS DISCIPLINAS

No âmbito da psicologia as abordagens mais frequentes no estudo da Ecologia Humana baseiam-se na Psicologia Ambiental e Psicologia Ecológica.

A Psicologia Ambiental é um ramo da Psicologia. Centra o seu estudo na percepção dos indivíduos acerca do ambiente que os rodeia, procurando compreender as interações que ocorrem entre ambos. O seu contributo tem-se mostrado relevante na afirmação da Ecologia Humana como

disciplina.

O estudo das relações entre o comportamento e o ambiente remontam há praticamente um século. Inicialmente, a pesquisa dirigiu-se para a percepção de certos estímulos ambientais (o ruído e o calor no ambiente laboral). Posteriormente, em meados do século passado, estudos desenvolvidos por Festinger, Schachter e Back representaram o ponto de viragem na observação do comportamento em função dos estímulos ambientais (Aragonés & Amérigo, 1998). Foi neste contexto que Kurt Lewin<sup>1</sup> (1935) procurou demonstrar que o ambiente é determinante na estruturação do comportamento<sup>2</sup>. Os seus trabalhos pioneiros, difundiram valiosos conceitos que ajudaram a criar as bases teóricas da Psicologia Ambiental. O estudo da “atitude molar”<sup>3</sup> foi uma ideia importante e na qual as pessoas eram vistas como entidades indivisíveis

A par do trabalho desenvolvido por Lewin (1935) surgiu outra interessante intervenção pela mão de Humfrey Osmond e Robert Sommer (Aragonés & Amérigo, 1998). Estes estudiosos dedicaram-se a monitorizar os efeitos que surtia no comportamento a alteração sistemática de elementos físicos do ambiente. Constataram poder melhorar a comunicação entre as pessoas pela redistribuição de peças de mobiliário nos espaços de convívio e reformulação do desenho numa unidade de internamento geriátrico. Em simultâneo, Sommer inicia a sua pesquisa sobre a caracterização do “espaço pessoal” (idem).

Na mesma linha de Lewin (1935) o seu discípulo Roger Barker (1968) desencadeou uma extensa recolha bibliográfica sobre a interrelação ambiente/comportamento, promovendo estudos comparativos em determinados contextos ambientais. Mais tarde, surge Harold Proshansky (1970) que veio a ser o grande impulsionador da organização das bases científicas do ramo ambiental da psicologia, na companhia de William Ittelson (1970). Criaram em 1968, pela primeira vez numa universidade americana, um programa de psicologia ambiental num curso pós-graduado.

Uma das características mais relevantes da Psicologia Ambiental, enquanto disciplina que estuda o ser humano e a suas relações com o ambiente, é o realce que atribui a essa influência considerando-a uma unidade inseparável. Neste ponto de vista existe uma reciprocidade permanente que conduz a relação comportamento/ambiente para o domínio da interrelação: o comportamento promove mudanças no ambiente assim como este influencia e condiciona o comportamento (idem). Esta visão dinâmica do Universo coincide com o abandono da lógica

---

<sup>1</sup> - Kurt Lewin (1870-1947), físico alemão, leccionou-se em Berlim emigrando em 1932 para os Estados Unidos da América, onde foi contemporâneo de Brunswick.

<sup>2</sup> Lewin desenvolve a ideia de que o comportamento (C) é uma função (F) da pessoa (P) e do ambiente (A): logo,  $C = f(PA)$ .

<sup>3</sup> Comportamento molar - comportamento das pessoas considerando-as como entidades indivisíveis

classificativa e descritiva do pensamento Aristotélico que lhe conferia uma natureza estática. Abandonados que foram estes conceitos os fenómenos aparecem com um dinamismo que lhes é próprio de acordo com a sua natureza e individualidade (Lewin, 1931, citado por Sozcka, 2005). Na lógica do pensamento moderno os fenómenos já não são determinados apenas pela essência do objecto. Passou a considerar-se a existência de interações entre o objecto e o ambiente.

Para alguns autores pode-se definir a Psicologia Ambiental como o estudo das interações entre o indivíduo e os espaços físicos. Segundo este ponto de vista os indivíduos e o ambiente exercem uma influência recíproca e à medida que os indivíduos modificam o ambiente o seu comportamento e experiências também são alteradas por ele (Gifford, 1997). Em suma, a Psicologia Ambiental estuda as interações entre os indivíduos e os cenários<sup>4</sup> em que vive.

Bell *et al* (2001:6) definem a Psicologia Ambiental como o estudo das relações molares entre o comportamento e a experiência e o ambiente natural e construído. Consideram que esta disciplina se diferencia dos outros ramos da Psicologia pelo facto de admitir que os métodos naturalistas são mais adequados ao estudo do comportamento no ambiente natural e construído. Isto significa que a compreensão dos problemas em estudo é melhor fora do laboratório. Sustentam que a Psicologia Ambiental é essencialmente caracterizada por:

- i. Estudo das relações entre o ambiente e comportamento como uma unidade;
- ii. Estudo das inter relações entre o ambiente e o comportamento;
- iii. Uma escassa distinção entre a investigação teórica e a pesquisa de campo;
- iv. Um apelo interdisciplinar e internacional;
- v. Uma metodologia eclética (*i.e.* uma grande riqueza metodológica)

A Psicologia Ecológica é uma nova área de investigação do domínio da Psicologia Ambiental. Surgiu pela mão de Kurt Lewin e foi continuada por Roger Barker, seu discípulo. Procura prever o comportamento humano com base na observação do ambiente em que aquele ocorre. Esta disciplina preocupa-se com o estudo do comportamento no contexto molecular e molar, quer do ponto de vista psicológico quer ecológico (Barker, 1968:1). Uma das principais noções da Psicologia Ecológica é a ideia de que a pessoa e o ambiente formam um grupo de factores interdependentes.

O primeiro trabalho desenvolvido nesta área de estudo foi suscitado pela necessidade encontrar

---

<sup>4</sup> -Cenário ambiental (physical setting): contexto físico, ambiente físico



resposta para um problema social que ocorreu durante a 2ª guerra mundial. A problemática em estudo dizia respeito aos hábitos alimentares dos americanos durante esse período. Publicado inicialmente sob o título “*Forces behind food habits and methods of change*” (Lewin, 1943, citado por Soczka, 2005). Logo depois deste episódio Roger Barker, em parceria com Herbert Wright (1955), desenvolveu uma pesquisa no âmbito do comportamento infantil o qual conduziria a um relatório posteriormente intitulado “*Ecological Psychology*”.

Actualmente, alguns autores consideram que psicologia ambiental e psicologia ecológica são designações diferentes para a mesma disciplina, a Psicologia Ambiental. “*Okologische Psychologie e Okopsychologie*” são termos de origem germânica que significam Psicologia Ecológica e Ecopsicologia e correspondem à terminologia anglo-americana para o termo Psicologia Ambiental (Carneiro, 1997). Do ponto de vista da escola alemã, no período posterior à 2ª Guerra Mundial verificou-se um acentuado interesse pelo estudo dos assuntos relacionados com os problemas ambientais e foi nesse período que um grupo de psicólogos criou, com o apoio da “Sociedade de Pesquisa Alemã”, um programa de estudos no âmbito da eco-psicologia baseada no modelo de Roger Barker. Contudo, o que actualmente se entende por Psicologia Ecológica na escola germânica vai para além desse modelo e corresponde à visão actual da escola anglo-americana.

Outros autores consideram que a Psicologia Ecológica é um ramo da Ecologia Humana ou Ecologia Cultural que se ocupa do estudo das relações psicológicas e actividades do homem no ambiente.

*Após uma fase de relativa indiferença pela problemática da ecologia humana, os anos 70 são caracterizados pelo retomar da visão global inicial, acrescida de algumas precisões metodológicas. Por outras palavras, o homem passa a ser considerado como um todo, um sistema de órgão e função, dotado de instintos e de inteligência, com um património genético e cultural inserido num meio que é constituído por elementos bióticos, abióticos e sociais. (...) 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,:882).*

## **2. A RELAÇÃO DO INDIVÍDUO COM O AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL**

*«Os cenários físicos – simples ou complexos - evocam respostas humanas sob a forma de sentimentos, atitudes, valores, expectativas e desejos, e é neste sentido, assim como nas suas propriedades físicas conhecidas que as suas relações com a experiência humana e com o comportamento devem ser compreendidas».*

*(Proshansky, Ittelson and Rivlin, 1970:28)*

O estudo das relações entre o comportamento e o ambiente remontam há praticamente um século. Surgiu quando os psicólogos iniciaram investigações sobre os efeitos de certos estímulos ambientais no organismo (ruído e calor no desempenho laboral). Posteriormente, em meados do século passado, a investigação desenvolvida por Festinger, Schachter e Back representam o ponto de viragem na observação do comportamento em função dos estímulos ambientais. Foi nesse contexto que Kurt Lewin (1935) expandiu a noção de que o ambiente (meio social e não social) exerce uma incontestável influência nos comportamentos. Na mesma linha de Lewin, o seu discípulo, Roger Barker desencadeou uma extensa recolha bibliográfica sobre a interrelação ambiente /comportamento promovendo estudos comparativos em determinados contextos ambientais. Ainda durante este período Osmond (1957) e Hall (1959) desenvolveram pesquisas onde procuraram relacionar o comportamento e o espaço ambiental (Bell et al, 2001).

Na área da Ecologia Humana, e com a finalidade de facilitar a investigação em Psicologia Ambiental, alguns autores recorreram à teoria geral dos sistemas para explicar a relação entre o indivíduo e o ambiente. Seguindo essa linha de pensamento aparece-nos Bronfenbrenner (1979) que explica o ambiente como um conjunto sistemas interdependentes: o “*microsistema*” onde se inclui um primeiro nível relacional, um “*mesosistema*” no qual os vários microsistemas se relacionam, um “*exosistema*” ou seja, estruturas específicas superiores ao mesosistema e, finalmente, um “*macrosistema*” onde se integra a cultura ou microcultura que serve de base aos anteriores subsistemas (Burrillo e Aragonés, 1986).

A questão da influência do meio construído na conduta social veio a despertar interesse em alguns estudiosos que, em meados do século passado teceram considerações a propósito do tema. Posteriormente, Canter (1969, citado por Burrillo & Aragonés, 1986) afirma existirem três formas

distintas de influência: oferecendo estímulos perceptivos, actuando como uma espécie de protecção (contra ruídos, chuva, vento, etc) e por fim, favorecendo ou inibindo as relações interpessoais.

Reforçando as ideias de Canter, Wohlwill (idem) advoga que cada contexto ambiental delimita um dado número de comportamentos; defende também que alguns contextos exercem uma influência específica no comportamento e, finalmente, afirma que o ambiente pode actuar como instigador de determinadas respostas comportamentais. Actualmente tem sido mais aceite a proposta defendida por Barker (1968) na qual o autor afirmava que um cenário comportamental (behavior- setting) é capaz de facilitar ou inibir determinados comportamentos, sendo mais prováveis uns do que outros, mas nunca chegando a determiná-los.

Por ambiente físico entende-se aquilo que é planeado, construído e modificado pelo homem com base numa tecnologia científica em constante evolução e cujos limites ainda não podemos vislumbrar (Proshansky, Ittelson & Rivlin, 1970).

Não tem sido unânime a procura de explicação para o entendimento dos acontecimentos que envolvem a pessoa e o ambiente físico. As abordagens e teorias desdobram-se num encadeamento aliciante e ainda continuam em evolução. Gifford (1997) salienta que o facto de as teorias serem aparentemente discordantes não deverá ser desencorajador para os investigadores. "...each of today's theories in environmental psychology is probably an accurate but partial explanation of human behavior in physical contexts" (idem: 7).

Encontrámos a descrição de seis teorias que procuram organizar e dar sentido às conclusões resultantes da observação da relação pessoa/ambiente: Estimulação, Controlo, Behavior –Setting, Integral, Abordagem Operante e Centradas no Ambiente (Gifford, 1997).

As teorias da estimulação defendem que o ambiente físico é fonte da informação sensorial imprescindível ao nosso bem-estar. Referem-se a estímulos quotidianos tais como ruído, luz, som, cor, calor e também a outros de maior complexidade como outras pessoas, edifícios, ruas, cenários ambientais de rua. Admitem que a estimulação ambiental pode variar de acordo com a quantidade de estímulos presentes e com o significado que têm para a pessoa que a recebe.

As teorias do controlo são um conjunto de conceitos que realçam a importância de o indivíduo ser capaz de ter controlo sobre um determinado nível de estimulação ambiental.

A teoria do "behavior-setting" conceptualiza a existência de padrões de comportamentos consistentes e identificáveis em determinados contextos. Esses comportamentos, denominados "programas", são observados em pessoas que desenvolvem actividades no desempenho de um papel específico. Os proponentes desta teoria, na qual podemos destacar a intervenção pioneira de

Roger Barker (1968), consideram mais importante a uniformidade do que a variabilidade das acções dos que desempenham um dado papel. Esta teoria pretende explicar a relação entre as pessoas e o ambiente, particularmente em termos das características sociais de um contexto (regras, hábitos, actividades e características físicas).

As teorias integrais procuraram defender um modelo que explica a complexidade da relação pessoa/ambiente. As suas abordagens incluem o interaccionismo e o transaccionismo.

A abordagem operante baseia-se nos princípios de Skinner (1938) e defende a modificação do comportamento dos indivíduos em benefício da melhoria das condições ambientais.

Por último, existem as teorias centradas no ambiente. São mais recentes que as anteriores e, embora não ignorem as pessoas, prestam especialmente atenção ao estado e qualidade do ambiente.

## 2.1 – INFLUÊNCIA DO AMBIENTE FÍSICO SOBRE O COMPORTAMENTO

Na sua notável obra, “Principles of Topological Psychology”<sup>5</sup>, a qual viria dar corpo à organização das bases teóricas da Psicologia Ecológica, Lewin (1935) desenvolve a ideia de que o comportamento (**C**) é uma função (**F**) da pessoa (**P**) e do ambiente (**A**) e o princípio de que o comportamento resulta da reciprocidade das relações dinâmicas entre ambos, ou seja:  $C = f(P, A)$ . De acordo com esta ideia, a pessoa e o ambiente formam um conjunto interdependente ao qual o autor deu a designação de espaço de vida<sup>6</sup> ou “*life space*”. Defendia que todo e qualquer acontecimento psicológico depende do estado da pessoa e ao mesmo tempo do estado do ambiente, embora as suas importâncias relativas variem de caso para caso (Lewin, 1935, cit. por Soczka, 2005). Baseando-se neste conceito e ao procurar desenvolvê-lo Lewin deu início ao debate sobre a perspectiva ecológica em Psicologia (Soczka, 2005). O “*campo psicológico*” é assim definido como um conjunto de forças, concebidas vectorialmente, que influenciam o comportamento do indivíduo num dado tempo, abrangendo o subsistema pessoal (P), o ambiental (A) bem como a zona limítrofe que separa as forças psicológicas das não psicológicas (idem).

O espaço de vida (EV) representa o conjunto de características pessoais e as condições

---

<sup>5</sup> A psicologia topológica baseia-se nos conceitos da topologia matemática e da psicologia vectorial. A topologia é um ramo da matemática que se interessa pelo estudo dos espaços não métricos, os espaços topológicos. O seu objecto não é as figuras em si mas a posição que elas ocupam no que se refere à relação da parte com o todo. No espaço topológico não existem distâncias sendo todas equivalentes.

<sup>6</sup> “Life space” designação original atribuída por Lewin.

ambientais necessárias para determinar um comportamento. Portanto, o comportamento é função do espaço de vida. Na ilustração desta ideia Lewin desenhou uma elipse e no seu interior um círculo. O espaço situado no interior do círculo representa a pessoa e o que está entre o círculo e a elipse representa o ambiente (A) da pessoa (P).

Associada a esta ideia aparece a noção de campo psicológico. Dado que a noção de campo surge como uma representação subjectiva do real as experiências perceptivas não podem ser entendidas como sensações isoladas mas sim como um todo cujo significado é substancialmente diferente da mera reunião dos seus elementos constituintes (Soczka, 2005).

A ideia de campo psicológico, espaço de vida ou “life space” como propôs Lewin (1935), é mais do que uma analogia com o conceito de campo utilizado na física que, por sua vez, o vai buscar às raízes do movimento gestaltista. Para o autor a aplicação de leis pressupõe a compreensão de casos individuais não bastando por isso enunciar princípios de acordo com os quais os acontecimentos podem derivar. Nesta circunstância, o “espaço de vida” representa a totalidade das condições pessoais e ambientais susceptíveis de determinar um comportamento. Portanto, o comportamento é uma função desse espaço vital.

Como já referimos, no seu modelo meta teórico, Lewin (1935, citado por Soczka, 2005) considera que as três variáveis (pessoa, ambiente e comportamento) se relacionam criando uma estrutura que gera um *campo de forças* o qual altera sistematicamente as relações que existem no espaço em redor. Assim, qualquer acontecimento psicológico depende do estado da pessoa e do ambiente embora com variações dependentes da situação particular em que ocorre. A propósito desta afirmação Soczka (2005) salienta que, neste caso, o objecto de estudo é o campo de forças como estrutura global e não cada um dos objectos que o constituem. Defende ainda que a “teoria do campo” é, sobretudo, um método de análise e uma matriz particular de hipóteses teóricas globais, ou seja, um modo diferente de ver as relações entre o objecto e o seu meio envolvente (idem).

Depois da construção teórica acerca do campo psicológico Lewin (1935) dedicou-se ao estudo dos grupos. Desenvolve então uma abordagem da ecologia social dos grupos introduzindo o conceito de “*campo de grupo*” ao qual aplica as variáveis sociológicas que o influenciam. Para o autor, os grupos são campos de forças particulares definidos por objectivos, normas e valores próprios, formas de organização, redes de interações e comunicações, determinações peculiares, ou seja, totalidades dinâmicas irredutíveis a uma análise dos indivíduos que compõem os grupos (Soczka, 2005).

Ao considerar-se também defensor da teoria do campo Egon Brunswik (1943, cit. por Soczka,

2005) critica o trabalho de Lewin acusando-o de não valorizar as componentes sociais e físicas (variáveis ambientais) que não se enquadram no campo psicológico do modelo. Como resposta a essas críticas, em 1943, o cientista sistematiza um conjunto de considerações acerca daquilo que considera serem as áreas mais importantes da psicologia: o espaço de vida, os processos físicos e sociais que naquele momento não afectam o espaço de vida e uma zona limítrofe constituída pelos processos físicos e sociais que afectam o espaço de vida naquela circunstância (idem). Supõe-se terem sido estes os motivos que conduziram Lewin no caminho da psicologia ecológica. Na opinião de Soczka (2005), Lewin e seguidores, orientavam-se para uma Psicologia Ecológica com características distintas, centrada no ambiente social dos sujeitos.

Procurando solucionar os desentendimentos conceptuais entre Lewin e Brunswick, Roger Barker (1968), discípulo do primeiro, apresenta um novo modelo de análise. É então que, juntamente com Herbert Wright, desenvolve um brilhante estudo sobre a ecologia do comportamento de uma pequena cidade americana. Foi o primeiro trabalho de Psicologia Ecológica com significado (mencionado no ponto 1.1.,pg.18).

Barker (1968) considera que, do ponto de vista ecológico, uma das características do ambiente é a existência de uma estrutura que lhe é própria. Na investigação que conduziu, citada anteriormente, ao caracterizar o ambiente o autor esclarece que o mesmo é visto como sendo constituído por um arranjo improvável de objectos e acontecimentos que forçam o comportamento de acordo com o seu próprio padrão dinâmico (Barker & Wright, citados por Soczka, 2005). Neste estudo, Barker concluiu ser mais provável a previsão do comportamento, naquele caso de crianças (o seu objecto de estudo), por meio do conhecimento de algumas características do contexto ambiental do que propriamente por meio do conhecimento das actividades por elas desenvolvidas.

A propósito deste fenómeno Brunswick (1952, citado por Soczka, 2005) desenvolve o conceito de circuito ambiental, o qual é posteriormente adoptado por Barker. Ambos investigadores acreditavam que o organismo e os acontecimentos fizessem parte de uma cadeia de variáveis sistematicamente ordenadas em “camadas”. De acordo com o esquema conceptual proposto por Brunswick trata-se de um circuito A-O-A<sup>7</sup>.

De modo a operacionalizar unidades de análise compatíveis com os objectivos de investigação Barker e Wright (1950) deram a estes constructos<sup>8</sup> a designação de *unidades comportamentais*. “Os episódios comportamentais (...) não são uma imposição de divisões arbitrárias do continuum

---

<sup>7</sup> A-O-A: Ambiente - Organismo – Ambiente

<sup>8</sup> Constructo - conceito elaborado com base em dados simples

comportamental (...). Pelo contrário, são unidades naturais do comportamento molar com os atributos de constância de direcção, equipotência entre as partes e alcance limitado” (Barker, 1963, citado por Soczka, 2005).

Depois da publicação da sua investigação Roger Barker (1968) viu a Teoria do “Behavior – Setting” ser rejeitada pela *American Psychological Association*. Posteriormente, a tese viria a ser reabilitada por Kennet Craig (1973, *idem*) na prestigiada publicação *Annual Review of Psychology*. Este teórico, também considerado um dos pioneiros da Psicologia Ambiental, lançava então pela primeira vez uma secção de artigos dedicados à Psicologia Ambiental e na qual apresentava com o devido destaque a “*Psicologia Ecológica de Barker*”. Salientou que, devido muito particularmente à importância que o conceito atribui aos comportamentos humanos que ocorrem naturalmente, seria difícil não dar enorme valor à influência crescente da Psicologia Ecológica na investigação actual (Craig, 1973, cit. por Soczka, 2005). A partir de então, o conceito de “cenário comportamental” passou a ser usado na área de estudo desta disciplina, embora nem sempre entendido precisamente da mesma forma (*idem*).

Como esclarece Soczka (2005), na linha do pensamento de Barker, a finalidade da ecologia do comportamento enquanto área de estudo, é a identificação e descrição dessas unidades comportamentais com vista ao estabelecimento de uma relação com os seus contextos ambientais, de acordo com um modelo teórico integrativo. Acresce ainda que o estudo dos padrões comportamentais tem de ser feito directamente no cenário da vida quotidiana e não em ambiente artificial.

#### Noção de cenário comportamental

Com o propósito de descrever, do ponto de vista ecológico, o modo como os acontecimentos da vida diária sucediam naturalmente, ou seja, sem possibilidade de manipulação de variáveis pelo investigador, Roger Barker promoveu um estudo que tem sido considerado como a investigação mais extensa alguma vez levada a cabo por um psicólogo ambiental (como já citado no ponto 1.1 e 2.1). Decorreu numa pequena cidade da América do Norte onde foi organizado um campo de pesquisa ao qual atribuíram a designação de “Mimes Psychological Research Station”. A pesquisa centrou-se no conceito de “behavior setting” (cenário de conduta ou cenário comportamental). Ao longo de vários anos (cerca de vinte), observaram os comportamentos quotidianos de crianças e fizeram a sua descrição em linguagem comum.

No relatório que viria a constituir um dos trabalhos mais inovadores na área da Psicologia

Ambiental, e mais tarde designado “Ecological Psychology” (Barker, 1968), os cenários comportamentais (behavior settings) são lugares públicos que reproduzem padrões típicos de comportamento. Uma das conclusões mais interessantes dessa investigação, e neste caso relevante, é o facto de o autor ter considerado que certos atributos do comportamento variavam menos entre as pessoas em cada cenário do que entre cenários do dia-a-dia (idem). Partindo do princípio que “todo e qualquer acontecimento psicológico depende do estado da pessoa e ao mesmo tempo do estado do ambiente” (Lewin, 1935 citado por Soczka, 2005:48) constataram que os comportamentos quotidianos das crianças eram gerados não apenas a partir das suas necessidades individuais mas eram fortemente influenciados pelos contextos onde ocorriam. Concluíram, finalmente, que podiam prever melhor o comportamento das crianças observadas a partir do conhecimento dos espaços físicos que elas usavam nas suas actividades de vida do que se atendessem às características individuais de cada uma (idem).

*“O ambiente é visto como sendo constituído por um arranjo improvável de objectos que forçam o comportamento de acordo com o seu próprio padrão dinâmico. Quando no início do nosso trabalho na Estação de campo fizemos extensos registos do comportamento das crianças nos seus cenários de vida reais, de acordo com uma abordagem tradicional centrada nas pessoas, descobrimos que certos atributos do comportamento variavam menos entre as crianças em cada cenário do que entre cenários do dia-a-dia das crianças.*

*Descobrimos, resumidamente, que podíamos prever melhor o comportamento das crianças se conhecêssemos as características das lojas, salas de aula e campos de basquete que elas usavam do que a partir das tendências desta ou daquela criança” (Barker, 1968, citado por Soczka, 2005:58).*

Podemos admitir que a questão essencial da abordagem é considerarmos que o cenário comportamental é entendido como uma entidade em si mesmo: *existe e tem uma estrutura física definida embora mutável ao longo do tempo.*

Na decorrência das pesquisas os cenários comportamentais foram descritos a partir de cinco categorias ou dimensões (Soczka, 2005:60).

- 1 Tempo de ocupação: refere-se ao total de horas que os sujeitos permanecem num dado local por um período de tempo determinado;
- 2 Penetração: está relacionado com o desenvolvimento e responsabilidade dos ocupantes em



relação ao local;

- 3 Padrões de acção: características típicas do comportamento associado ao local em que ocorre;
- 4 Mecanismos comportamentais: características ocasionais do comportamento medidas em função da sua frequência, intensidade e duração;
- 5 Riqueza: mede a variedade de comportamentos possíveis nesse cenário.

Barker (1968) considerou o cenário comportamental a unidade de análise no âmbito da Psicologia Ecológica. Para o autor, qualquer pessoa independentemente do lugar em que se encontre, participa ou é influenciado pela acção. À semelhança de uma peça de teatro, onde o contexto é determinado pelo cenário e pelo palco, o ambiente que nos rodeia também condiciona o nosso comportamento. Os cenários comportamentais são fenómenos híbridos, de natureza ecológica; constituem padrões limitados de actividades humanas controlados por sistemas de forças que mantêm as suas actividades em equilíbrio semi estável. As partes e os processos que compõem os cenários de conduta têm um elevado grau de interdependência interna (cf. Aragonés e Amérigo, 1998:103).

Do ponto de vista Barkeriano cenário o comportamental é entendido como um conjunto natural (*unidade comportamental*) limitado no espaço e no tempo onde ocorrem sistemática e repetidamente certos comportamentos. Acontecem naturalmente como resultado da acção conjunta de um grupo de indivíduos. Ou seja, o cenário comportamental pode ser visto como uma estrutura espacio-temporal que interrelaciona propriedades físicas, sociais e culturais, e onde ocorrem comportamentos comuns e de forma regular (Ittelson *et al.*, citado por Aragonés & Amérigo).

O autor identificou algumas características comuns a todos os cenários comportamentais (Barker, 1968):

- i. Localização determinada;
- ii. Limitação temporal que é gerada e mantida pela dinâmica dos seus ocupantes;
- iii. Limite definido e perceptível, isto é, uma pessoa é capaz de perceber quando participa num cenário comportamental (i.e., quando entra ou sai dele);
- iv. Estabilidade, isto é, possui mecanismos de auto regulação e resposta às perturbações preservando a sua integridade;

- v. São identificáveis por diferentes observadores porque possuem os critérios essenciais para serem reais no verdadeiro sentido do termo;
- vi. Existe uma interdependência entre as acções dos indivíduos que frequentam o mesmo cenário comportamental.

É nessas unidades comportamentais que certos modelos de comportamento ocorrem, habitualmente, com um padrão constante. O autor defendeu que um cenário comportamental se caracteriza, essencialmente, pela existência desses padrões estáveis de comportamento que ocorrem numa circunstância específica: “*standing patterns of behavior-and-millieu*” (padrão de comportamento-e-meio). A designação “*millieu*” refere-se às condições sociais e físicas que rodeiam um acontecimento. Isto significa que, num dado contexto, o indivíduo se relaciona simultaneamente com tudo o que o rodeia, ou seja, com o meio físico e social e com as outras pessoas através das actividades que desenvolve. “*De um ponto de vista estrutural um cenário comportamental consiste em um ou mais padrões de comportamento-e-meio (standing pattern of behavior), com o meio circunjacente e sinomórfico ao comportamento. De um ponto de vista dinâmico, as partes meio-comportamento do cenário comportamental, os sinomorfos<sup>9</sup>, possuem um grau de interdependência entre si que é maior do que a sua interdependência com partes do cenário comportamental*” (Barker, 1968:19).

Na sequência desta afirmação Barker (1968:29) identificou várias fontes de sinomorfia (ie., semelhança estrutural) entre os padrões comportamentais típicos e o meio não-psicológico:

- i. *Forças físicas* – são constituídas por contingências dinâmicas e estruturais do meio físico que, por si só, podem inibir ou induzir certos padrões comportamentais (ex.: num exame público a disposição relativa do júri, do examinando e do público funcionam como indutores de sinomorfias comportamento/meio que são independentes dos indivíduos que se encontram naquele sistema).
- ii. *Forças sociais* - são as influências que estão ligadas a componentes culturais, de papel, de estatuto e organizacionais. As forças sociais podem ser extremamente coercivas.

---

<sup>9</sup> Sinomorfos – elementos estruturais, em interdependência recíproca

- iii. *Processos fisiológicos* – são as estruturas biológicas internas que condicionam as respostas comportamentais dos indivíduos às pressões ambientais (ex.: níveis térmicos, luminosos, sonoros, etc.).
- iv. *Percepção fisiognômica* - a influência coerciva sobre a percepção de alguns estímulos provenientes do meio não-psicológico é um importante factor na moldagem dos padrões de comportamento-e-meio (ex.: manifestação de tristeza num funeral, manifestação de alegria no Carnaval).
- v. *Processos de aprendizagem* – existem aprendizagens de comportamentos que são ajustados pela pressão social a determinados cenários (ex.: processo de aprendizagem de comportamentos pelas crianças).
- vi. *Seleção pessoal* - Existe uma certa afinidade entre o padrão de comportamento-e-meio e o historial do comportamento das pessoas que interagem nesse cenário
- vii. *Seleção pelos cenários comportamentais* - alguns cenários comportamentais possuem requisitos que à partida excluem pessoas cujo comportamento não se adapta ao padrão estipulado nem ao meio (ex.: só a partir de determinada idade os rapazes podem inscrever-se para as equipas de futebol).
- viii. *Influência dos comportamentos sobre o meio* – os comportamentos também podem moldar o ambiente criando sinomorfias (ex.: os carreiros de atalhos que as pessoas traçam nos relvados por não o quererem contornar) (Barker,1968, citado por Soczka, 2005:60).

Resumidamente, um cenário comportamental pode ser identificado por ter uma estrutura física determinada, uma localização fixa (tempo e lugar específico), um padrão repetido de conduta, uma relação congruente entre a conduta e a estrutura física (Burrillo, 1986).

Dando continuidade às conclusões desenvolvidas por Barker e Wrigth (1968), passados alguns anos, Proshansky, Ittelson e Rivlin (1970), três psicólogos cuja intervenção foi relevante no processo de edificação da Psicologia Ambiental como uma nova área de investigação no âmbito das ciências sociais, dedicaram-se ao estudo da influência do ambiente físico no comportamento humano. Numa investigação que veio a ser um símbolo na história desta disciplina os três investigadores empenharam-se no estudo dos comportamentos quotidianos de doentes psiquiátricos tratados em instituições. Tiveram como ponto de partida a convicção de que ao nível da interacção humana, em

qualquer cenário social, o indivíduo reage em primeiro lugar a outra pessoa dedicada a uma actividade específica num dado local do que à solicitação da intensidade luminosa, som, formas, estruturas e objectos: *“Physical settings – simple or complex – evoke complex human responses in the form of feelings, attitudes, values, expectancies, and desires, and it is in this sense as well as in their known physical properties that their relationships to human experience and behavior must be understood”* (Proshansky, 1970: 28).

Por meio da observação directa, manipulação experimental de campo e mapeamento dos comportamentos identificaram mais de trezentos comportamentos distintos que aconteciam em relação com determinados espaços, ao longo do tempo e independentemente dos indivíduos. Partindo da questão *“será que o contexto físico de uma enfermaria psiquiátrica induz padrões de comportamento identificáveis e consistentes nos doentes e profissionais que ocupam e usam o espaço?”*, chegaram aos seguintes postulados:

- i. *“O comportamento humano, relativamente a um dado contexto físico é duradouro e consistente no tempo e de situação para situação; desta forma, podem ser identificados padrões característicos para esse contexto físico*
- ii. *O comportamento humano num dado contexto físico revela diversidades no espaço em qualquer dado momento do tempo, e uma variedade contínua no tempo, para qualquer espaço considerado.*
- iii. *O contexto físico que define e estrutura qualquer situação concreta não é um sistema fechado: as suas fronteiras não são fixas nem no tempo nem no espaço.*
- iv. *O comportamento num dado contexto físico organiza-se dinamicamente: uma alteração numa dada componente do contexto afecta em graus variados, todas as outras componentes do contexto, alterando assim o padrão comportamental característico do contexto como um todo.*
- v. *Quando uma mudança num contexto físico não conduz a um o padrão comportamental até então característico desse contexto, esse comportamento virá a expressar-se num outro tempo e lugar.*
- vi. *A mudança dos padrões comportamentais característicos de um dado contexto físico pode ser induzida pela mudança das estruturas físicas, sociais e administrativas que definem esse mesmo contexto.*
- vii. *O ambiente é um processo activo e contínuo cujas componentes definem e são definidas pela natureza das inter-relações entre eles num dado momento e ao longo do tempo.*
- viii. *Toda e qualquer componente do sistema ambiental interage ou tem relações definidas com toda e qualquer outra componente, por duas vias: a) actua em todos os níveis de funcionamento do sistema; b) é activada por todos os níveis e é alvo das consequências da sua própria acção em termos de mudança da situação ambiental.*

- ix. *O ambiente é único num dado tempo e lugar*
- x. *O estudo dos processos ambientais do ponto de vista de um participante particular nesse processo gera uma situação dicotomizada entre o participante e as restantes componentes do sistema ambiental.*
- xi. *Apesar do carácter único de cada situação ambiental, existem tantas envolventes quantas as componentes a partir das quais os sistemas e os seus processos são observados.*
- xii. *As envolventes de cada componente são neutras do ponto de vista do participante no sistema ambiental, e apenas deixam de o ser em função dos seus desvios em relação a níveis de adaptação característicos dos participantes*
- xiii. *Apesar do participante permanecer em larga parte inconsciente das envolventes do processo ambiental, essas envolventes continuam a exercer uma influência considerável no seu comportamento” (Proshansky, Iltelson & Rivlin, 1970:29, citados por Soczka, 2005:65).*

Nas conclusões desta investigação os autores chamam a nossa atenção para o facto de os referidos postulados evidenciarem a necessidade de se reconhecer que o estudo deste fenómeno é algo complexo necessitando de ser encarado muito para além da procura do paradigma “causa /efeito” das pesquisas em laboratório frequentes nas ciências do comportamento. Outras, acrescentam ainda, conduzem-nos a um ponto já aceite por nós: em Psicologia Ambiental só a abordagem multidisciplinar poderá conduzir a um proveitoso corpo de conhecimentos (Proshansky, Iltelson & Rivlin, 1970).

### **3. O ESPAÇO AMBIENTAL**

“...No mundo, o que percebemos não é nunca a sua realidade, mas apenas a repercussão das forças físicas sobre os nossos órgãos sensoriais” (Kilpatrick, 1961, citado por Hall, 1966 :55).

Espaço ambiental é um campo onde se estabelecem um conjunto de interações permanentes e das quais todos os seus elementos são interdependentes. Ao contrário do que possa parecer, o espaço ambiental não é uma entidade fixa e fechada. É antes, um campo dinâmico cuja existência se define pelas relações que estabelecemos com ele.

O modo como o homem percepção o espaço depende das suas experiências já que toda a informação que recebe da realidade é por ele transformada de acordo com as interpretações que lhe são ditadas pela sua cultura. As relações que o homem mantém com o ambiente dependem simultaneamente do seu aparelho sensorial e da forma pela qual este se encontra condicionado a reagir (Hall, 1986). O espaço e o comportamento são assim vistos de uma forma interdependente. A compreensão desta interação remete-nos para o conceito de cenário comportamental, segundo Roger Barker (1968), como já referimos.

A organização de um espaço conduz à fixação de condutas marcadas pelas interações que se desenvolvem. Portanto, o cenário comportamental traduz-se como uma base topológica de natureza socio-cultural e no interior da qual se desenvolvem condutas marcadas por interações entre as características físicas e os dados culturais próprios de um lugar (Fischer, 1994).

Basicamente, há duas formas de compreender a relação no espaço: a primeira baseia-se numa abordagem funcional e a segunda na experiência vivida.

Do ponto de vista funcional, a relação com o espaço é definida a partir de modelos de necessidades que se considera serem válidos para um determinado grupo ou então por modelos de comportamento determinados pelo modo de organização do espaço. Ou seja, pretende-se mudar as relações entre as pessoas e as condições de vida organizando o espaço de forma diferente:

“...quando se organiza o espaço, age-se de uma certa maneira sobre o comportamento e as relações” (Fischer, 1994).

A experiência vivida é o modo como o indivíduo usa o espaço, como se relaciona com ele do ponto de vista afectivo e cognitivo. Trata-se de compreender o espaço através do resultado de uma vivência que transporta um significado próprio, isto é, individual e social. A vivência do espaço surge como a inscrição dos significados que estão ligados às representações sociais.

Quando falamos de vivência do espaço estamos a referir-nos a uma estrutura imaginária. É a partir do corpo sentido e do espaço ocupado que o indivíduo estabelece uma relação com o ambiente que o rodeia. Nesta relação dinâmica o indivíduo projecta o seu imaginário no espaço interiorizando, por sua vez, os elementos que recolhe dessa experiência.

O espaço vivido, na opinião de Lewin (1935) e como já referimos, estrutura um “campo topológico”. De acordo com as leis da física um espaço não tem existência própria a não ser através das interacções que estabelece. Assim, a ideia de espaço vivido surge a par da noção da interdependência do indivíduo com o meio ambiente. Neste enquadramento, o espaço constitui um campo onde se estabelecem um conjunto de interacções permanentes e das quais todos os seus elementos são interdependentes. A sua existência é determinada não só pelas suas características objectivas mas também pelas qualidades que adquire em função do comportamento humano que nele se inscreve.

Compreender a relação do indivíduo com o espaço vivido remete-nos para os diversos significados que por sua vez estão ligados às suas representações sociais. Define-se assim a característica desta interacção: o espaço e o homem estão em permanente dinâmica relacional, interagindo e modelando-se constantemente. Para Piaget (citado por Fischer, 1994), o espaço é o produto de uma interacção entre o organismo e o meio na qual não se pode dissociar a organização do universo apreendido e a organização da actividade própria.

O estudo da conduta espacial foi introduzido pelo antropólogo Edward Hall (1966) com a publicação do seu trabalho “The Hidden Dimension”. Alguns anos mais tarde, Robert Sommer (1973) divulga outra corrente de pensamento designada “Espaço Pessoal”. Estas duas escolas diferem essencialmente na abordagem metodológica que, no primeiro caso emprega a observação e no segundo a abordagem é experimental.

### 3.1 – O ESPAÇO PESSOAL

Robert Sommer (1973) foi, de facto, o pioneiro no estudo do espaço pessoal. Para o autor, este conceito refere-se a uma área, com limites não visíveis, que circunda o corpo de uma pessoa e na qual não se admite a intrusão de outrem. *“Como os porcos-espinhos da fábula de Shopenhauer as pessoas gostam de ter proximidade suficiente para obter calor e camaradagem, mas distância suficiente para evitar que umas espinhem as outras”* (Sommer, 1973:33). Por conseguinte, o espaço pessoal, que pode ser entendido como um mecanismo de regulação na interacção social tem, simultaneamente, uma função de auto protecção, de regulação da intimidade e de comunicação.

O espaço pessoal é um conceito essencial a considerar na concepção de espaços de interior. Pode ser definido como a área que os indivíduos mantêm em redor de si mesmos e na qual os outros podem intervir sem no entanto lhe causar incómodo (cf. Aragonés e Américo, 1998:105). Só faz sentido falar em espaço pessoal quando a pessoa não está só. Portanto, parece adequado atribuir-lhe também a designação de espaço interpessoal.

Na mesma linha de pensamento Gifford (1997) dá-nos uma visão mais integradora definindo o espaço pessoal como um componente geográfico das relações interpessoais ou seja: a distância e o ângulo de orientação (lado a lado ou frente a frente) entre indivíduos enquanto interagem.

Mais recentemente, Bell et al. (2001) referem-se ao espaço pessoal como uma fronteira portátil e invisível que nos rodeia e os outros não devem ultrapassar. Esta fronteira regula a proximidade com que interagimos com os outros.

O espaço pessoal é algo de que não temos consciência. Contudo, sabemos que esta noção não pode ser considerada apenas uma ideia objectiva pois também implica uma experiência subjectiva.

Considera-se que o espaço pessoal tem, essencialmente, a função de auto protecção, comunicação e protecção da intimidade. A função de auto protecção actua como um amortecedor contra as ameaças físicas e emocionais provenientes dos outros; também funciona como barreira de protecção contra encontros sociais física e psiquicamente incómodos mediante a regulação da quantidade e tipo de estimulação sensorial presente. A comunicação é outra função do espaço pessoal que actua na transmissão da informação acerca da relação que existe entre os intervenientes ao escolherem determinada distância para interagirem. O achado de que o grau de intimidade entre as pessoas, ou seja, a amizade, a atracção física, as suas características físicas, a



aversão que existe entre elas são factores determinantes da escolha da distância interpessoal (Bell *et al.*, citado por Torvisco, 1998).

Na tentativa de explicar a função do espaço pessoal foram propostas várias teorias. Mencionaremos, resumidamente, as mais divulgadas.

A teoria da comunicação não-verbal foi proposta por Hall (1966;1970:16). Para definir o conjunto das observações e teorias referentes ao uso do espaço pelo homem Hall utilizou o termo “*proxémia*”. O autor considera três níveis proxémicos: o *infracultural* que diz respeito ao nível de comportamento espacial cuja organização assenta sobre uma base biológica ou seja, o passado biológico do homem; o *pré-cultural* que se refere aos comportamentos que se relacionam com bases sensoriais e fisiológicas comuns a todos os seres humanos pertencendo essencialmente ao presente; por último, o nível *microcultural* relaciona-se com o nível directamente observável da proxémia ou espaço pessoal. É nesta dimensão que Hall distingue três aspectos do espaço consoante o tipo de organização que apresenta: espaço de organização fixa, espaço de organização semi-fixa e espaço informal.

Segundo Hall (*idem*), o espaço de organização fixa constitui um dos quadros fundamentais da actividade dos indivíduos e dos grupos. Compreende aspectos materiais, ao mesmo tempo que as estruturas ocultas e interiorizadas que regem as deslocações do homem no planeta. Não é apenas a organização visual de uma construção a questão mais importante a considerar. O indivíduo, como refere ainda, transporta consigo esquemas internos de espaço de estrutura fixa, adquiridos no início da vida (*idem*).

A relação entre o espaço de organização semi-fixa e o comportamento foi demonstrada por Osmond em 1957, um médico americano, que teve a curiosidade de estudar a relação entre o espaço e o comportamento. Analisando a disposição dos objectos móveis ou do mobiliário considerou dois tipos de estrutura que claramente interferiam na interacção entre as pessoas. Atribuiu a designação de sociopetal à estrutura facilitadora dessa interacção (espaços circulares, mesas redondas, disposição do mobiliário em círculo) e sociofugal aos espaços que não estimulavam a interacção social. Mais tarde, ao procurar aprofundar alguns contornos da sua investigação recorre ao psicólogo Robert Sommer que, como já referimos, viria a ser o grande impulsionador da ideia de “espaço pessoal”, no sentido de estudar a relação entre a disposição dos objectos e o diálogo entre as pessoas (Hall, 1966).

Para Hall (1966), o espaço de organização semi-fixa ou *espaço informal* pertence à categoria mais importante para o indivíduo porque compreende as distâncias que conservamos no

relacionamento com os outros. O autor considera existirem, essencialmente, quatro distâncias que permitem regular variadas interacções sociais:

A *distância íntima* na qual a presença do outro se torna impositiva e, tal como o nome indica, é uma proximidade que convém não manter em público. Hall considerou dois modos nesta distância: modo próximo (0 a 15 cm) e modo afastado (15 a 45 cm). A *distância pessoal* é aquela que se considera normal entre as pessoas (varia entre 45 cm e 1,25 m). A *distância social* (que pode variar entre 1,25 m e 3,5 m) é considerada a distância profissional. Por último, a *distância pública* ou formal (3,5 m e 7,5 m) é aquela que verificamos, por exemplo, entre um orador e a audiência.

E então porquê quatro distâncias? Na demarcação do seu território o homem utiliza os seus sentidos para distinguir os espaços e demarcar as distâncias. Na realidade, a distância determinada para cada episódio de interacção depende da relação entre os indivíduos, dos sentimentos e das actividades que desenvolvem naquele momento (Hall, 1966).

A sistematização que a seguir se apresenta permite-nos apreciar a riqueza do conceito proposto por Hall (Gifford, 1998; Torvisco, 1998; Bell et al., 2001).

**Quadro 1- A regulação da distância e a interacção social**

Distância		Interacção	Informação sensorial
Íntima	Próxima – 0 a 15 cm	Exprimir emoções fortes; Proteger, hostilizar; Lutar.	O modo básico de comunicação é o toque. A informação sensorial transmitida pelo outro é um fenómeno consciente (i.e., calor, cheiro).
	Afastada – 15 a 45 cm	Murmurar um segredo.	
Pessoal	Próxima – 45 a 75 cm	Casal, amigos de longa data.	A chave da comunicação é a visão e a linguagem falada.
	Afastada – 75 a 120 cm	Interacções sociais entre amigos e conhecidos.	
Social	Próxima – 1,2 a 2 m	Distância usada na interacção de pessoas que não se conhecem ou quando negociam.	A informação sensorial é escassa: a linguagem falada continua a ser o modo de comunicação mas a visão é menos detalhada e o toque não está previsto.
	Afastada – 2 a 3,5 m	Distância típica para a realização de encontros formais.	
Pública	Próxima – 3,5 a 7 m	Distância usada na comunicação entre um orador e a audiência.	Informação sensorial praticamente inexistente. Existe linguagem falada mas a principal fonte de informação sensorial é a comunicação não verbal.
	Afastada – 7 m	Distância usada na interacção com figuras públicas.	

A teoria da privacidade, desenvolvida por Altman (1975) preconiza que a privacidade é um processo de regulação de fronteiras interpessoais de modo a atingir níveis desejados de interação pessoal e grupal: “Privacy is a selective control of access to the self or to one’s group” (Altman, citado por Gifford, 1997:173). Com esta teoria Altman deixa-nos a noção da existência de canais aos quais dá a designação de “*selective control*”, ou seja, a noção de que o acesso pode ser permitido ou negado. Do ponto de vista do autor a privacidade não pode ser encarada apenas como a ausência dos outros. Inclui também o gosto pela interação social. Podemos dizer que a pessoa tem privacidade quando é capaz de escolher entre estar só ou acompanhada (Gifford, 1997).

O modelo proposto por Altman (1975, citado por Américo e Aragonés, 1998) enfatiza o processo dialéctico que se estabelece entre uma pessoa, num determinado momento, e o contexto socio ambiental. A privacidade não é entendida como sinónimo de isolamento mas sim como a busca da interação desejada.

Ao explicar a teoria da aprendizagem social Kirasic (1991, citado por Gifford, 1998) defende que o espaço pessoal tem uma componente cultural não dependendo apenas da nossa herança genética. Aprendizagem social deste conceito ocorre no contexto da interiorização das regras de convivência social, tendo início antes dos dois anos de idade. Por volta dos quatro anos as crianças já conhecem algumas regras sobre o espaço pessoal e adoptam diferentes distâncias interpessoais dependendo da formalidade ou informalidade da situação e do tipo de relacionamento que têm com a outra criança (Gifford, 1997):

- Mantêm-se mais próximo das pessoas que conhecem e afastados dos estranhos;
- Conservam-se em grupo desde que se encontrem num contexto formal como por exemplo a sala de aula;
- Os rapazes mantêm-se mais distanciados uns dos outros do que as raparigas;
- De uma forma geral todas as crianças se distanciam mais de outra que lhe é estranha num ambiente formal do que num informal. Mas, se a outra criança é conhecida a proximidade é maior no contexto formal.

Reflectindo nestas considerações é fácil deduzir que um adulto terá aprendido, ao longo da vida, um número considerável de regras sobre o espaço pessoal que emprega diariamente.

A teoria do conflito-afiliação é recente e ainda está em evolução. Pretende explicar a tendência contraditória que o ser humano tem de se sentir simultaneamente atraído pelos outros ou necessitar de alguma informação e querer manter a sua individualidade isolando-se ou não prestando qualquer informação aos outros.

No ser humano existe uma inclinação natural para manter o equilíbrio em qualquer interação de aproximação ou evitamento que, no entanto, varia de acordo com as circunstâncias. Por exemplo, em qualquer relação há um ponto de equilíbrio que corresponde ao nível de intimidade que as pessoas pretendem manter. Quando o nível de intimidade se torna demasiado grande e o ponto de equilíbrio se altera é possível restaurá-lo mediante comportamentos compensatórios (ie distanciamento físico); se o nível de intimidade é pequeno para restabelecer o equilíbrio será necessário, por exemplo, uma maior aproximação física (Gifford, 1998).

A teoria do stress sugere que tendemos a manter o nosso espaço pessoal de forma a evitar interferências dos mecanismos que desencadeiam stress uma vez que a sua ingerência está relacionada com a maior proximidade (Bell et al., 2001).

A teoria da sobrecarga procura explicar a necessidade da conservação do espaço pessoal como meio de impedir a sobre-estimulação resultante do excesso de informação que nos chega diariamente (idem).

De acordo com os modelos etológicos o espaço pessoal é um processo cognitivo funcionando a nível da evolução das espécies como meio de controlar a agressão intra-espécies, reduzir as ameaças à autonomia e evitar o stress (idem).

Havendo no espaço que nos rodeia uma área à qual se atribui múltiplas funções e significados faz sentido querer conhecer os factores que o influenciam. Esta questão foi estudada por Sommer (1973) nas variadas investigações que desenvolveu concluindo que existem essencialmente quatro categorias onde esses factores condicionantes se podem enquadrar, embora em qualquer situação de defesa do espaço pessoal as diversas influências são activadas simultaneamente. As categorias que se evidenciaram são: pessoais, sociais, físicos e culturais (Gifford, 1998:101).

◆ Factores pessoais que influenciam o espaço pessoal

Facilmente se entende que o espaço pessoal é, em parte, função das características de cada pessoa e da situação específica em que a interação ocorre.

Sabe-se que o género por si só não é um determinante muito importante do espaço pessoal. Habitualmente os pares femininos conservam uma distância menor entre si do que os masculinos; no par homem-mulher a determinação da distância está dependente do grau de intimidade. Uma das possíveis explicações para este acontecimento reside nas diferenças que há nas características da socialização dos indivíduos de acordo com o sexo (Gifford, 1998).

A dimensão do espaço pessoal vai aumentando com a idade e neste caso, aumenta mais nos indivíduos do género masculino (Hayduk, 1983, citado por Gifford, 1998). Embora a cultura possa influenciar a tendência esperada, na generalidade, a partir dos 18 meses as crianças já escolhem distâncias interpessoais e com cerca de 12 anos o padrão aproxima-se do adulto (Gifford, 1998).

Na opinião de alguns investigadores ainda não existem ideias muito claras acerca das relações entre a personalidade e o espaço pessoal. Contudo, estudos revelam já algumas conclusões interessantes. Nas pessoas com uma auto-estima elevada, as mais extrovertidas tendem a escolher distâncias interpessoais mais pequenas; os indivíduos que valorizam a opinião dos outros acerca de si, os mais ansiosos, os que trabalham isolados, os mais competitivos e impacientes habitualmente desejam maior distância (Gifford, 1998).

Nos indivíduos com distúrbios emocionais verifica-se, com frequência, que a delimitação do espaço pessoal ocorre de modo peculiar. Esta visão particular relaciona-se com o facto de a maioria destas perturbações envolverem dificuldades na comunicação e, por conseguinte, problemas no relacionamento interpessoal e processos perceptivos (idem).

◆ Factores sociais que influenciam o espaço pessoal

Na convivência com os outros existem outras condicionantes para além dos pessoais que modificam a percepção do espaço pessoal:

*Poder e status* - A distância interpessoal tende a ser directamente proporcional ao status (Gifford, 1998).

*Medo/Segurança* – A sensação de segurança relativamente a um acontecimento conduz a uma proximidade maior que pode estar relacionada com o medo do desconhecido ou na diferença que existe entre as pessoas e os estereótipos daquilo que é socialmente desejável (idem).

*Atracção* – A atracção das pessoas pelas outras aproxima-as fisicamente. A amizade e a intimidade entre as pessoas reduz a distância interpessoal (Sommer, 2002). O mau relacionamento faz aumentar o espaço pessoal (Gifford, 1998).

*Cooperação/Competição* – Em situações de cooperação os indivíduos habitualmente escolhem posicionar-se lado a lado; já em situações de competição situam-se frente-a-frente (Gifford, 1998).

◆ Factores físicos que influenciam o espaço pessoal

As características físicas de um dado contexto podem modificar a interacção entre as pessoas.

Habitualmente, conservamos distâncias maiores quando estamos sentados do que em pé; a colocação de divisórias num quarto pode diminuir a sensação de isolamento; as pessoas parecem precisar de mais espaço pessoal quando estão num canto (Bell *et al*, 2001). Distâncias pequenas são mais confortáveis quando os espaços são amplos ou há pouca luz (Gifford, 1998).

◆ Factores culturais, religiosos, legais e socio-económicos e que influenciam o espaço pessoal

São vários os estudos que indicam que a cultura é uma condicionante nas necessidades espaciais. Para Hall (1966), nas culturas com elevado contacto sensorial (*i.e.*, mediterrânicas e árabes) nas quais o tacto e o olfacto são modalidades usadas, a interacção entre as pessoas faz-se com distâncias curtas; contrariamente, nas culturas onde o contacto sensorial é menos frequente (*ie*, norte da Europa e Americanas de origem caucasiana) usam distâncias maiores. Contudo, estas características nem sempre se mantêm constantes.

O espaço pessoal tende a ser maior entre pessoas de religiões diferentes (Gifford, 1998).

O espaço pessoal pode também ser influenciado por determinação legal (*i.e.* ordem de um tribunal).

As pessoas pertencentes aos extractos socio-económicos mais elevados necessitam de mais espaço pessoal do que as de camadas sociais inferiores (Torvisco, 1998).

Dada a diversidade que assumem os aspectos relacionais no ser humano compreenderemos que a distância pessoal não seja um espaço estável. Uns dos factores que a faz variar são as características pessoais de cada um e a relação entre as pessoas.

A presente ênfase colocada na temática do espaço pessoal relaciona-se com a relevância que os investigadores lhe têm atribuído como factor mediador na interacção do homem com o ambiente. Dado que o nosso estudo se reporta à interacção em ambientes construídos cremos que a compreensão do tema ajudará nas reflexões sobre os cenários do nascimento em meio institucional.

### 3.2 – A DIMENSÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL

O espaço institucional constitui um universo com características particulares: é habitado temporariamente por indivíduos para a realização de actividades definidas. Goffman define-o como “um lugar de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos colocados na mesma situação, cortados do mundo exterior por um período relativamente longo, leva em conjunto uma vida reclusa cujas modalidades são explícita e minuciosamente reguladas” (Goffman, citado por Fischer, 1994:138). O mesmo autor divide o espaço institucional em função das actividades que desenvolve. E, ao analisar as instituições do ponto de vista sócio espacial, divide-as em totais e parciais. Nas instituições totais o espaço é o meio no qual as pessoas habitam, por tempo mais ou menos prolongado, e desenvolvem a totalidade das suas actividades. Nas instituições parciais o espaço é o meio no qual o indivíduo realiza apenas parte das suas actividades quotidianas.

Grande parte da vida quotidiana das pessoas decorre em espaços institucionais parciais cuja finalidade é por vezes contraditória. No espaço institucional total o indivíduo é englobado numa realidade programada e na qual as suas actividades são, à semelhança dos outros que ali se encontram, condicionadas por um esquema organizativo.

Uma das características que define o espaço institucional é o facto de se construir separadamente do exterior. Esta imagem, que o observador guarda com facilidade, é reforçada pela constante sinalização da interdição de acesso a certos espaços. Estas indicações pretendem reforçar a ideia de o espaço institucional figurar como um universo que não depende do meio exterior. Nas instituições, os sistemas de fecho e delimitação dos espaços representam mecanismos de regulação com o mundo exterior estando as entradas e saídas sujeitas a rituais de passagem (Fischer, 1994).

Do ponto de vista do seu interior a concepção do espaço institucional faz-se de acordo com a função a que se destina. As regras de organização são estabelecidas sabendo que a utilização do espaço se destina para a realização de uma determinada actividade por um número definido de indivíduos. Deste modo, existe uma relação entre os componentes espaciais e a natureza das actividades que o espaço institucional alberga.

Sendo o espaço institucional uma área que se encontra controlada por determinados princípios a sua organização obedece a regras. O espaço institucional só se compreende se o considerarmos

como a expressão de uma estrutura de poder que se difunde no interior desses modelos espaciais (Fischer, 1994:140).

O espaço institucional estrutura-se de acordo com vários níveis de organização que indicam a existência de um espaço controlado: “O espaço institucional só se concebe como um espaço de liberdade vigiada” (Fischer, 1994:141). Assim, o autor considera haver basicamente quatro regras que reflectem a necessidade de ordenação suscitada pelo uso do espaço institucional: nível hierárquico, afectação, proibição de acesso e fruição pontual dos espaços.

A organização do espaço segundo o nível hierárquico estabelece a divisão deste em função do estatuto social do indivíduo que o frequenta. Pretende-se diferenciar os indivíduos que usufruem desse direito de frequência. Estreitamente relacionado com a anterior existe a regra da proibição de acesso que determina a permissão para a frequência de determinado espaço apenas a um grupo de indivíduos.

A fim de melhor exercer o controlo individual na instituição existem as regras de afectação. Estas definem exactamente qual o lugar de cada indivíduo naquele espaço.

Por último, o direito de fruição pontual dos espaços explicita a permissão para a ocupação de certas zonas, em momentos precisos, de acordo com a actividade que aí se desenrola (Fisher, 1994).

### **3.2.1 – A concepção do espaço no desenho das unidades hospitalares**

Em termos conceptuais o desenho dos hospitais nos dias de hoje pouco se assemelha aos de antigamente. As longas enfermarias concebidas para albergar os indigentes passaram a atender indivíduos provenientes de todos os estratos sociais. Os extensos compartimentos deram origem a salas de prestação de cuidados de dimensões mais reduzidas. A estruturação do espaço passou a ser compartimentada, dispondo de várias áreas com funções diferenciadas.

A nova concepção do espaço hospitalar caracteriza-se, primordialmente, pela redefinição da cultura organizacional. Actualmente, os hospitais são organizações complexas cuja função não se limita exclusivamente à execução do acto médico. São instituições com um sistema de cuidados médicos e de enfermagem organizados de forma a proporcionar atendimento permanente, oferecendo um conjunto de serviços a indivíduos que requerem cuidados de saúde diferenciados (Ferreira, 1989). Segundo este ponto de vista, a arquitectura do espaço hospitalar deve ser concebida em função da sua finalidade última: ser usado para fins terapêuticos ou seja, acolher as



peessoas em condições que sejam favoráveis à sua assistência e tratamento. A criação de espaços terapêuticos deve estar de acordo com a diversidade de situações clínicas respondendo às necessidades de cada grupo de clientes.

Partindo do princípio que o espaço institucional é idealizado a pensar na vantagem que terá para o seu utilizador seria de esperar alguma maleabilidade. Mas, ao contrário, o espaço institucional tem carácter normativo, impondo um conjunto de regras que devem ser cumpridas pelos seus utilizadores. O espaço institucional baseia-se assim num princípio de ordem esperando que os indivíduos se adaptem às exigências da organização (Fischer, 1994).

Porém, o desenho de ambientes cuja finalidade é a promoção da saúde deverá obedecer a algumas características específicas:

- Terem estruturas permanentes que regulem o comportamento;
- Possuírem estruturas que estimulem de modo latente o comportamento saudável de forma a serem entendidas como espaços para uso permanente;
- Serem estruturas que permitam liberdade, operatividade e expansão dos comportamentos saudáveis do indivíduo (Aragonés & Amérigo, 1998).

Procurando esclarecer a influência do contexto físico e espacial na recuperação dos doentes Shumaker e Paquegnant (1989, citados por Aragonés & Amérigo, 1998) explicaram os efeitos que a organização social e espacial pode ter sobre o processo terapêutico. Ao reconhecer que a concepção espacial das unidades hospitalares pode conter elementos indirectamente estressantes para os seus ocupantes, afirmam que de uma melhor organização dos espaços resultará uma maior eficácia terapêutica.

Vários estudos sustentam alguma uniformidade nos princípios orientadores e desenho das unidades de internamento. Em termos de funcionalidade parece consensual que as áreas de trabalho e de tratamento de enfermagem devem ser centrais e próximas entre si e dos doentes que necessitem de maior vigilância e cuidados permanentes. As áreas reservadas aos doentes menos dependentes ao serem distanciadas das salas de enfermagem perdem a vigilância mas ganham privacidade. As áreas de apoio e lazer visto serem tendencialmente ruidosas deverão ser afastadas dos quartos. Sabe-se que a sobredensidade e o ruído são aspectos que não são abonatórios da função terapêutica das áreas de internamento.

A realização de pesquisas com a finalidade de concluir quais as características mais importantes a considerar no desenho do interior de uma instituição hospitalar dá-nos a conhecer as seguintes recomendações:

- As diferentes partes do edifício devem permitir uma diferenciação visual evidente; a distinção das áreas pode ser feita por meio de cores ou por meio da textura dos materiais;
- Deve ser feita uma clara indicação do uso a que está destinada determinada área;
- É desejável que as salas de internamento proporcionem alguma intimidade;
- Recomenda-se a utilização de cores para sinalizar diferentes actividades e espaços;
- Os materiais devem ser variados de modo que proporcionem experiências visuais e tácteis variadas;
- A iluminação deve ajudar à definição dos diferentes espaços;
- Aconselha-se a existência de espaços que favoreçam a interacção social considerando a existência de zonas para a realização de actividades colectivas;
- É desejável que a privacidade seja um aspecto relevante conduzindo à criação de espaços onde o paciente possa contactar intimamente com os familiares (cf. Aragonés & Américo, 1998:246).

Ainda a propósito dos elementos a considerar no processo de planificação do desenho hospitalar, tendo em mente a sua finalidade terapêutica, é relevante atender às funções da instituição hospitalar. Sendo o hospital um serviço público cuja finalidade é assegurar cuidados de saúde a toda a comunidade, as suas características estéticas devem promover a comodidade, intimidade e repouso das pessoas, proporcionando facilidade no acesso e circulação; na sua relação com os visitantes é desejável que seja reconhecido como uma instituição que desempenha o papel para que foi concebido.

O desenho das unidades de saúde deve ser entendido como facilitador da interacção e do coping ao stress. Será pois importante atender às características dos utilizadores a fim de que o desenho possa ser promotor da sua interacção. Dada a sua natureza terapêutica deve obedecer a determinados requisitos procurando satisfazer as necessidades clínicas e de conforto dos doentes bem como do desempenho da sua equipa de profissionais: a funcionalidade, a flexibilidade e o conforto serão aspectos a ter em conta. O aspecto estético, muitas vezes desconsiderado devido a constrangimentos financeiros, é bem mais importante do que é habitual supor-se. Estudos divulgam que quando a relevância do desenho é desconsiderada o bem-estar dos doentes pode alterar-se influenciando os seus padrões fisiológicos. Esta interferência traduz-se em prolongamento do período de internamento e consequente aumento da ansiedade, insónia, alterações nos valores da pressão arterial e maior ingestão de medicamentos.

Dado que a organização do espaço hospitalar se torna uma tarefa complexa devido à necessidade de conciliar o desenho do ponto de vista funcional e atender às exigências de ordem terapêutica que naturalmente se impõem, passamos a mencionar algumas características que na opinião de diversos autores, deverão ser consideradas na concepção de ambientes de saúde (Figueiredo, 2005).

◆ Privacidade

Além do ponto de vista terapêutico, a conceitualização da privacidade em termos de organização espacial é outro aspecto interessante. Uma questão de relevo no desenho de espaços de interior é a privacidade que estes são capazes de proporcionar.

No seguimento dos estudos efectuados por Altman, Archea (1997, citado por Américo & Aragonés, 1998) defende que os aspectos ambientais são relevantes no estudo da privacidade. O autor considera que a privacidade é basicamente um processo de distribuição da informação, sendo a regulação do acesso visual (capacidade para inspeccionar o ambiente) e a exposição visual (capacidade de exposição à vista dos outros) dois elementos chave na obtenção de privacidade (Américo & Aragonés, 1998). O conceito de privacidade do ponto de vista de Altman (1975) contém duas importantes ideias: uma remete-nos para a noção de que o indivíduo necessita isolar-se dos outros; a outra conduz-nos à necessidade da personalização de espaços a fim de informarmos os outros acerca de nós mesmos. A privacidade apresenta-se assim como um processo dinâmico “openness/closedness to others” (Altman & Chemers, 1980).

Por sua vez, o espaço também se pode diferenciar em função do grau de privacidade que oferece. Zinering (1982, citado por Américo & Aragonés, 1998) considerou três tipos de espaços de acordo com o grau de privacidade que proporcionam: espaços privados quando permitem um elevado grau de privacidade (quartos de dormir, casas de banho, automóvel); espaços semi-privados (salas de espera ou de reuniões, refeitórios) e espaços públicos (centros comerciais, ruas, restaurantes, cafés).

Importa referir também, que diversos estudiosos têm demonstrado que existe uma relação de causa/efeito entre as condições ambientais das instituições hospitalares e o grau de satisfação e recuperação dos doentes (Osmond, 1957; Wolfe, 1975; Proshansy, 1978, citados por Américo & Aragonés, 1998). Por outro lado, a propósito dos factores que interferem no bem-estar dos doentes vários autores consideram que a ausência de privacidade, o desenho arquitectural inadequado e os estímulos múltiplos contraditórios actuam em desfavor da sua recuperação.

◆ Cor

Sabemos que a percepção do espaço pode ser influenciada pela cor. Alguns estudos comprovam que as cores mais claras quando aplicadas a espaços de pequenas dimensões dão a percepção de grandeza. Pensa-se também que esquemas de cor podem ter efeitos terapêuticos. Marberry e Zagon (1993, citados por Figueiredo, 2005) ao estudarem as respostas humanas à cor chegaram a alguns resultados interessantes.

Azul: caracteriza-se pelas suas qualidades relaxantes e apaziguadoras. A sua utilização está indicada nas unidades de tratamento de pessoas com distúrbios do sistema nervoso, cefaleias, síndromes hemorrágicas porque a sua temperatura é fria;

Amarelo: define-se pelas suas qualidades na melhoria do humor;

Vermelho: caracteriza-se por transmitir energia aumentando a excitabilidade e a pressão sanguínea;

Verde: é conhecida como possuindo propriedades curativas;

Violeta: define-se pelas suas qualidades meditativas. Promove sentimentos de calma e reduz o stress.

É provável que a cor influencie a qualidade do ambiente terapêutico. Na opinião de Caetano (1980), deve preferir-se cores suaves e repousantes para as enfermarias (bege ou verde claro). Nas áreas de internamento para doentes com síndromes neuróticas ou febris será preferível recorrer a combinações de azul e verde. Estas duas cores devem, contudo, ser evitadas nas unidades de tratamento intensivo visto dificultarem a observação da coloração da pele. Em espaços para crianças e idosos prefere-se as cores vivas. O chão deve ter uma tonalidade castanha ou vermelho escuro visto proporcionar uma sensação de tranquilidade e segurança.

◆ Iluminação

A iluminação é um factor ambiental essencial ao desempenho nas unidades hospitalares. Uma iluminação adequada promove uma boa visibilidade em relação à cor, forma, textura e dimensão dos objectos. Favorece também melhores condições de observação dos doentes. A qualidade da iluminação deve ser ajustada às necessidades dos profissionais e características dos utentes.

Num ambiente de trabalho a luz deve ser preferencialmente indirecta. Quando, de acordo com as tarefas a executar (actos cirúrgicos, partos), houver necessidade de luz directa esta não deve

produzir calor nem sombra. Em suma, o desenho de iluminação deve ser projectado de acordo com as características físicas, função do espaço e uso a que está destinado.

As janelas constituem uma importante fonte de iluminação. Além disso, são conhecidos os efeitos terapêuticos da iluminação natural. Também são um excelente escape promovendo a continuidade com o meio exterior. Permitem ver as pessoas que passam, conhecer as condições atmosféricas e, além disso, contribuem para a ventilação dos espaços. No hospital a existência de janelas é uma exigência terapêutica. Alguns autores referem que as salas de internamento cujas janelas sejam viradas para bonitas paisagens promovem um ambiente favorável a uma melhor e mais rápida recuperação.

Ulrich (1984, citado por Butchart, Lyon & Carr, 2006) revelou que os pacientes cuja cama se encontra situada próximo de uma janela que proporcione uma vista agradável podem ter uma recuperação mais rápida e necessitar de menor intervenção no que respeita a ministração de terapêutica e de cuidados.

#### ◆ Temperatura e humidade

A adequação da temperatura nos espaços terapêuticos é um factor que deve ser considerado do ponto de vista da fisiologia do ser humano. Os recém-nascidos, os idosos e os doentes acamados ou com diminuição da actividade física têm necessidades térmicas às quais será preciso atender. A regulação da temperatura do corpo humano é controlada no hipotálamo, por meio de um mecanismo de feedback. É por intermédio da pele que o cérebro recebe a informação que necessita para executar o mecanismo da termoregulação. Daí a importância de manter estável a temperatura exterior nos espaços terapêuticos (entre 21/ 24° C e 50 /60% de humidade).

#### ◆ Ventilação

Associado ao controlo da temperatura está a ventilação dos espaços terapêuticos. Na opinião de Caetano (1980) a ventilação pode ser natural desde que o pé direito, a orientação da construção e a direcção dos ventos dominantes proporcione as condições desejáveis para um arejamento eficaz. Deste modo, a qualidade do ar é assegurada pela garantia da ventilação não cruzada, pelo controle microbiano, pela existência de locais de entrada de ar filtrado e pela recuperação do calor.

O controlo da qualidade do ar nos espaços hospitalares é uma medida importante para evitar infecções nosocomiais que são causa frequente de mortalidade em doentes idosos, crianças ou cuja imunidade se encontra enfraquecida.

◆ **Mobiliário e materiais**

O mobiliário representa também um importante factor no condicionamento do comportamento humano nos espaços institucionais. De um certo modo, o mobiliário e a decoração são elementos estruturadores do cenário num ambiente terapêutico. Devido à sua fácil mobilidade podem ajudar a organizar o espaço construindo ambientes facilitadores da interacção (sociopetal) ou promotores da individualidade (sociofugal).

Actualmente existe uma vasta gama de mobiliário para instituições hospitalares cuja versatilidade se adequa a variados usos. A utilização de objectos decorativos nas unidades de tratamento pode ser considerado como um meio de promover a humanização dos espaços. No entanto, a escolha dos materiais deve obedecer a critérios comprovadamente credíveis. Não é aconselhável a utilização de objectos decorativos em metal devido aos riscos resultantes da criação de campos electromagnéticos.

Os materiais a utilizar no revestimento do chão e paredes devem promover não só o conforto e enquadramento estético mas também o isolamento térmico e acústico bem como facilitar a higienização de ambiente. Além dos já citados há outros aspectos a considerar: a segurança dos utilizadores, a resistência anti microbiana, a facilidade de limpeza e a resistência ao desgaste.

Ainda regressando à importância da regulação espacial na concepção dos desenhos de interior é interessante mencionar a sua interferência nas interacções sociais. A relação das pessoas com o espaço que as rodeia deve ser entendida de uma forma dinâmica. Existe uma interdependência entre o espaço e a relação que estabelecemos com ele. É essa característica que lhe dá existência. Podemos então afirmar que o espaço é vivido na medida em que o indivíduo é capaz de projectar sobre ele o seu imaginário e recolher a informação que considera ser-lhe útil (Fischer, 1994).

#### 4. ACERCA DO NASCIMENTO: TRABALHO DE PARTO E PARTO

“Os primeiros seres vivos eram aquáticos antes de se terem tornado terrestres. O mesmo sucede ao descendente do homem, cujo primeiro nicho ecológico é o ventre da mãe.”

(Lamy, 1996:45)

Para ajudar a compreensão do fenómeno “*vivências do nascimento*”, considerou-se oportuna uma breve abordagem da fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral do trabalho de parto e parto. Na exposição foi utilizado o ponto de vista de Graça (2005).

O útero, é um órgão que integra o sistema reprodutor situando-se na cavidade pélvica. A sua função é albergar o ovo fecundado, permitindo que ele se desenvolva, e expulsá-lo quando obtiver a maturidade. Este órgão, é composto por três camadas distintas. A camada intermédia, também designada por miométrio, é responsável pelo desencadeamento das contracções, tendo para tal, uma organização celular específica. As células miometriais comunicam entre si por meio de uniões célula a célula, gap junction. Estas ligações, que aparecem no final da gravidez, voltando a desaparecer 24 horas depois, estão alinhadas de modo a facilitar a passagem dos impulsos eléctricos.

O miométrio é um músculo liso. As suas fibras têm uma estrutura própria que permite a adaptação do útero à forma e posição do feto. O modo como estão organizadas estas fibras musculares confere-lhe grande flexibilidade e permite-lhe a contractilidade, mesmo quando o feto é grande e a posição não é a mais favorável.

A contracção da fibra muscular é conseguida, essencialmente, devido à interacção de duas proteínas: actina e miosina. A contractilidade é uma propriedade inerente ao músculo liso, em geral, e ao miométrio em particular. Segundo o autor, o útero consegue permanecer, em 99% das gestações, praticamente sem dar sinal da sua actividade contráctil. A passagem deste estado de inactividade para a actividade contráctil, característica do trabalho de parto, não está ainda totalmente explicada. A contracção uterina é involuntária, intermitente e responsável pela: dilatação do canal cervical, descida do feto e sua expulsão; expulsão da placenta; hemostase dos vasos sanguíneos. Inicia-se junto dos cornos uterinos e caracteriza-se por ter um triplo gradiente

descendente: é mais intensa e mais duradoura no fundo uterino e tem uma propagação descendente. Graficamente, a sua configuração assemelha-se ao desenho de um sino, sendo o ramo descendente menos inclinado que o ascendente. Cada contracção apresenta três fases: a fase de crescendo, durante a qual a intensidade da contracção aumenta; pico da contracção é a fase na qual esta atinge a intensidade máxima; fase decrescente corresponde à diminuição da intensidade da contracção.

Quando a contracção uterina atinge uma determinada intensidade ela é perceptível à palpação. Nesse momento, a mulher já refere dor, sendo, no entanto, a sua expressão variável de acordo com o limiar individual. A cada contracção segue-se um período de relaxamento da actividade uterina. Este intervalo, que é imprescindível, permite que a mãe se recomponha do gasto de energia. Possibilita também, que o feto receba a quantidade de oxigénio adequada às suas necessidades visto que, durante a contracção e devido à compressão dos vasos pelas fibras uterinas, o fornecimento não tinha sido o desejável.

Ao longo do trabalho de parto, o útero assume algumas modificações na sua estrutura que lhe permitem levar a cabo a sua função. Distinguem-se assim duas partes: o segmento superior e uma porção inferior, que ainda se subdivide em segmento inferior e colo. Durante a contracção, e por meio da palpação abdominal, os dois segmentos podem ser distinguidos: o primeiro, contrai-se activamente e é mais espesso, pois nele se concentra grande parte das fibras musculares; o segundo, que se desenvolve à medida que a gravidez progride, distende-se ao longo do trabalho de parto a fim de dar passagem ao feto. Além de anatómica, a diferença entre estas duas porções é também fisiológica: o segmento superior ao contrair-se torna-se mais espesso e expulsa o feto; a porção inferior (segmento inferior e colo) dilata-se, para formar o canal de parto.

O trabalho de parto é definido por Graça (1996) como o conjunto de fenómenos que, uma vez postos em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Clinicamente, considera-se que o trabalho de parto se inicia quando se instalam contracções uterinas dolorosas e o colo modifica-se, começando a dilatar-se. Divide-se em três períodos distintos:

- Primeiro estágio ou *dilatação*, inicia-se com a primeira contracção verdadeira e termina com a dilatação completa do colo do útero;
- Segundo estágio ou *período expulsivo*, tem início quando o colo do útero atinge a dilatação completa e termina com a expulsão do feto;
- Terceiro estágio ou *dequitação*, inicia-se com o nascimento da criança e termina com a



expulsão da placenta.

No primeiro estágio ou etapa de dilatação há ainda a considerar duas fases: latente e activa. Considera-se a primeira fase desde o início do trabalho de parto até ao apagamento do colo do útero, ou seja, até existir uma dilatação de 3 a 4 centímetros. A fase activa inicia-se, terminando com a dilatação completa do colo e a instalação do período expulsivo.

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

Para a maioria das mulheres cujo parto é eutócico<sup>10</sup> a vivência da dor é uma sensação incomparável que algumas poderão relembrar toda a vida. Um grande número de parturientes pode vivenciar a dor de forma muito intensa. Daí que no quotidiano da sala de partos seja frequente ouvir expressões que revelam a intolerância à dor e o desconforto pela dificuldade na obtenção de alívio.

Melzack e Wall (1982) revelaram os resultados de uma pesquisa acerca da dor no trabalho de parto. Puderam demonstrar que esta sensação é uma das mais intensas que ocorre durante o trabalho de parto e uma das mais severas que o ser humano pode experimentar. Para tal, efectuaram a colheita de dados por meio de aplicação do Questionário McGill<sup>11</sup>. Os resultados deste estudo deram a conhecer que, para 25% das primíparas<sup>12</sup>, a dor foi classificada como “horível, atroz”; o mesmo atributo foi apenas escolhido por 9% das múltiparas. Concluíram que as dores de parto têm maior significado para as primíparas do que para as múltiparas.

Embora constituindo um mecanismo fisiológico, e por conseguinte necessário, a dor do trabalho de parto não é isenta de consequências. Poderá ser prejudicial para a mulher e para o feto, dependendo, no entanto, do modo como é vivenciada. A dor no trabalho de parto pode mesmo transformar-se numa experiência pouco gratificante e até conduzir a transtornos emocionais com

---

<sup>10</sup> Parto eutócico – parto normal, por via baixa.

<sup>11</sup> Questionário McGill – Organizado por Melzack e McGill, fundamenta-se na adjectivação pormenorizada da dor, destinando-se a determinar as suas propriedades.

graves consequências psicológicas para a parturiente. Estas perturbações emocionais podem afectar o início da relação precoce com o bebé e provocar alterações na vida sexual da mulher, motivadas pelo receio de nova gravidez.

De acordo com os autores anteriormente citados, a dor desencadeada pelo trabalho de parto e a ansiedade que ela gera influenciam o funcionamento do aparelho respiratório e cardiovascular. Além disso, a descarga de catecolaminas<sup>13</sup> que ela provoca conduz a um aumento do metabolismo e do consumo de oxigénio. Este aumento, desencadeia acidose metabólica<sup>14</sup>, que 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. Ora, tal alteração transitória, pode ser agravada por uma actividade uterina desordenada motivada pela reacção da parturiente à dor. Esta situação contribui para causar hipóxia fetal que poderá trazer consequências de grande gravidade para o feto.

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 contracções uterinas. Pensa-se que a sua percepção se deve essencialmente à dilatação, distensão e estiramento do colo uterino e peritoneu adjacente. Graça (2005) defende que, de acordo com vários estudos, a participação do corpo uterino na génese da dor é aparentemente limitada. Os estímulos dolorosos provenientes do colo e segmento inferior do útero, são transportados por fibras sensitivas que vão formar o plexo uterino.

A dor no trabalho de parto é do tipo visceral. Tipicamente, é caracterizada pelo facto de ser percebida na área cutânea que se localiza na zona correspondente ao órgão em que teve origem. No início da primeira etapa do trabalho de parto, a mulher percepção a dor como uma sensação de mau estar, localizada na zona lombar, fossas ilíacas e hipogastro. A localização desta sensação corresponde ao estímulo doloroso iniciado a nível dos nervos espinhais torácicos (11º e 12º). À medida que o trabalho de parto progride a dor torna-se mais intensa, localizando-se agora numa

---

<sup>13</sup> Catecolaminas – Composto químico derivado de um aminoácido. É libertado pela glândula supra-renal em situações de stress psicológico e hipoglicemia. As mais abundantes são: adrenalina, noradrenalina e dopamina.

<sup>14</sup> Acidose metabólica- corresponde à alteração do equilíbrio ácido-base do organismo, caracterizando-se por uma acidez excessiva no sangue e conduzindo a uma maior concentração de dióxido de carbono.

área mais extensa. Assim, a sensação dolorosa corresponde aos segmentos dos nervos espinhas T10 e LI, ou seja, abrange a região infra-umbilical e lombo-sagrada. A enervação sensitiva do canal de parto é garantida pelo nervo pudendo que, por sua vez, é formado pelas raízes anteriores do 2º, 3º e 4º nervos sagrados.

Na segunda etapa do trabalho de parto, a percepção da dor, adquire características ligeiramente diferentes. A produção de estímulos nociceptivos torna-se menor logo que o colo do útero atinge a dilatação completa. Embora a contração do corpo do útero e o estiramento do segmento inferior continuem produzindo dor, novos estímulos se lhes juntam. A dor, que tem agora origem nas áreas de enervação do nervo pudendo, é desencadeada por estímulos relacionados com a compressão exercida pela apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, a distensão do períneo e do canal de parto. Além disso, também interferem os estímulos resultantes da compressão das estruturas viscerais pélvicas (bexiga, recto, uretra), tracção do peritoneu parietal e compressão das raízes do plexo lombo sagrado. Nesta fase é frequente a mulher referir dor na área perineal e nos músculos coxais motivada pela pressão exercida pela apresentação. Quando o período expulsivo se aproxima, a dor na área perineal passa a ser a causa mais importante de incómodo para a mulher.

O sentimento, generalizado entre os ocidentais, de que o sofrimento no acto de parir era um castigo que todas as mulheres tinham de sofrer até ao fim da sua existência está hoje abandonado. Estas concepções, não são mais do que representações das dores do parto e o seu significado iniciático.

A primeira tentativa de promover o alívio da dor durante o trabalho de parto, foi protagonizada por Simpson, em 1847. Este médico, utilizou éter a fim de anestesiar uma mulher cujo trabalho de parto se havia complicado. Desde então, têm sido consideráveis os progressos registados nesta matéria. Actualmente, ao compreender-se melhor a fisiologia da dor durante o trabalho, tem-se melhorado significativamente os cuidados à parturiente. Conhecem-se vários métodos que procuram proporcionar uma melhor qualidade na vivência de todo o processo do trabalho de parto. De uma forma geral, todos eles pretendem promover o bem-estar materno-fetal direccionando a atenção da parturiente para a colaboração e participação activa no parto. Por outro lado, obtendo um ambiente seguro e equilibrado a mulher estará decerto mais receptiva a iniciar a relação, que se quer precoce, com o recém-nascido.

#### **4.1 – A EXPERIÊNCIA DO PARTO**

A experiência de um acontecimento significa que o vivenciámos no tempo através de determinada situação. Não existem duas formas iguais de sentir a realidade. Cada ser humano experimenta a realidade de um modo subjectivo, ou seja, o mundo torna-se real quando entramos em contacto com os acontecimentos e adquire significado pelo modo como o interpretamos. A interpretação é indispensável à compreensão de uma experiência. É como se, ao procurar compreender uma experiência, houvesse uma suspensão de si próprio que permitisse ver a realidade estando fora dela (Patton, 1990).

Sabemos que cada pessoa experiencia a realidade de forma subjectiva ou seja, ela é o resultado da interpretação que faz dos acontecimentos. É através dessa interpretação que o que o mundo adquire sentido sendo indispensável à compreensão da experiência. O significado que as pessoas atribuem às suas experiências, bem como o modo como as interpretam, são elementos essenciais à própria experiência e não apenas acidentais (Bogdan & Biklen, 1994).

Se pensarmos no nascimento apenas em função do ponto de vista biológico, reduziremos o parto ao acto da separação física de dois seres vivos que estiveram numa situação de interdependência (Soifer, 1986). Contudo, o fenómeno do nascimento, além de acto biológico é também um acontecimento social que define uma nova identidade no papel feminino e estabelece um conjunto de relações com carácter substancialmente diferente entre a mulher, o progenitor e restantes membros da família (Kitzinger, 1996).

A experiência de dar à luz é fundamental para a vida de uma mulher. Anos depois do nascimento do bebé, ela lembra-se precisamente dos pormenores do trabalho de parto e das sensações quando a criança nasceu (Kitzinger, 1996). Embora tenhamos muita curiosidade em compreender as várias dimensões que envolvem o fenómeno certo é que, cada mulher tende a viver aquele momento de uma forma singular que é expressão da sua experiência de vida.

Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) analisam a opinião de vários autores sobre a experiência de parto revelam que a maioria das mulheres descreve “um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da sua experiência de gravidez e parto”. De uma forma geral, ao falarem da gravidez, o parto não sobressai como o acontecimento mais importante. No entanto, o primeiro contacto com o recém-nascido é referido como um momento significativo por quase todas as mulheres. Contudo, estudos revelam existir uma relação entre a experiência do parto, o equilíbrio

emocional durante o puerpério e a qualidade da relação que a mulher estabelece com o bebé.

Existem alguns factores susceptíveis de influenciar a experiência de parto (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002):

- i. Presença de pessoa significativa durante o parto;
- ii. Tipo de parto;
- iii. Dor no parto.

Alguns estudos revelam que a presença de um acompanhante durante o parto tem influência no bem-estar da mulher e varia de acordo com determinantes sócio culturais e características individuais. Habitualmente, nas sociedades ocidentais, a proximidade do cônjuge revela-se como um factor positivo no equilíbrio emocional da parturiente.

Relativamente ao tipo de parto verificaram que as mulheres cujo parto foi normal tendem a perceber essa experiência de uma forma mais positiva do que aquelas em que o parto foi patológico.

Apesar de a dor que ocorre no parto ser um fenómeno universalmente esperado a sua valorização é variável de acordo com as sociedades. No entanto, uma experiência de parto dolorosa e complicada pode conduzir a problemas psicológicos no pós-parto interferindo na disponibilidade da mulher para se relacionar com o bebé (Figueiredo *et al.*, 2002).

Em 2006, Singh e Newborn realizaram uma pesquisa para o National Childbirth Trust, no Reino Unido, com uma amostra de 2620 mulheres. Procuravam saber em que medida o ambiente físico na sala de partos pode afectar a experiência do nascimento e concluíram que: 99% das parturientes queriam um quarto limpo, 95% pretendiam permanecer no mesmo quarto durante todo o trabalho de parto, 90% queriam poder andar livremente pelo serviço, 82% desejavam instalações sanitárias no interior do quarto, 85% gostariam de uma cama ajustável e um cadeirão confortável para o seu companheiro. De acordo com o estudo, o conhecimento da opinião destas mulheres contribuiu para que a referida instituição pudesse ajudar na promoção da confiança e dignidade das suas parturientes.

#### 4.2 – A VIVÊNCIA DO ESPAÇO NUMA UNIDADE OBSTÉTRICA: UM EXEMPLO

Em 1959 Rosengren e De Vault (Rosengren & De Vault, 1970) por meio de uma longa pesquisa estudaram alguns aspectos da organização social num Hospital Obstétrico, do ponto de vista ecológico, e propuseram-se a fazer a sua descrição. Mais concretamente, tinham por objectivo sugerir os caminhos nos quais os processos culturais e comportamentais, nos estabelecimentos de uso social, parecem estar funcionalmente associados à sua morfologia. Sugeriram três modelos de análise a aplicar numa comunidade ou estabelecimento de uso social:

- Um modelo no qual o cenário físico é visto como um factor principal nos comportamentos que aí têm lugar;
- Um modelo no qual o sistema comportamental de uma comunidade ou organização manipula o ambiente de modo a se adaptar às normas dos participantes;
- Um modelo em que os padrões normativos são apenas compatíveis com os factos do cenário físico.

Por outras palavras: no primeiro modelo as pessoas são “usadas” pelo contexto; no segundo o ambiente é “usado” pelas pessoas que ali actuam; no último modelo nem a conduta das pessoas é substancialmente modificada por influência do ambiente, nem o contexto é alterado pela acção dos participantes. Cada um existe numa situação de equilíbrio instável ou simples acomodação.

Ao longo de quatro meses, durante 150 horas, fizeram observação participante do comportamento das pessoas naquele contexto. À partida, não tinham o propósito de colocar questões acerca da organização social na sala de partos. Contudo, à medida que o estudo ia progredindo iam ficando convencidos que o comportamento do pessoal parecia variar em função do local onde ocorria e da sequência. Aparentemente, as estruturas do tempo e do espaço pareciam servir para delinear o status e definir os papéis.

No resultado do estudo identificaram:

- i. A existência de uma distribuição *espacial* das actividades ou seja as atitudes e o comportamento dos actores (parturientes, médicos, enfermeiras) variavam dependendo do lugar em que se encontrassem;
- ii. A manifestação de uma *segregação* dos comportamentos: as diferenças nos comportamentos aparentavam estarem dependentes do local isto é, as pessoas cujo

papel era idêntico pareciam variar o comportamento dependendo dos factores ecológicos envolvidos em cada lugar;

- iii. A existência de um *ritmo* para o decurso das actividades: o comportamento do pessoal estava organizado para ocorrer de acordo com uma regularidade estabelecida;
- iv. A inexistência de uma *unidade de tempo* para a realização das actividades: não havia uma unidade de tempo pré estabelecida existindo um equilíbrio entre a organização fisiológica e funcional das actividades;
- v. O “*timing*” das actividades era muitas vezes coincidente: a coordenação de diferentes actividades em termos funcionais e fisiológicos, mesmo com diferentes ritmos e tempos, decorria em simultâneo.

Para finalizar, os autores do estudo referem que as observações decorrentes da investigação não podem ser vistas sob o ponto de vista normativo mas apenas como ponto de partida para compreender as interacções das pessoas e um determinado espaço. Sugerem que a organização ecológica observada estava aparentemente relacionada com os processos sociais no hospital, ou seja, as estruturas espacio-temporais aparentavam servir para a definição de status e delimitação de papéis.

#### A “ecologia da dor”: um exemplo concreto

Com a finalidade de tornar mais compreensível a interrelação entre o tempo, o espaço e o comportamento social os investigadores Rosengren e DeVault (1970:439) detiveram-se a explorar um tema a que atribuíram a designação de “*A Ecologia da Dor*”. Pretendiam indagar o modo como o hospital se organizava para definir, legitimar, sancionar e lidar com a manifestação da dor pelas parturientes.

Observaram que havia locais onde a manifestação de dor era legitimamente aceite por toda a equipa e outros onde esse comportamento não era bem visto. Apenas na sala de expulsão esse acontecimento era sancionado visto ser o único local onde havia meios para lidar com o problema: a anestesia e o anestesista. A sala de expulsão era também o único local onde toda a equipa se via confrontada com a parturiente e todo o seu desconforto.

Nos outros sectores da sala de partos, admissão, sala de preparação e dilatação o simbolismo de “dar à luz”, o isolamento das parturientes e, talvez, a disponibilidade das enfermeiras era menos dirigida para minimizar o desconforto provocado pela dor. Em termos espaciais, aparentava existir

uma espécie de gradiente para a legitimação da dor quanto maior era a proximidade da sala de expulsão dado que ali a manifestação de dor era esperada e também havia meios para harmonizar a situação.

Sabemos que no contexto sócio cultural em que vivemos a questão do nascimento e a gestão do sofrimento provocado pela dor não é um acontecimento consensual. A mediatização do fenómeno tem, contudo, despertado mais o interesse pelo debate e também a consciência de que a humanização dos cuidados passa pela criação de ambientes de interacção entre cuidadores e utilizadores de modo a que o processo do nascimento seja um momento gratificante para a sociedade.

Os autores do estudo concluíram que a experiência contribuiu, essencialmente, para o conhecimento da importância dos factores ambientais no parto.



## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 – TIPO DE PESQUISA**

As características do tipo de pesquisa dependem, essencialmente, da questão para a qual o estudo se dirige. Em geral, quando se pretende investigar uma questão que se relacione com a exploração de uma experiência humana os estudos tendem a ser desenvolvidos de forma qualitativa. Isto porque, tal como referem Bogdan e Biklen (1994), o significado é de importância vital na abordagem qualitativa, ou seja, os investigadores qualitativos interessam-se por conhecer o modo como as pessoas dão sentido às suas vidas. Outro aspecto interessante a salientar é o facto de, na investigação qualitativa, o ambiente natural do indivíduo ser a fonte directa dos dados. Realçam os mesmos autores, que os investigadores qualitativos frequentam os locais de estudo porque estão interessados em conhecer o contexto em que os fenómenos ocorrem (idem).

Os métodos qualitativos de pesquisa são, indiscutivelmente, uma ferramenta de grande utilidade nos estudos que se direccionam para factos relacionados com os cuidados de saúde e o ambiente. Actualmente, o conhecimento sobre os modos de interacção da pessoa com o meio já desperta grande curiosidade nos profissionais de saúde (Pope & Mays, 2006).

Considerando que a Psicologia Ambiental assume um papel determinante na construção desta pesquisa e reconhecendo que uma das preocupações dos estudiosos nesta área é o conhecimento da influência do ambiente no estado de espírito e comportamento dos indivíduos a abordagem qualitativa parece fazer sentido.

Sendo a metodologia a organização crítica das práticas de investigação que nos conduzem à compreensão do procedimento científico (Pinto, 1990) procurou-se desenhar as linhas orientadoras desta pesquisa valorizando o ponto de vista individual. O significado da experiência do nascimento constitui um acontecimento de natureza individual embora a sua vivência em cenários comportamentais seja um fenómeno processado, na maioria dos casos em grupo e, neste caso, em ambientes institucionais.

Deste modo, é o conhecimento do significado da vivência do fenómeno “nascimento num cenário comportamental” que procuramos conhecer.

Como esclarece Soczka (2005), na linha do pensamento de Barker, a finalidade da ecologia do

comportamento enquanto área de estudo é a identificação e descrição dessas unidades com vista ao estabelecimento de uma relação com os seus contextos ambientais, de acordo com um modelo teórico integrativo. Acrescenta ainda que o estudo dos padrões comportamentais tem de ser feito directamente no cenário da vida quotidiana e não em ambiente artificial.

Ao privilegiarmos a investigação qualitativa como opção metodológica pretendemos conhecer a interpretação subjectiva das vivências das pessoas no âmbito de um acontecimento. Trata-se de um estudo cuja finalidade é compreender um fenómeno segundo o ponto de vista do sujeito.

Procuramos desvendar o sistema de relações que dá forma ao quotidiano das parturientes enquanto utilizadoras de um espaço institucional. Nesta linha, a presente pesquisa pretende ser um estudo exploratório e descritivo.

Ao desejarmos aumentar a nossa experiência em torno de um determinado problema consideramos estar perante um estudo exploratório (Triviños, 1990). E quando falamos de pesquisa descritiva pretendemos relatar as circunstâncias em que um dado fenómeno ocorreu. A investigação qualitativa é essencialmente descritiva porque que os dados recolhidos são em forma de discurso, sendo este resultante da transcrição de entrevistas, registos de imagens ou descrição de observações. E, não se pretendendo inferir relações de causalidade que permitiriam a generalização a outros contextos, o modo como decorre a descrição pode ser de uma grande flexibilidade. Contudo, há alguns requisitos que deverão estar presentes: validade e fiabilidade, ou seja: devem avaliar aquilo a que se propuseram e poder voltar a acontecer (Bell et al, 2001).

A pesquisa descritiva é uma ferramenta à qual os psicólogos ambientais recorrem com frequência para a identificação, num dado contexto, de comportamentos que não podem ser estudados de outro modo. Tem sido preferida especialmente quando se trata de avaliar o ambiente em termos de satisfação dos seus utilizadores ou de outras características de difícil quantificação. Parafraseando Gil (1989), as pesquisas exploratórias e descritivas são frequentemente realizadas pelos estudiosos que, na área das ciências sociais, se interessam pela actuação prática. Ou seja, a metodologia descritiva é útil na identificação de comportamentos que ocorrem num determinado cenário dada a impossibilidade de os estudar fora desse contexto. Esta intervenção inclui o estudo da circulação das pessoas nos cenários comportamentais e o modo como se comportam nestes ambientes (Bell et al, 2001).

## **5.2 – UNIVERSO DE ANÁLISE**

A escolha dos critérios para a selecção do universo a analisar prende-se, particularmente, com a exequibilidade do estudo em tempo e meios. Tratando-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva a representatividade da amostra não é uma questão relevante tanto mais que apenas se pretende conhecer a simbologia da interacção das pessoas com o espaço ambiental. Daí que tenhamos optado pela designação de universo de análise.

Num estudo de natureza qualitativa, importa mais o processo em si do que propriamente os resultados (Bogdan e Bilken 1994). Neste caso, a validade dos dados está essencialmente relacionada com a riqueza da informação obtida e as características da análise realizada. Albarello, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy, e Saint-Georges (1997) salientam que nos estudos qualitativos o número de pessoas a interrogar é reduzido, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se pode colocar. Assim, o critério que determina o valor da amostra, que designámos por universo de análise, passa a ser a sua adequação aos objectivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas questionadas. Nesta óptica, os indivíduos não são escolhidos em função da importância numérica da categoria que representam, mas sim devido ao seu carácter exemplar.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão no estudo: mulheres cuja idade estivesse compreendida entre 17 e 35 anos, cujo parto fosse o primeiro e tivesse ocorrido entre Julho e Setembro de 2007 num Serviço de Obstetrícia de um hospital. Optou-se por incluir no estudo mulheres cujo parto tivesse sido normal ou por cesariana não programada com o intuito de obter um relato diversificado da experiência vivida. O limite de idade relaciona-se com aspectos clínicos que reduzem a possibilidade de esta ser um factor de risco para o parto.

Ao pretendermos que os sujeitos verbalizassem uma experiência ocorrida num momento de grande conotação emocional considerou-se que algum distanciamento da acção iria beneficiar a qualidade da narração. Optou-se por incluir no universo da pesquisa as mulheres que acedessem ao convite e tivessem sido mães há cerca de seis semanas. Kitzinger (1984) e Simkin (1991) referem que a memória deste acontecimento mantém-se viva ao longo de muitos anos.

O convite à participação no estudo foi dirigido às grávidas que preenchiam os requisitos e que se encontravam no termo da gestação, ou seja, a partir das trinta e sete semanas. Informou-se a finalidade da participação e foi combinado novo contacto cerca de seis semanas após o parto.

A determinação do momento para a recolha de dados foi estipulada em função das características psico-fisiológicas que a mulher apresenta nesse período e que estão descritas como “tarefas de desenvolvimento” e que incluem (Ziegel & Cranley, 1985: 438):

- Reflexão sobre o processo gravidez/parto;
- Reconciliação da mãe com o bebé real;
- Prosseguir no desenvolvimento do apego;
- Aquisição de competências para cuidar do bebé;
- Recuperação da energia física e psíquica;
- Restabelecimento do relacionamento com a família.

Nos primeiros dias após o parto (puerpério<sup>15</sup>) a mulher encontra-se na fase de reabastecimento. É como se, na sequência da esgotante experiência do nascimento houvesse necessidade de recuperar a energia que foi gasta de modo a garantir ficar em boas condições para cuidar do recém-nascido. Gradualmente, a mulher vai passando de “um estado de predominante dependência para um estado de predominante independência” entrando na fase de participação (idem). Este período, que varia de acordo com a personalidade e vivências da mulher, tende a durar quatro a seis semanas.

---

<sup>15</sup> Puerpério– período referente às seis semanas a seguir ao parto

### 5.2.1. – Caracterização socio-demográfica das participantes

Quadro 2 - Caracterização socio-demográfica e idade gestacional das participantes

Entrevista	Idade	Residência	Profissão	Habilitações Literárias	Idade gestacional	Tipo de Parto
E 1	32	Meio rural	Técnica de farmácia	Ensino superior	40 semanas	Normal
E 2	28	Meio urbano	Telefonista	Ensino superior	40 semanas	Cesariana
E 3	28	Meio rural	Enfermeira	Ensino superior	38 semanas	Normal
E 4	32	Meio urbano	Operária fabril	Ensino básico	39 semanas	Normal
E 5	27	Meio urbano	Conservação do património	Ensino superior	39 semanas	Cesariana
E 6	27	Meio urbano	Empregada comercial	Ensino básico	38 semanas	Normal
E 7	24	Meio urbano	Telefonista	Ensino superior	39 semanas	Normal
E 8	28	Meio urbano	Operária fabril	Ensino secundário	39 semanas	Cesariana electiva <sup>16</sup>
E 9	26	Meio urbano	Socióloga	Ensino superior	41 semanas	Cesariana
E 10	29	Meio urbano	Empregada comercial	Ensino secundário	41 semanas	Cesariana
E 11	32	Meio sub - urbano	Pequeno comerciante	Ensino secundário	41 semanas	Normal
E 12	30	Meio sub - urbano	Pequeno comerciante	Ensino secundário	42 semanas	Cesariana

<sup>16</sup> Cesariana electiva – intervenção cirúrgica programada a fim de realizar o parto

As doze mulheres inquiridas que foram mães pela primeira vez apresentavam idades compreendidas entre os 24 e os 32 anos. A idade gestacional situou-se entre as 38 e as 42 semanas. O parto foi normal em seis dos casos e por cesariana nos restantes seis.

Duas das entrevistadas residiam em meio rural, duas em meio suburbano e oito em meio urbano.

Quanto à escolaridade, apenas duas respondentes têm o nível básico. Das restantes, quatro atingiram o nível secundário e seis o nível superior.

No referente à profissão, duas participantes enquadram-se no sector secundário e 10 no terciário.

### **5.2.2 – Descrição do espaço em estudo**

O espaço que serviu de cenário para a realização do estudo é uma sala de partos pertencente ao Serviço de Obstetrícia de um hospital distrital. Situa-se numa das alas de um edifício com cinco andares ocupando a ala norte de um dos pisos. O hospital em questão encontra-se no centro da cidade.

No hall de entrada, também comum à maternidade (outro departamento do mesmo serviço) depara-se um pequeno gabinete onde se efectua a observação das parturientes que são admitidas pela urgência central e por nós designada “sala de admissão” ou “Cenário A”. Nesta sala existe uma instalação sanitária. Está equipada com uma marquesa ginecológica, uma secretária, aparelhos para observação e diagnóstico do bem-estar materno - fetal, mesa de apoio para utensílios e foco de luz. As paredes são pintadas de branco e o chão está revestido com corticite. A iluminação é obtida por meio de uma janela e lâmpadas fluorescentes no tecto.

No extremo da referida ala, separadas por duas portas, está a zona onde as parturientes são acomodadas durante o trabalho de parto. É constituída por quatro quartos, aproximadamente com oito metros quadrados, sendo dois para a realização da analgesia epidural. Estes dois quartos estão equipados apenas com duas camas, com estrutura ginecológica. Os restantes, têm três camas cada um. Existem cortinas apropriadas e com a finalidade de promover a privacidade das parturientes na área que circunda as camas. O chão dos quartos está revestido por corticite envernizada; as paredes são em alvenaria estando pintadas na cor creme, com tinta plástica. Para a arrumação dos objectos de uso pessoal, para cada parturiente, existem armários de pequenas dimensões, embutidos na parede e cujas portas são em madeira. Existe uma janela situada na mesma direcção da única porta, também em madeira, que dá acesso ao quarto. A janela tem a caixilharia em alumínio e as vidraças são transparentes. A iluminação é providenciada pela luz natural que entra

pela janela e por uma lâmpada fluorescente colocada no tecto bem como por pequenos candeeiros situados por cima da cabeceira de cada cama. Nesta parede existe uma rampa com terminais para oxigénio e vácuo que acciona os aspiradores de secreções aí colocados. É ali que estão 3 tomadas de luz. Na parede onde se situa a janela e por baixo desta está um aparelho em metal para a climatização do espaço. Há uma mesa de apoio, três cadeiras e um relógio a meio da parede contrária à cabeceira das camas. A porta que limita o espaço é em madeira. Cada quarto possui um lavatório. Adiante, estes quartos tomarão a designação de “sala de dilatação”, correspondendo ao “Cenário B”.

A zona que chamaremos “sala de expulsão” ou “Cenário C”, é uma sala que resulta de uma adaptação transitória, por motivo de reestruturação do serviço. Tem a mesma dimensão que os restantes quartos visto ter tido essa função até há alguns meses atrás. Está equipada com: uma marquesa ginecológica, uma mesa de observação para o recém-nascido, com fonte de luz quente, vários aparelhos para dar assistência à parturiente durante o parto, dois armários com portas de vidro para arrumação de material, dois suportes rodados para balões de fluido terapia.

Existe ainda nesta ala um gabinete de enfermagem, instalações sanitárias para as parturientes e outra para o pessoal, zona para material contaminado, uma sala para material clínico e dois armários embutidos na parede para acondicionamento de material clínico e roupa.

### 5.3 – RECOLHA DE DADOS

#### 5.3.1 – Caracterização dos instrumentos

Considerando opinião de vários autores na área da investigação em ciências sociais a observação e a entrevista são os instrumentos mais adequados ao presente estudo. Tratando-se de uma pesquisa visando a resposta dos indivíduos às condições ambientais e a caracterização dos comportamentos é desejável que os processos de recolha de informação não provoquem constrangimentos, ou seja, a avaliação de respostas a uma dada situação não deverá alterar o modo como o ambiente é percebido.

A observação é uma técnica de recolha de informação usada com frequência em psicologia ambiental. Caracteriza-se, essencialmente, pelo facto de a recolha dos dados se basear na observação de pessoas e registo dos seus comportamentos e interacções que ocorrem. O objectivo da sua aplicação é o estudo de fenómenos complexos que fazem parte do ciclo de vida de um determinado contexto com o propósito de os relatar. A observação, como refere Patton (1990), é

realizada com a finalidade de descrever um determinado contexto, de acordo com as actividades que ali se desenrolaram, as pessoas que nelas participaram e o significado daquilo que foi observado na perspectiva do observador. Os relatos devem ser factuais e precisos devendo evitar-se detalhes irrelevantes e triviais.

Uma das vantagens da observação como técnica de recolha de informação é o facto de proporcionar a visualização directa dos acontecimentos em vez de questionar acerca deles: nem sempre aquilo que as pessoas dizem acerca do que aconteceu corresponde à realidade dos factos ocorridos. Por outro lado, permite que o investigador observe os comportamentos e as interacções que ocorrem em vez de questionar as pessoas acerca disso (Pope & Mays, 2006).

As técnicas de observação são usadas com frequência na área das ciências sociais e cada vez mais na investigação de ambientes onde são prestados cuidados de saúde. A observação em situações naturais, também designada observação naturalista, é utilizada em Psicologia Ambiental designadamente para o estudo do espaço pessoal e de situações ecologicamente relevantes. Contudo, a área de aplicação por excelência tem sido a psicologia ecológica quando a finalidade é analisar os comportamentos que ocorrem em contextos específicos (i.e., cenários comportamentais) e descrever as reacções que decorrem dos estímulos desencadeados pelo meio físico e social (Sanabra, 1996). A observação naturalista pode ser participante quando o observador intervém como membro do grupo em observação ou não participante quando age como mero espectador. Para Bell *et al* (2001) a observação directa é uma técnica muito usada em Psicologia Ambiental. Permite que as pessoas estudem outras e relatem o seu comportamento e as interacções que ocorrem num determinado contexto.

No caso do presente estudo a observação realizada foi não participante. Tinha o propósito de conhecer as características observáveis do contexto e identificar os processos interactivos de modo a angariar contributos para a construção do guia de orientação da entrevista. Pretendia-se que os dados recolhidos auxiliassem na avaliação de aspectos com impacto no fenómeno em estudo (Quivy, 1998).

Baseado na noção de mapeamento do comportamento surgiu a ideia de construir um instrumento que contemplasse a sistematização da observação. O mapeamento do comportamento pode servir vários propósitos: descrever comportamentos num dado contexto, comparar comportamentos que ocorrem no mesmo contexto e em diferentes momentos ou em contextos diferentes (Bell *et al*, 2001).



A observação realizada tinha como objectivo: “*Descrever as interações que ocorrem no cenário desde a chegada da parturiente*”. Determinou-se que os espaços a observar seriam três visto existirem na sala de partos em estudo igual número de áreas, ou seja: uma sala onde é feita a primeira observação da utente e tomada a decisão do seu internamento – *sala de admissão*; dois quartos com duas camas e dois com três camas, designados por *salas de dilatação*; uma sala onde ocorre o parto - *sala de expulsão*. Estabeleceu-se como níveis de interacção observáveis: as características físicas do espaço, os actores presentes e a interacção ocorrida. Sendo necessário proceder ao registo das acções observadas, e baseado na noção de mapeamento do comportamento, construiu-se um guião que contemplava a sua sistematização centrada na expressão da interacção “*pessoa-espaço-pessoa*” (Quadro 3). Este quadro foi ainda desdobrado em três documentos, em função das áreas a observar e de modo a ser usado como suporte para o registo manual da observação (Anexo III).

Permanecemos no serviço aproximadamente 15h. O horário da deslocação dependia exclusivamente da nossa disponibilidade.

Quadro 3 - Guião de observação

Objectivo -Descrever as interações que ocorrem nos cenários seleccionados desde a chegada da parturiente.	
Espaços em observação	<p><b>Cenário A</b> (Sala de Admissão)</p> <p><u>Características físicas do espaço</u>: hora do dia, iluminação, temperatura, nível de ruído, privacidade, objectos utilizados.</p> <p><u>Actores presentes</u>: sujeitos do estudo, profissionais.</p> <p><u>Interação</u>: dos intervenientes com o espaço (sequência de comportamentos, verbalização) e com os profissionais.</p>
	<p><b>Cenário B</b> (Sala de Dilatação)</p> <p><u>Características físicas do espaço</u>: hora do dia, iluminação, temperatura, nível de ruído, privacidade (espaço entre os sujeitos do estudo e entre estes e os restantes actores...), objectos utilizados.</p> <p><u>Actores presentes</u>: sujeitos do estudo; acompanhantes; profissionais;</p> <p><u>Interação</u>: como se posicionam os actores em relação aos sujeitos do estudo; como interagem os sujeitos do estudo entre si e com os restantes actores.</p>
	<p><b>Cenário C</b> (Sala de Expulsão)</p> <p><u>Características físicas do espaço</u>: hora do dia, iluminação, temperatura, nível de ruído, privacidade, objectos utilizados.</p> <p><u>Actores presentes</u>: sujeitos do estudo, acompanhantes, profissionais.</p> <p><u>Interação</u>: sujeitos do estudo com o acompanhante e profissionais.</p>
Registos	<p>Anotar as interações ocorridas.</p> <p>Mencionar as ocorrências relevantes para a compreensão da interação.</p>

Pretendia-se, de acordo com o estipulado no guião de observação, observar de modo naturalista (não participativo) a interação que ocorria nos diversos cenários comportamentais com a finalidade da recolha de contributos para a elaboração do guião da entrevista bem como para o conhecimento das características espaciais do cenário que permitissem contextualizar os relatos. As anotações foram tomadas, discretamente, ao longo da permanência resultando, posteriormente, num relato que sumariza o discurso e a partir do qual foi organizado o guião para entrevista (Anexo II).

Outro instrumento aplicado para a recolha de informação foi a entrevista. Ao pretender conhecer e interpretar o ponto de vista de pessoas acerca da vivência de um determinado fenómeno, procurámos um instrumento capaz de reproduzir com a maior fidelidade a descrição dos diversos significados que cada participante lhe atribui. Os autores são unânimes em considerar que a entrevista é o instrumento de recolha de dados mais indicado num estudo exploratório e descritivo.

Embora não seja uma técnica estritamente usada na investigação qualitativa a entrevista fornece-nos informação acerca daquilo que o indivíduo pensa sobre um dado fenómeno; dá-nos a conhecer a sua escala de valores e a informação que a pessoa possui acerca das coisas.

A entrevista de investigação é um diálogo iniciado pelo investigador (Cohen & Manion, 1990) que tem o propósito específico de obter informação relevante para a investigação. Para Gil (1989:113), a entrevista é um instrumento “adequado à obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

Sabendo que a nossa intenção é conhecer como a mulher interage com o ambiente durante a experiência do nascimento, a técnica da entrevista oferece condições para ser o instrumento de eleição. Além disso, oferece mais condições que o questionário para motivar o respondente à participação, uma vez que a interação com o entrevistador é constante; por outro lado, permite maior flexibilidade no modo de questionar, proporcionando a adaptação do diálogo às características do respondente; permite, também, colher dados relacionados com o comportamento não verbal do participante, facilitando o controlo da situação, dando oportunidade ao investigador na observação imediata do impacto provocado pela pergunta (Lodi, 1989).

O modo de classificar as entrevistas varia segundo o ponto de vista dos autores diferindo, essencialmente, em função do grau de estruturação dos seus conteúdos que, por sua vez, é definido em função das características do estudo. Os elementos de análise a obter e o grau de flexibilidade permitido na recolha da informação são definidos à partida.

As entrevistas mais estruturadas são as que predeterminam um esquema segundo o qual as respostas devem ser obtidas; as que têm um menor grau de estruturação (parcialmente estruturadas) deixam que o diálogo se desenvolva de uma forma mais espontânea (Gil, 1989).

Sabendo que desejávamos conhecer os contornos de uma experiência vivida em condições específicas foi adoptado como esquema de orientação a entrevista parcialmente estruturada. Este tipo de abordagem situa-se entre o diálogo totalmente estruturado e o completamente livre. Na entrevista parcialmente estruturada, dada a sua maior flexibilidade, é possível recolher a informação resultante das vivências dos participantes de um modo mais espontâneo. Permite obter dados comparáveis entre o discurso dos sujeitos devido à grande riqueza que de dados que a informação proporciona (Bogdan & Biklen, 1994). Neste tipo de entrevista, o pesquisador organiza uma lista de temas sobre os quais pretende obter informação e a partir dos quais formula questões que

apresenta ao respondente, de acordo com uma ordem mais conveniente. O objectivo é obter, no final da entrevista, a informação pretendida sobre os temas propostos (Fortin, 2000).

Embora a entrevista seja uma técnica adequada ao estudo em vista existem algumas limitações que o investigador deverá ponderar: a falta de motivação do respondente, a incapacidade na compreensão das perguntas, a inabilidade para fornecer respostas claras, a influência exercida pelo entrevistador e o facto de o processo ser moroso pode conduzir a algumas interferências na qualidade do processo. Há que considerar que nem todas as pessoas têm o mesmo capital verbal ou capacidade de entendimento. Por outro lado, existem aspectos motivacionais e mnemónicos que influem na capacidade que o indivíduo dispõe para relembrar acontecimentos.

No que diz respeito ao entrevistador há também alguns aspectos a ter em conta: a linguagem, veículo essencial na comunicação, deve ser acessível, permitir uma resposta, motivar o entrevistado a responder e ser o mais próximo possível do universo linguístico do respondente.

Seguindo as sugestões de Lodi (1989: 51) a entrevista foi orientada por um esquema de referência que considera: uma introdução, o reconhecimento do terreno, a investigação do tema e a conclusão. O tempo previsto para a duração da entrevista foi de 40m. Justifica-se esta opção numa tentativa de conciliar a opinião de vários autores.

Considerando os requisitos metodológicos anteriormente mencionados, fez-se a preparação do guia de orientação para a entrevista, organizando-o em temas. Para a sua construção teve-se em consideração a opinião dos autores mencionados no enquadramento conceptual.

Traçou-se para objectivo geral do guião: *“Obter elementos para a caracterização do fenómeno: vivência do nascimento no que se refere à interacção da pessoa com o espaço ambiental”*.

De modo a conduzir o diálogo para a área temática escolhida, foram considerados quatro blocos de assuntos, aos quais se fez corresponder objectivos específicos e os respectivos tópicos para as questões a colocar (Anexo IV):

Bloco I – Legitimação da entrevista. Objectivo: legitimar a entrevista e motivar à participação.

Bloco II – Caracterização sócio cultural das participantes. Objectivo: obter dados sócio demográficos.

Bloco III – Caracterização da história da gravidez. Objectivo: obter dados relativos à gravidez e à forma como foi vivida.

Bloco IV – Influência da experiência anterior na presente vivência do fenómeno. Objectivo: recolher informação sobre eventuais internamentos anteriores, no serviço onde decorre o estudo, cuja vivência possa influenciar o modo como a participante percepção o espaço.

Bloco V – A vivência no trabalho de parto e parto: Objectivo: recolher o relato dos aspectos mais significativos, do ponto de vista físico, psíquico e social da experiência vivida pelas participantes.

Bloco VI – Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento: Objectivo: descrever como foi sentida a experiência nos diferentes cenários comportamentais (sala de admissão, dilatação e expulsão).

O local eleito para a realização do estudo empírico foi uma sala de partos situada num hospital regional.

Antes de iniciar a recolha da informação houve necessidade de sujeitar o instrumento então construído à opinião de dois juízes experientes<sup>17</sup>. Posteriormente, foram efectuados alguns ajustamentos referentes ao enquadramento das questões e terminologia.

Com a finalidade de averiguar a operacionalidade do instrumento, foi feita a sua aplicação experimental. Realizou-se então um pré-teste a duas mulheres. Pretendia-se adquirir algum treino na orientação do diálogo em função dos objectivos a atingir bem como identificar problemas relacionados com a formulação das questões. A informação recolhida nas entrevistas de pré-teste também foi útil no ajustamento das questões introduzidas no guião.

Embora a utilização do guião fizesse supor uma condução linear da entrevista facto é que o envolvimento a que a temática transportou e outros detalhes directamente relacionados com características cognitivas e emocionais das participantes originou, por vezes, respostas mais longas e desviadas da unidade temática mas que, nem por isso, puseram em causa a validade da entrevista (Bell, 1997).

### **5.3.2 – Procedimentos de recolha da informação**

A permanência no serviço para a aplicação do instrumento de recolha de informação “observação não participante” foi autorizada pelo Conselho de Administração da Instituição (Anexo I).

A *observação não participante* foi focalizada na expressão da interacção “pessoa - ambiente - pessoa”, tendo sido orientada pelo guião de observação como referimos no ponto 5.3.2.

As observações realizadas ocorreram aleatoriamente, de acordo com a nossa disponibilidade e concordância da equipa que se encontrava a prestar cuidados no dia escolhido.

---

<sup>17</sup> Professora Doutora Constança Biscaia da Silva Pinto e Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Campos Bernardo

O procedimento adoptado para a recolha foi o de acompanhar a equipa sem intervir na prestação. Decidimo escolher apenas uma área para observação em cada dia, de acordo com a riqueza da informação que o cenário nos poderia proporcionar de modo a favorecer a reflexão. As anotações foram discretamente registadas nos “mapas” construídos com essa finalidade e posteriormente relatadas em modo cursivo (Anexo V). A observação não participante ajudou-nos a conhecer a estrutura física, a organização social do espaço em estudo e os modos de interacção mais frequentes. A informação recolhida contribuiu para a estruturação do guião para entrevista de um modo mais esclarecido. Favoreceu igualmente a compreensão do discurso das respondentes.

Considerou-se que o total de horas (cerca de 25) que permanecemos no local foi suficiente para a recolha de informação útil dado que, a partir de 18 horas de permanência o procedimento se tornou repetitivo bem como para a compreensão do discurso das respondentes

A aplicação do instrumento de recolha de dados “*entrevista*” teve dois momentos. Numa primeira abordagem as mulheres foram convidadas a participar quando completaram 37 semanas de gravidez (gravidez de termo). A selecção fez-se de acordo com os critérios de inclusão predefinidos e já mencionados no ponto 5.2. Três a quatro semanas depois fez-se a combinação do encontro que, de acordo com a conveniência das respondentes, se realizou entre seis a oito semanas após o parto.

A entrevista decorreu entre Abril e Julho de 2007. Foi conduzida num gabinete de consulta, previamente disponibilizado para o efeito. Assegurámos condições adequadas ao estabelecimento do diálogo como seja o respeito pela privacidade, conforto e tranquilidade. As respondentes puderam expressar-se livremente ao longo da conversação. Antes de iniciar o diálogo solicitou-se a leitura do documento para o consentimento informado. Explicitava-se então o objectivo daquela conduta para a recolha de dados. Pedia-se autorização para recorrer ao registo em suporte digital garantindo a sua exclusiva utilização no âmbito da pesquisa. Confirmava-se o propósito de destruição de todo o referencial após a finalização do estudo e a preservação do anonimato quer pela atribuição de um nome fictício quer pela ocultação de informação identificável. Já em modo de registo digital repetia-se o propósito da recolha de informação, lembrava-se os objectivos e reforçava-se a intenção de confidencialidade.

Todas as participantes aceitaram o recurso ao suporte digital com naturalidade pelo que consideramos que a sua utilização não interferiu na qualidade da relação entrevistador respondente.

O recurso ao suporte digital para o registo da informação mostrou ser uma boa opção quer pela facilidade que permite no seu manuseamento, quer pela elevada qualidade no registo e também

pela capacidade de armazenamento. Por outro lado, permitiu um aceso rápido a todas as funções de gravação e reprodução conservando uma boa qualidade de registo.

Bogdan e Biklen (1994) esclarecem que se verifica saturação dos dados quando a aquisição de nova informação não acrescenta nada de novo à investigação. Neste caso, consideramos que houve saturação de campo a partir do ponto em que as descrições relacionadas com a interacção com o ambiente tendiam a fornecer informação de modo repetitivo. Este facto foi verificado logo após as seis primeiras entrevistas. Apesar disso, optámos por fazer mais seis entrevistas, tendo assim ficado com um total de doze cuja duração variou entre doze e quarenta e nove minutos.

Das entrevistas efectuadas apenas uma foi excluída da análise. Ao realizar o segundo contacto com a oitava informante não nos apercebemos que, no final da gestação, a evolução clínica da gravidez tinha conduzido a uma intervenção cirúrgica programada (cesariana electiva) não obedecendo, por esse motivo, a todos os critérios definidos para a inclusão no estudo.

#### **5.4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA INFORMAÇÃO**

A organização e o tratamento da informação são um dos momentos mais complicados e morosos de uma pesquisa. Essa etapa representa o entrosamento do pesquisador com a realidade, em busca de compreensão. A análise dos dados é o processo de busca e organização sistemática de todos os materiais com a finalidade de aumentar a sua compreensão e de mostrar aos outros aquilo que foi encontrado (Bogdan e Biklen, 1994).

A transcrição das entrevistas fez-se segundo a linha de orientação proposta por Poirier et al. (1997):

- i. Primeira audição e transcrição em bruto,
- ii. Tratamento gramatical do texto de modo a torná-lo decifrável;
- iii. Exibição das perguntas do entrevistador de modo a destacá-las do texto (neste caso, optou-se por apresentá-las em negrito);
- iv. Remoção dos erros gramaticais automáticos;
- v. Rectificação da pontuação;
- vi. Supressão dos elementos identificadores dos participantes e outros;
- vii. Audição final e integral das entrevistas e sua comparação com os textos já tratados.

Sabendo que o interesse deste estudo se centra na vivência do espaço no decurso do parto, a técnica adequada à interpretação dos dados recolhidos, segundo os autores consultados, é a análise do discurso. Esta técnica deverá permitir organizar toda a informação colhida de modo a realçar o significado da experiência. Escolheu-se, portanto, a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo, como afirma Bardin (1995:38), é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Diz-nos o autor que a finalidade da análise de conteúdo é a dedução, de maneira lógica, de conhecimentos sobre quem emite a mensagem. Por outras palavras, esta técnica consiste na inferência que o pesquisador realiza acerca das mensagens que recebe. *“Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumido após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra”* (Bardin, 1995:39).

Este procedimento, organiza-se essencialmente em torno de três momentos: a pré-análise e exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Procedeu-se à constituição do corpus (selecção dos textos), seguindo-se a divisão dos textos em unidades de análise, a constituição de categorias e, finalmente, partimos para os procedimentos de análise.

#### ◆ Seleccção dos textos

Segundo a cronologia sugerida pelo autor, a fase inicial ou pré-análise, consistiu na escolha das entrevistas a serem analisadas. À partida, apenas as entrevistas efectuadas com o propósito de treinar a aplicabilidade do guião foram excluídas da sujeição à análise.

Após a transcrição integral do conteúdo das entrevistas, registado em suporte digital, fez-se uma leitura “flutuante” que corresponde à leitura integral dos textos e fundamental à selecção dos mesmos. Constitui-se deste modo o *corpus* (dados seleccionados) que, para Bardin (1995), é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Decidiu-se então que este seria constituído pelo conjunto das entrevistas efectuadas exceptuando a que está registada com a numeração oito visto não preencher os critérios de inclusão e apresentar insuficiência de conteúdo.

Terminada a pré-análise passou-se à fase de exploração do material. Esta etapa foi longa e trabalhosa, consistindo essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração.



Deste modo, efectuou-se a codificação ou seja, a transformação sistemática dos dados brutos agregando-os em unidades. Neste processo, “os dados brutos são sistematicamente transformados e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 1995:103). A identificação de unidades e divisão do texto é um processo que permite a organização do documento. Procedeu-se então à organização dos enunciados e atribuição de um número à entrevista fazendo-se, em seguida, a selecção das declarações significativas considerando os objectivos do estudo como fio condutor. Caberia, nesta fase, segundo o procedimento analítico sugerido pelo autor a formulação de hipóteses. Contudo, sendo o estudo exploratório e incidindo sobre uma experiência de vida considerou-se que a formulação de hipóteses não seria adequada (Bardin, 1995).

A já citada autora (Bardin, 1995) propõe-nos algumas regras a considerar na selecção dos textos:

- Homogeneidade: os documentos devem ter uma estrutura idêntica de modo a permitir procedimentos de análise semelhantes;
- Exaustividade: todos os elementos do corpus devem ser considerados para a análise;
- Representatividade: os documentos seleccionados devem constituir uma amostra representativa dos dados recolhidos;
- Pertinência: os documentos seleccionados devem ser adequados enquanto fonte de informação de modo a corresponderem ao motivo que suscita a análise.

Nesta pesquisa consideramos que estas regras foram observadas porquanto a recolha de dados foi obtida mediante procedimentos idênticos em todos os casos, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, os dados seleccionados representam os dados recolhidos, obtendo-se documentos pertinentes com o auxílio do guião para a entrevista.

#### ◆ Divisão dos textos em unidades de análise

Seguidamente, foram seleccionadas unidades de contexto e unidades de registo. A unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 1995:103). Considerou-se então a entrevista no seu todo como sendo a unidade de contexto por parecer adequado.

A unidade de registo é a “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base visando a categorização e a contagem frequencial

(Bardin, 1995:103). A identificação das unidades de significado (unidades de texto, de registo ou de informação) e a divisão do texto de acordo com a lógica encontrada é um processo que traz organização ao documento (Anexo VI). De acordo com as características do estudo considerou-se unidade de registo o tema que, segundo o mesmo autor é “uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística mas psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (...)” (idem). O tema, enquanto unidade de registo, corresponde a uma regra de recorte semântico, ou seja, do sentido e não da forma, sendo habitualmente usado para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças ou de tendências.

◆ Constituição de categorias

Terminada esta operação passou-se à fase da categorização. A categorização é uma prática quotidiana que visa a redução da complexidade do meio ambiente de modo a ordená-lo, atribuindo-lhe sentido. A redução dos dados consiste nos processos de selecção, simplificação, abstracção e de transformação do material recolhido (Albarelló *et al*, 1997). Para Mucchielli (1979), uma categoria é uma noção geral representando um conjunto ou uma classe de significados.

O sistema de categorização é um conjunto de códigos baseados em conceitos que, ao permitirem uma classificação deixam identificar a relação que existe entre os elementos. Baseiam-se em conceitos que vão facultar a remontagem do texto, a sua descodificação e a nova leitura dos documentos. “Uma categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer aprender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito” (Vala, 1986:110). Salaria ainda que no processo de categorização a questão mais importante a ser considerada pelo pesquisador são os conceitos e os indicadores que dizem respeito a essa categoria. Deste modo, “a inclusão de um segmento de texto numa dada categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria” (idem:111). O processo de constituição das categorias pode ter lugar *à priori*, *à posteriori* ou mesmo através da combinação dos dois processos referidos anteriormente. Devem resultar do problema em estudo ou da questão de investigação, bem como da teoria e dos dados.

No presente estudo as categorias surgem *à posteriori*. Por conseguinte, numa fase inicial estruturámos um quadro onde figuravam as unidades temáticas abordadas na entrevista. Tomando como ponto de partida as questões de investigação e com base na revisão bibliográfica iniciámos o

processo de categorização que se foi completando à medida que a leitura da informação recolhida prosseguia. No final, o processo deu origem a um quadro de síntese no qual se procurou apresentar a relação entre as categorias e subcategorias encontradas (Quadro 4).

◆ Procedimentos de análise

Na fase final da análise, ou seja, naquela que corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e na sua interpretação os resultados são tratados de maneira a serem significativos ou seja, «falantes» e válidos. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objectivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (Bardin, 1995:103).

Por conseguinte, para a permitir a análise das entrevistas foi criada um quadro de síntese que, na opinião de Albarello *et al* (1997), é um conjunto de conceitos descritivos ou analíticos que permitem comparar e classificar a informação obtida no inquérito. Neste quadro figuram as categorias e subcategorias sugeridas pelo discurso das respondentes de acordo com a unidade temática que lhes deu origem (Quadro 4).

**Quadro 4 – Síntese das categorias e subcategorias de análise**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p><u>Bloco III</u></p> <p><b>História da gravidez</b></p>	Emoções	Satisfação
		Insegurança
	Sentir o bebê	
	Antecipação da dor do parto	
	Presença do cônjuge	Fonte de tranquilidade
		Fonte de inquietação
Técnicos de saúde		
<p><u>Bloco IV</u></p> <p><b>A percepção do espaço ambiental influenciada pela experiência anterior</b></p>	Ideias concebidas na experiência anterior	
<p><u>Bloco V</u></p> <p><b>Vivências no trabalho de parto e parto</b></p>	Expressão física da dor	
	Experiência positiva	
	Encontro com o bebê real	
	Factores de suporte	Progenitor
Técnicos		
<p><u>Bloco VI</u></p> <p><b>Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento</b></p>	Dimensões do espaço	Luminosidade
		Ruído
		Privacidade
	Relação interpessoal	

## 5.5 – A QUESTÃO ÉTICA

A questão ética é relevante num estudo desta natureza. Vários autores são unânimes em salientar a importância da garantia de anonimato e confidencialidade em todo o procedimento. Bell *et al.* (2001) salientam que o direito à privacidade é claramente uma questão a considerar nos estudos em cenários comportamentais. É responsabilidade do pesquisador saber encontrar o equilíbrio quando questões de natureza ética e validade metodológica estão em conflito.

A realização observação do espaço em estudo carecia de uma autorização que foi endereçada ao organismo competente e obtida (Anexo I).

Ao formalizar o convite às respondentes preparou-se um documento para adquirir o seu consentimento livre e consciente (Fortin, 2000). Destinado a receber a concordância da participante o texto continha esclarecimentos relacionados com a identificação da entrevistadora e o motivo para a recolha da informação; garantia também a estreita confidencialidade de todo o procedimento e a possibilidade de interrupção do diálogo, temporária ou definitivamente (Anexo III).

De modo a resguardar a identidade das participantes decidimos ocultar, além do nome da instituição, o local exacto onde o estudo ocorreu.

## 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tendo por base as questões de investigação encontrou-se quatro unidades temáticas que serviram de base à análise das entrevistas. As categorias (à posteriori) emergiram da interpretação da expressão das respondentes englobando a ideia contida no tema e enriquecendo com a narração da sua experiência.

A abordagem será realizada de acordo com a sequência de categorias já apresentadas. Será utilizada a transcrição das declarações consideradas relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo, empregando a expressão das próprias participantes de modo a ilustrar as reflexões que suscitaram.

Na transcrição das declarações significativas encontradas no discurso das participantes foi utilizado o seguinte código linguístico:

... – pausa no discurso;

[...] – excerto do discurso sem interesse para a análise;

( ) – palavra ou frase que ajuda a clarificar o discurso

E - entrevista

UR – unidade de registo

### 6.1- HISTÓRIA DA GRAVIDEZ

A gravidez, considerada uma experiência humana singular, é um acontecimento cuja vivência abrange a esfera biológica, psicológica, social e cultural. As categorias **“emoções”, “sentir o bebé”, “antecipação da dor do parto”, “presença do conjugue” e “técnicos de saúde”** emergem do discurso das participantes, enquadrando-se na unidade temática **“história da gravidez”** a qual teve origem no bloco temático designado **“caracterização da história da gravidez”**.

**Quadro 5 - História da gravidez**

Unidade Temática	Categorias	Frequências E/UR	Subcategorias	Frequências E/UR
Bloco III  História da gravidez	Emoções	E1/UR1;E2/UR3;E3/UR1;E5/UR3; E6/UR1;E7/UR1;E7UR3; E9/UR9;E10/UR5; E12/UR1;E12/UR5	Satisfação	E1/UR1;E2/UR3;E3/UR1;E6/UR1;E7/1; E12/UR1
			Insegurança	E5/UR3;E7/UR3;E9/UR9;E10/UR5; E12/UR5
	Sentir o bebê	E1/UR1;E3/UR1;E6/UR2;		
	Antecipação da dor do parto	E3/UR5;E9/UR1		
	Presença do cônjuge	E3/UR4;E9/UR4	Tranquilidade	E9/UR4
			Inquietação	E3/UR4
	Técnicos de saúde	E11/UR2;E12/UR4		

### Emoções

Cada indivíduo é uma entidade única, um todo inigualável; a gravidez, um evento universal, é experimentada por cada mulher de modo subjectivo, com a influência de diversos factores cognitivos, culturais, biológicos e individuais.

Agrado, contentamento com a experiência da gravidez são sentimentos que transpareceram no diálogo com as respondentes o qual revela a satisfação que sentiram. Seis explicitam no discurso a satisfação na vivência desse acontecimento.

“[...] era muito interessante...eu gostei muito de estar grávida.” (E1/UR1)

“Foi uma experiência muito boa, muito gratificante. Acho que se pudesse engravidava já outra vez.” (E2/UR3)

“Gostei muito de estar grávida”. (E6/UR1)

“Foi a agradável, muito, muito, muito. Gostei muito de estar grávida.

Todos os dias me olhavam ao espelho”. (E12/UR1)

Cinco informantes referiram que determinadas revelações de natureza clínica, relacionadas com o estado da gravidez, as deixaram apreensivas. Foi como se sentissem que algo poderia estar fora do seu controlo ou que pusesse em risco o bem-estar do bebé. O discurso deixou-nos perceber um sentimento de insegurança face ao acontecimento.

“Tive medo porque que tomei muitos antibióticos [...] Eram seis comprimidos por dia. [...] Sim, podia provocar alguma deformação, porque costuma acontecer isso... [...]” (E5/UR3)

“[...] tive um pequeno sangramento no princípio.” (...) “Ah! Sim, fiquei um pouco abalada porque foi uma gravidez planeada, desejada e então fiquei um pouco perturbada. Ainda por cima eu estava no centro comercial, tinha ido passear e acabei por me sentir também um pouco culpada.” (E7/UR3)

“Uma vez, o médico disse-me que a bebé era pequenina e eu aí assustei-me um bocadinho; depois comecei a pensar: “bem, é pequenina, deve ser algum problema” [...] à noite, às vezes, dava por mim a pensar nisso [...]. (E10/UR5)

No que toca às emoções, no contexto da exteriorização dos sentimentos de alegria ou inquietude relacionados com a vivência da gravidez seis participantes manifestaram a satisfação da vivência da gravidez e cinco declararam sentimentos de insegurança face aos acontecimentos. Embora satisfeitas com a vivência do acontecimento, duas respondentes revelaram sentir-se também inseguras face à evolução da gravidez, particularmente no âmbito do desenvolvimento fetal.

### **Sentir o bebé**

Sentir o bebé é uma experiência pela qual a grávida anseia. A capacidade de existir em simbiose, construindo dia a dia um todo (materno – fetal), transporta a gestante para a dimensão do imaginário na tentativa de iniciar uma relação que deseja precoce. Este sentimento é revelado por três informantes.



“Entre as duas e as 4 da manhã era o horário em que ele gostava de mexer os pés, gostava de se voltar, lembro-me de sentir isso tudo, durante os últimos tempos da gravidez.”

(E1/UR2).

“E na experiência em si gostei muito de acompanhar a gravidez; as ecografias...chorava sempre que via as ecografias... (E3/UR1)

“[...] gostei muito de a sentir a mexer.” (E6/ UR2)

Idealizando os contornos da entidade em desenvolvimento, a mulher assume-se protagonista na construção do imaginário da sua gravidez edificando uma realidade singular. Sentir o bebé, interagir com ele, iniciar um relacionamento antecipado são manifestações do desejo de consumir a gravidez e iniciar a maternidade.

### **Antecipação da dor do parto**

A antecipação do desconforto que o trabalho de parto poderia provocar é verbalizada por duas respondentes. O discurso de duas informantes revela resignação ou mesmo disponibilidade para aceitar o incómodo.

*“[...]mentalizei-me logo que ia ter dores. Não fui para lá com a expectativa que não me ia doer nada. Sabia que tinha de passar por isso...(E3/UR5)*

*“Lembro-me na preparação para o parto que foi uma das coisas que nos dizia (a enfermeira) quando estávamos deitadas era que “vai correr tudo bem, e é isso que têm de pensar...” (E9/UR1)*

Tratando-se de uma experiência pessoal a antevisão deste fenómeno depende, também, da aprendizagem sociocultural. A sua interpretação varia de acordo com ao significado que a mulher lhe atribui.

### **Presença do cônjuge**

O envolvimento do progenitor no decurso da gravidez é desejável e estabilizador da relação afectiva. Além disso, reforça a auto estima e é algo de que a maioria das mulheres não prescinde: a partilha da fantasia ou seja, da gravidez ideal. Mas, nem sempre a figura do progenitor aparece como apaziguadora. A sua presença é, habitualmente, fonte de tranquilidade mas, por vezes, é igualmente geradora de inquietação se a relação não é estável.

*“O meu marido foi um santo porque eu andava super irritada [...]” (E9/ UR4)*

*“ [...] vivi tudo sozinha [...] Também tive um pequeno dissabor em casa... é pouco importante aqui para a entrevista... pronto, na altura a relação com o pai do meu filho não era muito boa [...]” (E3/UR4)*

Esta circunstância foi revelada apenas por duas participantes: uma enaltecendo a paciência e outra denunciando a crise conjugal.

### **Técnicos de saúde**

A insegurança, aparentemente, se desvanece na partilha com os médicos e enfermeiros, revelam duas informantes.

*“Andei um bocado nervosa, ansiosa, mas depois, ao falar com a enfermeira e a médica que me fizeram a preparação para o parto o medo desapareceu. Fui-me descontraindo e no fim já não me preocupava muito.” (E11/ UR2)*

*“Voltei a fazer outro exame com outro especialista e que me disse que não tinha nada”. (E12/UR4)*

A história da gravidez foi narrada pelas informantes como um momento marcante nas suas vidas. Descreveram a sua vivência como um acontecimento emocionante e uma experiência positiva embora, por vezes, com alguns contornos de ambivalência motivada pela impossibilidade no controlo dos acontecimentos. Sentir o bebé foi uma partilha que deu satisfação. Por outro lado, a antecipação do desconforto que a dor poderia causar denotou preocupação. O papel do cônjuge foi vantajoso quando a relação era estável, embora apenas uma das participantes o mencionasse. Os técnicos de saúde desempenharam uma função tranquilizadora nos momentos de ansiedade.

## 6.2 - PERCEPÇÃO DO ESPAÇO AMBIENTAL INFLUENCIADA PELA EXPERIÊNCIA ANTERIOR

A percepção de um dado fenómeno pode ser influenciada pela lembrança de acontecimentos relacionados com experiências anteriores. A unidade temática “*Percepção do espaço ambiental influenciada pela experiência anterior*”, previsto no bloco IV do guião da entrevista com a designação “Influência do espaço ambiental na presente vivência do fenómeno”, originou a categoria “*ideias concebidas na experiência anterior*”.

**Quadro 6- Percepção do espaço ambiental influenciada pela experiência anterior**

Unidade Temática	Categorias	Frequências E/UR	Subcategorias	Frequências E/UR
<u>Bloco IV</u> Percepção do espaço ambiental influenciada pela experiência anterior	Ideias concebidas na experiência anterior	E7/UR1 E12/UR1		

### **Ideias concebidas na experiência anterior**

A possibilidade de uma experiência anterior ao parto no espaço onde se realiza o estudo era algo que poderia interferir na qualidade da vivência. Questionámos as participantes procurando identificar se tinha ocorrido algum internamento, naquele serviço, durante a gravidez. A maioria desconhecia o local.

Duas respondentes referiram ter recorrido ao serviço de urgência que posteriormente fez o seu encaminhamento para aquele sector de internamento. A experiência anterior de internamento foi verbalizada com o seguinte discurso.

*“ [...] estive lá porque aconteceu um pequeno sangramento no princípio [...]” foi uma coisa muito, muito pequena: um pequeno descolamento da placenta. Mas, felizmente, foi um episódio pontual que não se repetiu.” (E7/UR1)*

*“Entrei a achar que ia ser bom como da última vez, a achar que ia encontrar uma pessoa bem disposta que me transmitiu paz, tranquilidade, que respeitou a nossa privacidade, mandou chamar o meu marido [...] Entrei a pensar que aquela pessoa iria estar à minha espera. Mas não, quando cheguei estava lá outra pessoa arrogante (o técnico de saúde), a despachar serviço – pronto, digamos assim.” (E12/UR1)*

De acordo com a leitura que o discurso nos permite, a experiência resultante do internamento durante a gravidez influenciou as expectativas de uma das duas respondentes a ponto de ter imaginado um reencontro com a profissional de saúde que fez o atendimento anterior e lhe proporcionou um sentimento de segurança. A referida informante (E12) recorreu àquele serviço de urgência por duas vezes, no final da gravidez, tendo sido internada em cada episódio. A sua experiência foi marcada por factos que alteraram a expectativa que construíra desse momento (Anexo VI).

A insuficiente riqueza do diálogo com as intervenientes na abordagem deste tema não nos deixou perceber se o conhecimento do espaço como visitante influenciou a presente percepção.

Não havendo experiência anterior de internamento mas apenas o conhecimento do espaço ambiental por razões de ordem profissional ou só como visitante, aparentemente, a qualidade da relação no cenário comportamental não foi influenciada pela experiência anterior.

### **6.3 – VIVÊNCIAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

O conhecimento da experiência de outrem, sendo sempre um fenómeno subjectivo, implica o seu relato por quem a vivenciou de modo a permitir a compreensão do significado que o indivíduo atribui à experiência resultante da interpretação que ele faz dos acontecimentos. Resultante da leitura do discurso das informantes, no âmbito da temática “*Vivências no trabalho de parto e parto*” previsto no bloco V do guião para a entrevista, sobressaíram as seguintes categorias: **“expressão física da dor”, “experiência positiva”, “encontro com o bebé real” e “factores de suporte”**.

**Quadro 7- Vivências no trabalho de parto e parto**

Unidade Temática	Categorias	Frequências E/UR	Subcategorias	Frequências E/UR
Bloco V  Vivências no trabalho de parto e parto	Expressão física da dor	E1/UR16;E3/UR4;E4/UR1;E5/UR5 E6/UR1;E8/UR1/E9/UR33		
	Experiência positiva	E1/UR4;E3/UR17;E4/UR4;E5/UR4; E6/UR4;E7/UR2;E10/UR1;E11/UR1		
	Encontro com o bebé real	E1/UR13;E3/10;E4/UR8;E5/UR4 E6/UR4;		
	Factores de suporte	E1/UR11;E1/UR13;E2/UR4;E2/UR5; E3/UR8;E3/UR11;E5/UR9;E6/UR2; E6/UR8;E7/UR12;E9/UR17;E12/UR3	Progenitor	E1/UR11;E2/UR5;E3/UR11 E5/UR9;E6/UR2;E7/UR12
Técnicos			E1/UR13;E2/UR4;E3/UR8; E5/UR9;E6/UR8;E9/UR17; E12/UR3	

### **Expressão física da dor**

*Expressão física da dor* é a primeira categoria que surge no contexto da temática “ *Vivência do parto no cenário comportamental* ”. Emerge no contexto da apreciação que a mulher faz da sua experiência traduzindo-a numa leitura individual. O modo como esta experiência é revelada deixa-nos perceber que a dor, sendo um fenómeno subjectivo, é vivido no singular, acontecendo quando e como o sujeito a descreve. É um sintoma que causa ansiedade mas também é algo que a mulher

sente como inevitável remetendo-a para uma atitude de resignação. Algumas participantes referiram ter recorrido à analgesia epidural como meio de minimizar o desconforto, outras desvalorizaram o incômodo por ter sido de curta duração visto que parte do trabalho de parto se desenvolveu em casa; outras ainda não se sentiram muito incomodadas pelo facto de o trabalho de parto não se ter desencadeado ou ter sido ineficaz e o parto ter ocorrido por cesariana.

*“Eu julguei que já não tinha forças para mais.” (E1/UR16)*

*“O meu corpo parecia que se ia partir todo.” (E3/UR4)*

*“Muito doloroso [...] Estive para aí umas três horas, três ou quatro horas em sofrimento, não era capaz de respirar [...]” (E4/UR1)*

*“Cheguei aos quatro centímetros de dilatação (e pensei) se isto é assim aos quatro, aos dez morro...” (E9/UR33)*

No testemunho deixado pelas respondentes é notório a universalidade do fenómeno doloroso associado ao parto. É descrito como algo interminável e difícil de suportar. Sete participantes exprimiram o sofrimento no qual foram protagonistas, relacionado com a vivência do fenómeno dor associada ao parto.

### **Experiência positiva**

É frequente ouvirmos relatos emocionantes, com contornos mais ou menos acidentados, sobre um parto. O nascimento de um filho é um evento inesquecível - uma experiência significativa. Contudo, apesar das inegáveis dificuldades associadas ao acontecimento, o facto acaba por ser citado pelas mulheres como um episódio importante e no qual se revêem com uma imagem positiva.

*“[...] foi uma experiência muito positiva que gostava muito de repetir, gostava muito de repetir.” (E3/UR17)*

*“Foi um bocadinho complicado naquele momento, mas depois foi tudo muito rápido. Uma sensação boa.” (E4/UR4)*

*“[...]Eu acho que foi muito positivo [...]”. (E7/UR2)*

*“Correu tudo bem, acho que não podia ter corrido melhor.” (E10/UR1)*

*“Foi muito bom [...] não senti uma única dor.” (E11/UR1)*

A experiência é referida, na globalidade, como um episódio inesquecível e com grande significado. Oito informantes relataram que o resultado final foi positivo, dado que o parto ocorreu sem incidentes.

### **Encontro com o bebé real**

A perspectiva da existência de um “produto final” é uma imagem compensadora que opera reconvertendo a negatividade gerada pelos desconfortos que ocorreram durante o parto.

*“[...] essa foi a melhor parte do processo todo: tê-lo ao pé de mim.” (E1/UR13).*

*“[...] conheci o meu filho e fiquei logo toda contente, ainda chorei um bocadinho[...].” (E3/ UR10)*

*“[...]Foi uma sensação de alívio ver que ela estava bem, depois de ter passado tudo.[...]”  
(E4/UR8)*

No discurso de cinco respondentes o sentimento predominante é de alívio. Esta sensação é proporcional ao esforço que foi despendido. Com o nascimento da criança a mulher encontra-se disponível para iniciar a relação, que deseja precoce, com o recém-nascido. É um momento de conciliação e plenitude.

### **Factores de suporte**

Seis mulheres são unânimes em considerar que, no decurso do parto, a presença de um acompanhante é um factor importante de suporte. No contexto deste estudo o papel de acompanhante foi desempenhado pelo progenitor cuja colaboração acalma e ajuda a suportar a dor.

*“Foi muito importante ele (o marido) estar ali. Eu sei que estava muito assustado e que devia estar nervosíssimo [...] mas acalmou-me muito a presença dele.” (E2/ UR5).*

*“Foi uma grande ajuda, porque naquele bocadinho em que estive sozinha no quarto parecia que as dores nunca mais acabavam [...]” (E6/UR2)*

*“Assim, tendo alguém ao lado parece que é mais fácil suportar a dor e eles também ajudam, dão força.” (E6/UR2)*

De igual modo, a disponibilidade que os técnicos manifestam para ajudar parece tão relevante quanto a comparência do progenitor. Sete das participantes informaram que sentiram a intervenção dos profissionais de saúde como tranquilizadora.

*“Entretanto, tive uma senhora enfermeira que se aproximou mais de mim [...] e nunca mais saiu dali, de ao pé de mim.” (E1/UR13)*

*“Eu acho que foram muito atenciosos e muito rápidos.” (E2/UR4)*

*“Quando ouvi a voz dela (a obstetra) senti-me muito melhor. Senti-me como se estivesse em casa com a minha família.” (E6/UR8)*

*“Foi simpático (o médico), mandou chamar o meu marido, esteve à conversa connosco, transmitiu-nos aquela paz que nós vínhamos à procura de início. Deu-nos uma estabilidade, foi meigo, delicado [...]” (E12/UR3)*

Receber ajuda num momento difícil é algo que foi desejado pelas participantes. Procuraram apoio no progenitor e nos técnicos na tentativa de aliviar a ansiedade, na expectativa de que tudo corresse favoravelmente.

#### **6.4 – INFLUÊNCIA DO CENÁRIO COMPORTAMENTAL NA VIVÊNCIA DO NASCIMENTO**

No contexto da temática *“Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento”* prevista no bloco VI do guião para a entrevista, procurámos conhecer as características da interação que as parturientes desenvolveram no cenário ambiental da sala de partos e os mecanismos que condicionaram um determinado comportamento. Emergiram as categorias ***“dimensões do espaço ambiental”*** e ***“relação interpessoal”***.



**Quadro 8- Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento**

<b>Bloco Temático</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequências E/UR</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências E/UR</b>
<b>Bloco VI</b>  <b>Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento</b>	Dimensões do espaço ambiental	E1/UR2;E2/UR3; E4/UR4;E5/3; E5/UR5;E6/UR8; E7/UR3;E9/UR8; E10/UR3; E10/UR10, E11/UR4; E11/UR10; E12/UR1	Luminosidade	E1/UR2;E2/UR3; E5/UR5;E7/UR3; E10/UR3
			Ruído	E4/UR4;E11/UR10 E12/UR1
			Privacidade	E5/UR3;E6/UR8; E9/UR8;E10/UR10 E11/UR4
	Relação Interpessoal	E2/UR2; E3/UR4, E4/UR2; E6/UR6; E7/UR5; E10/UR1; E11/UR7;E12/UR14		

### **Dimensões do espaço ambiental**

*Dimensões do espaço ambiental* é uma categoria que nos deixa perceber a existência de uma afinidade entre o espaço físico e social e a pessoa, num dado contexto, originando um sistema interdependente que produz um comportamento influenciado pela interação que desenvolvem.

Decorrendo da especificidade do espaço em estudo, ao proceder à recolha da informação as questões foram colocadas de acordo com a característica física do serviço que prevê três áreas,

concebidas para dar resposta aos procedimentos técnicos relacionados com a evolução do parto. Dessas três áreas, designadas cenários, apenas duas foram objecto de análise por apresentarem riqueza de conteúdo: os cenários “sala de admissão” e “sala de dilatação”. As respostas referentes ao cenário “sala de expulsão” denunciaram escassa interacção com o espaço ambiental aparentemente pelo facto de a atenção da parturiente estar centrada no nascimento do bebé e na conciliação com todas as dificuldades que o acontecimento desencadeia.

A iluminação, o ruído e a privacidade são dimensões do espaço ambiental que as informantes do estudo consideraram relevantes no contexto da interacção pessoa/espaço ambiental.

A subcategoria *luminosidade* foi uma das características do ambiente que, no contexto da categoria dimensões do espaço, emerge no discurso das respondentes permitindo identificar a influência da qualidade da iluminação dos espaços no bem-estar dos seus utilizadores.

*“Eu sentia-me bem no quarto [...] tinha luz e transmitiu-me muita paz..” (E2/UR3)*

*“E quanto à luminosidade também me senti bem; eu estava mesmo ao lado da janela, portanto, estava a receber a luz do dia. Nesse aspecto foi bastante agradável porque entre as contracções olhava lá para fora e tentava ver um pássaro, uma pessoa a passar, tentava distrair-me com alguma coisa.” (E7/UR3)*

*“Acho...que aquela sala é um bocadinho escura, acho que podia ter um bocadinho mais de luz.” (E10/F3)*

Encontramos, ao longo do discurso das cinco participantes que salientaram a influência da luminosidade no seu bem-estar, diferentes modos de vivenciar esta dimensão ambiental. Desde a indiferença face à qualidade da iluminação do espaço até o desconforto perante a fraca intensidade luminosa foram elementos presentes no discurso das respondentes. A proximidade de uma janela foi uma característica favorável ao bem-estar.

O *ruído* surge como subcategoria aparentado influenciar a qualidade da interacção pessoa/espaço ambiental.

*“[...] senti-me bem apesar de ...a única coisa que me incomodava era o relógio estar à minha frente [...] aquele “tic-tac do relógio e eu ali... já um bocadinho aflita.” (E4/UR4)*

*“Apenas o ruído de andarem a fazer obras logo de manhã [...] é que me incomodou um bocadinho.” (E11/UR10)*

*“Durante o dia as senhoras da limpeza fazem muito barulho, gritam muito umas com as outras: ...traz-me lá uma embalagem..., ...viste ontem a novela?..., ...ontem fui às compras...”  
Permanentemente, nós estamos a ouvir aquelas conversas.” (E12/UR11).*

Para algumas respondentes o incómodo provocado pelo ecoar de inúmeros sons resultantes de intervenções de conservação do edifício e do desempenho das actividades quotidianas de higiene e limpeza das instalações interferiu no seu bem-estar provocando incómodo.

Enquadrada nas dimensões do espaço ambiental a privacidade é uma subcategoria que nos dá alguma informação útil ao conhecimento da interacção com o espaço ambiental quando a privacidade é entendida como a procura da interacção desejada.

*“Essa foi a parte que me fez mais confusão. Estava sempre a entrar e sair gente... achei que podia estar (a cama) mais escondida da entrada.” (E5/UR3)*

*“Eu acho que há falta de privacidade porque, no fundo, é a própria disposição dos materiais. Não é que as pessoas sejam... que nos façam sentir mal [...]” (E9/UR8)*

*[...] também tínhamos privacidade porque eles (os técnicos) corriam aquelas cortinas.” E11/UR4*

A privacidade, entendida como o nível de interacção desejada foi verbalizada por cinco participantes. Quatro mulheres sentiram-se desconfortáveis em alguns momentos quando não foi possível controlar o nível de interacção. Na sua opinião, esse facto deveu-se às características físicas do cenário bem como da utilização deste pelos profissionais. Ou seja, na sala de admissão a disposição do equipamento não é a mais adequada para garantir a intimidade visto ali tem lugar um procedimento técnico cujas características implicam a exposição do corpo da parturiente.

### **Relação interpessoal**

*Relação interpessoal* é uma categoria que emerge no contexto da influência do espaço ambiental na vivência do parto evidenciando o clima de interacção e a capacidade de o cenário comportamental despertar essas respostas na forma de sentimentos, emoções, expectativas, desejos.

O discurso das informantes convergiu para uma mesma área: a *relação interpessoal*.

*“Em relação às pessoas fui atendida por duas enfermeiras [...] Foram muito atenciosas muito simpáticas.” (E2/UR2)*

*“[...] não houve nada que me incomodasse a não ser esta parte mais humana [...]” (E3/UR4)*

*“Senti pena daquele casal que estava ali há tantas horas em sofrimento.” (E7/UR5)*

*“Eu acho o que mais me ajudou foi a senhora enfermeira. Quando lá cheguei percebi que a conhecia. Então, aí nós sentimo-nos muito mais à vontade.” (E10/UR1)*

A abrangência desta temática revelou-se pelo facto de ter sido declarada em outros blocos temáticos por algumas das respondentes. A título de curiosidade apresentamos alguns excertos das declarações significativas que foram surgindo, tratando essa matéria.

*“ [...] isso não mexeu com o meu bem-estar, quando estive ali. Mexeu mais a parte humana, a interação entre os profissionais de saúde e o estado em que eu estava.” (E1/UR4-bloco VI)*

*“[...]eu disse: “ai doutor, estou tão cansada. [...] e ele respondeu: então, vá que isto vai correr tudo bem” [...]” (E3/UR8-blocoV)*

*“[...] Praticamente, estive sempre sozinha. Só... o que me custou mais foi aquelas horas, eu saber que estava ali, que precisava de ajuda, [...] não apareceu ninguém ao pé e saber que elas (as enfermeiras) lá estavam, não é... apesar de ser de noite.” (E4/UR1-blocoVI)*

*“[...] mas faltou aquela coisa do calor humano: ali estamos nós a ser simpáticos para receber simpatia em troca, é um bocado isto de conquistar quase quem nos está a cuidar para ver se recebemos um sorriso, isto no extremo, claro...” (E9/UR23-bloco V)*

*“ [...] positivo foi a companhia, a insistência das senhoras enfermeiras “...tem fome, tome lá um quadradinho de marmelada...”...aquela presença delas comigo, sempre a perguntar se eu estava bem, muitas vezes chegavam perto de mim e faziam-me uma festinha [...]” (E12/UR17-bloco VI)*

A valorização da relação interpessoal, particularmente no que toca à relação empática com os profissionais de saúde, aqui deixada pelas participantes dá-nos a conhecer que, no contexto do espaço ambiental em estudo, existe uma relação importante entre o comportamento humano e o ambiente físico e social onde as pessoas vivem o seu quotidiano, facto que interfere na percepção de bem-estar dos intervenientes.

## 7. DISCUSSÃO

« Childbirh is an intimate and complex transaction whose  
Topic is physiological and whose language is cultural.  
Neither element is available without the other»

(Lozoff, Jordan & Malone, 1988:37, cit. Figueiredo *et al.*,2002:203)

A apresentação dos resultados deu-nos a conhecer como as mulheres inquiridas responderam às questões que justificaram a realização deste estudo. Resta-nos agora reflectir sobre os mesmos à luz das ideias dos autores que suscitaram a nossa curiosidade. A discussão será efectuada com base na revisão da literatura que apresentámos e de acordo com o quadro de síntese construído para a análise do discurso das respondentes.

Regressando às questões de partida, que nos ajudaram na reflexão sobre a multiplicidade de relações que o homem desenvolve com o ambiente, pretendíamos saber. *“Como é que a parturiente se refere ao contexto físico e social da sala de partos e qual a sua influência em termos do seu desempenho.”*

Interessou-nos conhecer a dinâmica da interacção das pessoas num dado contexto ambiental, suscitada pelo uso do espaço, do ponto de vista da Psicologia Ambiental enquanto disciplina que integra o quadro conceptual da Ecologia Humana. Colocando a nossa atenção na concepção teórica de Roger Barker (1968) partimos para o conhecimento da referida interacção num cenário comportamental, que neste estudo é a sala de partos. Dispusemo-nos a conhecer a simbologia da vivência do espaço ambiental num serviço de obstetrícia, tendo definido como objectivo para a nossa investigação: *“Descrever as vivências de parturientes, no decurso do nascimento de seus filhos, em particular no que concerne à interacção da pessoa com o ambiente físico e social”*.

Os conceitos de gravidez e maternidade são entidades que, embora se encontrem intimamente relacionadas, representam realidades distintas. Sob o ponto de vista da psicologia ambos são “processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento” (Canavarro, 2001:19). Limitada no tempo, a gravidez é um processo evolutivo que se situa entre a concepção e o parto dando oportunidade à mulher para, durante esse período “ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo

como pessoa única, com vida própria. Por sua vez, a maternidade é vista como um projecto que se estende além da gravidez, ou seja, na opinião de Canavarro (2001:19) “é um projecto para toda a vida”.

A experiência do nascimento é um acontecimento relevante na vida de uma mulher a ponto de a sua recordação persistir inalterada através do tempo. As características dessa vivência reflectem-se no bem-estar da gestante e da criança interferindo na qualidade da vinculação. Fomos conhecer a história da gravidez das mulheres que se disponibilizaram para participar na pesquisa. A característica de cada experiência depende da sua natureza biológica, psicológica, social e cultural. Cada mulher reage individualmente ao espantoso desenrolar dos processos fisiológicos e, embora a mesma pessoa possa ter um comportamento diferente em cada gravidez, parece haver uma constância na qualidade da experiência interior (Colman & Colman, 1994). Sentimentos de satisfação foram manifestados a propósito da interactividade do desenvolvimento intra-uterino. Várias respondentes referiram-se ao acontecimento como uma experiência única e verbalizaram ter experimentado sensações de tranquilidade, cumplicidade, surpresa e até mesmo alguma previsibilidade na interacção com o feto.

É muito corrente a opinião de que o estado emocional da mãe influencia o bem-estar do feto sendo mesmo responsável, em parte, pelo comportamento do recém-nascido. Pesquisas efectuadas por A. J. Ferreira<sup>18</sup> (citado por Macfarlane, 1979) sugeriram haver uma relação entre o baixo estado de alerta ou mesmo manifestação de irritabilidade nas crianças nascidas de mulheres cuja gravidez se tinha desenvolvido num ambiente de ansiedade, insegurança. Esta opinião já era, outrossim, verbalizada por Leonardo Da Vinci (citado por Suh, 2007:139): “*Os dois corpos são governados por uma única alma, e os desejos, os temores e os sofrimentos são comuns a esta criatura e a todos os outros membros animados. Daqui resulta que um desejo formulado pela mãe aparece muitas vezes assinalado na criança que a mãe traz consigo no momento desse desejo; e um medo súbito mata tanto a mãe como a criança.*”

Colman e Colman (1994) afirmam que durante a gravidez as mulheres podem experimentar alterações psicológicas e receiam que este estado de ansiedade possa influenciar o bebé. Também as participantes deste estudo revelaram o seu estado de inquietação referente a alterações de natureza clínica e o receio que pudesse existir alguma interferência no normal desenrolar da gestação. A propósito, os autores (*idem*) sustentam que os processos inconscientes da grávida

---

<sup>18</sup> A. J. Ferreira, «The pregnant mother's emotional attitude and its reflection upon the newborn», *American Journal of Ortho-psychiatry*, 1960, 30:553-61.

estão muito mais activos do que em qualquer outro momento da sua vida. A mulher está mais vulnerável por recear perigos desconhecidos. Habitualmente, as preocupações relacionadas com o seu estado clínico reflectem uma intranquilidade persistente.

A gravidez, o nascimento e o facto de se tornarem novos pais são processos relevantes no desenvolvimento de uma família. Uma experiência satisfatória tem, necessariamente, uma influência positiva no bem-estar de todos os seus membros. Para Lee (1995, citado por Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002), o resultado da pesquisa que realizou com mulheres americanas evidenciou que estas assinalaram como acontecimentos mais importantes da gravidez: saber que está grávida, dizer que está grávida, sentir os movimentos do bebé, comprar roupas de grávida, frequentar sessões de preparação para o parto, realizar testes pré-natais e receber os seus resultados. Estudos mais recentes (Kao *et al*, 2004) dão a conhecer que as expectativas das mulheres grávidas incluem: cuidados médicos e ambiente de cuidados de saúde satisfatórios, possuírem um contexto familiar que lhes dê o apoio necessário, serem capazes de lidar com o desconforto provocado pela dor no trabalho de parto, mostrarem auto controlo, serem capazes de colaborar nas decisões médicas, receberem cuidados de saúde com conforto e privacidade, poderem obter a compreensão, a aceitação e o respeito de todos. Na pesquisa cujos resultados apresentámos as respondentes mostraram assumir-se como protagonistas na edificação do imaginário da gravidez construindo uma realidade que passou pela vivência individual, muitas vezes também partilhada com o progenitor. As suas expectativas centraram-se na certificação do bem-estar do bebé por meio da vigilância de saúde, na aquisição de competências para o papel parental e na aprendizagem do auto controlo.

Uma participante referiu o papel estabilizador do progenitor enquanto que outra evidenciou alguma ansiedade resultante da instabilidade relacional. Por outro lado, foi-nos dado a conhecer que os sentimentos de insegurança se atenuavam na partilha com os técnicos sendo este facto confirmado por Lundgren (2004) nas conclusões do seu estudo sobre o relacionamento entre grávidas e parteiras. Intitulado “Relieving and relying encounters” a autora dá-nos a conhecer a opinião das gestantes que consideraram a relação desenvolvida como um encontro consigo mesmas e com a parteira o qual resulta em tranquilidade e mudança.

Para Colman e Colman (1994:178) “*aceitar a realidade do feto*” é uma das várias tarefas psicológicas que a grávida tem de cumprir. Ao longo da gravidez a representação do bebé vai-se tornando mais factual impelindo a mulher para uma relação imaginária com o feto. Esta etapa é um momento importante no processo de diferenciação mãe-feto no qual a mulher aceita o feto como realidade separada de si. Na opinião de Lebovici (1987) a gestante pode traçar na sua mente três

ideias que correspondem à representação de um bebé: uma imagem edipiana, a menos consciente, que corresponde à história da infância materna e à qual o autor atribuiu a designação de “bebé fantasia”; uma imagem construída durante a gravidez e que traduz as expectativas e o desejo de ser mãe, ou seja, “o bebé imaginário”; por fim, surge a imagem do bebé propriamente dito. Para Brazelton e Cramer (1993) a construção precoce dessa imagem é fundamental para que a futura mãe não seja confrontada, depois do parto, com um indivíduo que desconhece. É com base nos seus desejos e necessidades narcísicas bem como na percepção dos movimentos fetais que a gestante constrói a imagem do bebé em desenvolvimento. Caracterizar os movimentos fetais atribuindo-lhe significados, escolher o nome do bebé, iniciar a adaptação da casa com a finalidade de receber o seu novo habitante é um processo que estabelece as bases para a vinculação. Compreende-se assim a importância do bebé imaginário como factor interveniente no nascimento do apego entre a díade.

Sá (2001:91) afirma que o nascimento do bebé é anterior ao episódio obstétrico: “Um bebé nasce no momento em que ele representa uma realidade que interfere com a vida dos seus pais.”

No estudo que realizámos algumas participantes relataram sentimentos que ocorreram na construção do bebé imaginário. *Sentir o bebé* foi referido como um momento privilegiado de interacção facto que corresponde à ideia de que construção da imagem existe antes ao parto: o “bebé nasce quando nasce na imaginação dos pais” (Sá & Biscaia, 2004:20). Digamos que esta relação simbiótica, que constitui a primeira vivência orgânica e emocional do feto caminha, ao longo da gestação, para uma processo de separação-individualização que se prolonga até à primeira infância (Sá & Dias, 2004:103).

O *nível de adaptação* é um conceito que se deve a Helson (1964, citado por Sanabra, 1986) e q posteriormente divulgado por Wohwill (1974, *idem*) na explicação das preferências ambientais. Segundo os autores cada pessoa tem um determinado nível de estimulação ambiental que depende da sua experiência anterior. Quer o desconhecimento do ambiente onde o parto vai ocorrer, quer uma experiência anterior pouco motivadora pode ser geradora de ansiedade na mulher que está grávida. Colman e Colman (1994) sustentam que a crescente vulnerabilidade da mulher está relacionada com “medo de perigos desconhecidos, quer sejam interiores, quer sejam exteriores”. Tratando-se de uma situação na qual pode haver patologias intercorrentes que obrigam à sua resolução em meio hospitalar, procurámos saber se as nossas inquiridas tinham história de internamento naquele serviço que evidenciasse traços do relacionamento anterior. Apenas duas participantes reponderam afirmativamente. Num dos casos, a experiência anterior influenciou



positivamente as expectativas e no outro a interação com os técnicos deixou a parturiente descontente. Nesta circunstância, o facto de ter havido num primeiro internamento, um relacionamento empático que despertou sentimentos positivos e criou expectativas de que os acontecimentos se iriam desenrolar de modo idêntico quando se repetissem. As restantes respostas identificaram o conhecimento do serviço por motivo de visita e por razões de ordem profissional, não decorrendo deste facto nenhuma interferência aparentemente relevante. Seis respondentes desconheciam as instalações onde ocorreu o nascimento dos seus filhos. Analisando as respostas não foi possível estabelecer uma relação, como nos diz Colman e Colman (1994), entre a falta de informação e a influencia na mulher a ponto de a tornar mais ou menos vulnerável à vivência daquele espaço ambiental. Iguamente pensamos, no que se refere ao comportamento das parturientes que, por razões de ordem profissional conheceram o espaço antes do internamento.

A maioria das mulheres deseja que a experiência do nascimento dos seus filhos seja um acontecimento gratificante enquanto outras não lhe dão valor antecipadamente (Colman & Colman, 1994). Contudo, os autores convergem na opinião referente à existência de uma relação entre a qualidade da experiência de parto e o estado emocional da mulher nos primeiros dias após o evento. Para Costa, Pacheco e Figueiredo (2007) a experiência emocional que ocorre no parto tem um papel determinante na saúde mental materna e pode representar um papel chave na génese de sintomatologia depressiva após o parto. Os autores (*idem*) consideram que a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais, um pouco negligenciada em contextos de saúde, merece uma reavaliação com a finalidade de proporcionar melhores experiências.

Sabendo a crescente importância que tem sido dada ao conhecimento da experiência de parto e dos factores susceptíveis de a influenciar alguns estudos evidenciam que a dor sentida, o tipo de parto, a presença de uma pessoa significativa e a possibilidade de contacto imediato com o bebé são aspectos que interferem na qualidade experiência (Figueiredo *e tal*, 2002). Outros estudos ainda defendem haver aspectos que têm sido salientados na percepção que as mulheres têm da sua experiência de parto: o controlo percebido, o suporte emocional e a dor (Schneider, 2002; Waldenström, 1999; citados por Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007).

No que se refere à dor experimentada durante o parto o facto é reconhecido por todas as informantes como uma experiência individual e esperada. O interesse deste fenómeno é tão generalizado que alguns estudos sobre a percepção da parturiente acerca da qualidade dos cuidados durante o parto são influenciados, entre outras, pelas questões relacionadas com o alívio da dor (Hodnett, 2002, citado por Olayemi, 2005).

Teresa Joaquim (1983) ao estudar as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal refere-se à dor como um *“ritual de passagem”*. É uma mudança algo brusca e íntima requerendo uma reestruturação do contexto pessoal e familiar e uma readaptação breve (Cordeiro, 1987).

Entre outros, um estudo realizado com primíparas e múltiparas sobre a percepção de dor no trabalho de parto e parto, em dois momentos separados no tempo (Niven, 1988, citado por Figueiredo *et al.*, 2002), evidencia que após a aplicação de um questionário sobre a percepção de dor e da sua avaliação pela escala analógica<sup>19</sup>, a lembrança do acontecimento se mantinha praticamente inalterada passados cinco anos. Decorrendo de várias investigações as conclusões apontam para a existência de um padrão comum de comportamento face à presença de dor no parto: a experiência de dor é um dos acontecimentos de maior relevância na vivência do nascimento (Leventhal *et al.*, 1989, citados por Figueiredo *et al.*, 2002) sendo uma imagem que permanece na memória independentemente das técnicas usadas no seu controlo, interferindo na disponibilidade para voltar a engravidar (Wideman & Singer, 1984, citados por Figueiredo *et al.*, 2002).

Numa pesquisa mais recente sobre a experiência de parto Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003) concluíram que, para a generalidade das mulheres, o nível de dor sentido pode considerar-se significativo sendo que, para mais de metade das participantes, a dor sentida foi qualificada como *“muito dolorosa”*. Estes, bem como os resultados anteriores, estão de acordo com os encontrados neste estudo. Aliás, o fenómeno *“dor no parto”* é algo de muito presente no discurso das grávidas. Durante o diálogo algumas das participantes exprimiram a sua preocupação quanto à antevisão do desconforto que o trabalho de parto poderia provocar manifestando os comportamentos alternativos a que recorreriam para lidar com esse constrangimento. Visto tratar-se da primeira experiência o termo de comparação era o resultado da observação de outra parturiente em trabalho de parto ou mesmo a avaliação do seu próprio limiar. Sentiram a experiência como um momento de dificuldade ultrapassado pelo recurso às técnicas de alívio disponíveis: auto controlo e analgesia epidural. A experiência chegou mesmo a ser descrita como *“muito dolorosa”, “dores horríveis”, “o meu corpo parecia que se ia abrir todo”, “contrações cada vez mais dolorosas”, “foi uma experiência horrível”, “se é assim com quatro centímetros, aos dez morro”*.

Na investigação já referida e efectuada por Niven (1988, citado por Figueiredo *et al.*, 2002) apesar das dificuldades que sentiram, as mulheres entrevistadas foram capazes de reconhecer o

---

<sup>19</sup> «McGuill Pain Questionnaire» (MPQ, Melzack, 1975) e «Visual Analogue Scale» (VAS, Scott & Huskisson, 1976) citados por Figueiredo *et al.* (2002)

lado positivo da experiência nomeadamente uma maior aptidão para gerir situações idênticas. O mesmo autor salienta que quando a experiência é sentida como positiva a protagonista refere-se ao acontecimento como sendo pessoalmente enriquecedor e fonte de bem-estar, trazendo uma sensação de controlo e eficácia bem como a capacidade de influenciar o ambiente (Niven, 1988, citado por Costa *et al.*, 2003). Quando surgem sentimentos negativos habitualmente estão relacionados com a dor sentida bem como com a falta de controlo, tristeza, perda de noção de tempo e lugar (Thune-Larsen & Pedersen, 1988, citados por Frias & Franco, 2008).

Embora esteja descrito por alguns autores que uma experiência de parto com elevado nível de dor tende a dificultar o início da relação mãe-filho aparentemente, existiu um fenómeno de reconversão: o desconforto causado pela dor é substituído pela satisfação gerada pelo nascimento do bebé em boas condições. Associado à severidade do fenómeno doloroso encontramos a compensação do sofrimento no nascimento bem sucedido e no encontro com o bebé que tudo faz esquecer. Ainda que reconheçam alguma dificuldade em lidar com a dor e que esse desconforto condicionou a vivência em termos da sua plenitude as informantes declararam-se satisfeitas verbalizando que “o importante é ter corrido tudo bem”.

Como refere Canavarro (2001), o final da gravidez é considerado como uma fase de preparação para a separação do bebé imaginário. Este período, que termina com o parto, caracteriza-se pelo aumento da ansiedade e existência de sentimentos ambivalentes (Mercer, 1996, citado por Canavarro, 2001). Se, na opinião de Colman e Colman (1994:178, citado por Canavaro, 2001), ser mãe “é uma acomodação contínua entre expectativas e realidades” este facto verifica-se logo após o nascimento na sequência do confronto com o bebé real, a consequente comparação com o bebé imaginário e, finalmente a aceitação da criança que acabou de nascer.

Os primeiros momentos após o parto são de grande intensidade emocional e vulnerabilidade. Depois de ter imaginado um bebé que dependia totalmente de si, iniciando assim uma relação precoce, com a aproximação do momento do parto a mulher prepara-se para desempenhar um novo papel. E, ao assumir o estatuto de mãe, inaugura um novo período da sua vida: a maternidade (Klaus e Kennell, 1993; Brazelton & Cramer, 2000). Com o parto finaliza a ideia do bebé imaginado e, em simultâneo, surge um ser com vida própria: o bebé real. Para se adaptar a este novo ciclo a mulher necessita, mais do que nunca, de apoio emocional sendo este um ingrediente essencial na promoção do vínculo com o recém-nascido (Klaus, Kennel e Klaus, 2000). No encontro com o bebé real as participantes deste estudo referiram sentimentos de tranquilidade e alívio por terem, finalmente, o bebé junto de si.

Tem sido cada vez maior a adesão à participação do casal em todas as intervenções que dizem respeito ao nascimento de um filho. Embora a presença de um acompanhante esteja prevista legalmente nem sempre é facilmente conciliável com a estrutura das organizações prestadoras de cuidados que, por vezes, não garantem todas as condições para o exercício desse direito. Porém, este comportamento tem tido cada vez maior aprovação por parte dos casais e a presença de um acompanhante na sala de partos é um assunto muito divulgado. Vários são os estudos que nos dão a conhecer que a presença de uma figura de suporte tem um efeito benéfico no bem-estar físico da parturiente, representando também uma forte contribuição para o seu equilíbrio emocional (Brazelton, 1981; Cranley *et al.*, 1983, citados por Figueiredo *et al.*, 2002).

Embora ainda se possua pouca informação sobre os motivos que conduzem o pai na decisão de estar presente no episódio do nascimento de um filho, uma pesquisa levada a cabo em Israel por Keinam & Hobfoll (1989, citados por Figueiredo *et al.*, 2002) concluiu que as primíparas demonstravam menor ansiedade quando podiam contar com a presença do progenitor. Outro estudo ainda mais recente realizado por Chandler (1997) com casais norte-americanos revelou que os pais manifestaram diversas emoções tais como medo e preocupação por não serem capazes de ajudar a parturiente no alívio do desconforto provocado pela dor. Afirmaram necessitar, nesse momento, da confirmação de que estariam a fazer tudo o que estava ao seu alcance e que nesse caso, algum apoio por parte da equipa de cuidados teria ajudado a sentirem-se mais conformados. A autora comenta ainda que, não obstante o facto de a presença do pai no parto ser declaradamente aceite eles ainda não se sentem totalmente envolvidos no processo: não sabem que papel se supõe que desempenhem nem tão-pouco se sentem na condição de “casal em trabalho de parto” mas apenas acompanhantes.

Nos resultados que apresentámos, as participantes confirmaram que a presença do conjugue foi um factor de ajuda, especialmente nos momentos de maior aflição, quer ocasionada pelo desconforto da dor provocada pelas contracções quer pelos receios associados ao bem-estar do bebé. Apreciaram a sua companhia e sentiram-se mais seguras. Quando, por situações relacionadas com as regras da própria instituição o pai não pôde estar presente as respondentes lamentaram o facto. No entanto, apenas uma das informantes referiu ter se sentido “abandonada” e entregue à sua solidão por não ter beneficiado de qualquer apoio dos profissionais e ter tido o infortúnio de se encontrar sem companhia de outra parturiente facto que mostra bem a importância do suporte social e da relação de ajuda neste processo.



Não só a presença do pai é referida como factor de suporte na pesquisa que realizámos. Igualmente, a atitude dos prestadores de cuidados foi muito apreciada. Neste caso, apenas os elementos do grupo profissional de enfermeiras foi referido como interveniente no processo.

A propósito do papel decisivo que a relação de ajuda pode significar no processo do nascimento, Hallgreen, Kihlgren e Olsson (2005) defendem que as parturientes que são cuidadas pelas parteiras e recebem da parte destas o apoio emocional que necessitam ficam mais aptas a gerir as dificuldades do trabalho de parto. Segundo o mesmo estudo, o que as mulheres consideram ser cuidados satisfatórios relacionam-se com a promoção de apoio emocional, físico, psicológico e espiritual pelos cuidadores. Nestes termos, o estímulo e a ajuda na gestão das dificuldades que surgem ao longo do processo do nascimento caracterizam uma experiência positiva. E mesmo nas situações mais complicadas, as mulheres referem que o apoio proporcionado pelos técnicos envolvidos fazem com que se sintam mais respeitadas e ajudam-nas lidar melhor com a situação. Hodnett, Gates, Hofmeyer & Sakala (2005), referindo-se ao mesmo tema concluem existir um maior índice de satisfação, menor recurso à analgesia ou mesmo a métodos instrumentais no parto quando as parturientes são alvo de acções programadas e continuadas de suporte emocional.

Partindo das concepções de Barker (1968, citado por Soczka, 2005:36) nas quais defendia ser o ambiente constituído por um arranjo improvável de objectos e acontecimentos que forçam o comportamento de acordo com um padrão dinâmico, as respostas das participantes sobre a descrição do ambiente físico deixaram conhecer algumas ideias comuns no seu discurso. A análise evidenciou a preponderância dos seguintes elementos: dimensões do espaço ambiental e relação interpessoal. De acordo com a análise ao nível da interacção pessoa/espaço ambiental as dimensões que despertaram o interesse das participantes no sentido da possível influência sobre o seu comportamento foram: luminosidade, ruído e privacidade.

Entre as várias radiações a que o nosso organismo está sujeito a que mais se relaciona com a conduta é a luz. A grande quantidade de informação que o ser humano capta pela visão é tão importante que se torna essencial proporcionar uma iluminação conveniente ao desenvolvimento do trabalho e da vida social (Sanabra, 1986). Estudos realizados por Nelson & Landsford (1970, citados por Sanabra, 1986) revelaram que em ambientes de interior a escolha da cor estava relacionada com o tipo de iluminação existente por se considerar que a iluminação influenciava o comportamento. Constataram que com a iluminação artificial de baixa ou média intensidade se preferem cores frias enquanto que com iluminação mais potente é preferível usar tonalidades mais quentes.

Também verificou diferenças preferenciais entre sexo e grupos etários. Os jovens são mais atraídos pelas intermitências e as mulheres pela iluminação artificial.

No presente estudo, uma das características do ambiente que mais despertou a atenção das respondentes foi a luminosidade do cenário comportamental. As opiniões foram variadas: três respondentes mostraram-se agradadas com a qualidade da iluminação e outras três afirmaram que a sala devia ser mais iluminada. Outra participante relacionou o estado de espírito com a iluminação comentando: “*a luz inspira-nos*” e que “*a luz dá-nos alegria.*” Relativamente ao ruído duas respondentes comentaram sentirem-se incomodadas com o ruído produzido pela conversa dos auxiliares em tom elevado. Outras duas referiram que o ruído provocado pelas obras era desconfortável.

Após os estudos de Altman (1975) a privacidade passou a ser entendida como um processo selectivo de controlo da interacção social e da informação oferecida aos outros. A pessoa tem privacidade quando pode escolher entre estar só e estar acompanhada. Nestes termos, a privacidade é entendida como a procura da interacção desejada (Altman, 1975, citado por Valera & Vidal, 1998).

Westin (citado por Proshansky, 1970c), na tentativa de compreender o significado da privacidade, sugere a existência de quatro estados: solidão, intimidade, anonimato e reserva.

A *solidão* é o estado de privacidade no qual uma pessoa está só e livre da observação dos outros. No entanto, não deixa de estar sujeita a estímulos de natureza sensitiva (olfactiva, auditiva e táctil) bem como de sensações como calor, frio, dor.

O *anonimato* é um estado no qual o indivíduo está livre de ser identificado e vigiado num contexto público.

A *intimidade* é uma forma de privacidade procurada por duas ou mais pessoas com a finalidade de alcançar relações interpessoais entre os seus membros que, são por exemplo, marido e mulher, membros de uma família. Neste caso, os requisitos da privacidade vão além da impossibilidade de observação por outrem; existe uma tentativa para impedir a acção dos estímulos sensitivos exteriores ás fronteiras de determinado contexto.

A *reserva* é um estado de privacidade que permite a cada pessoa, mesmo nas situações íntimas, não revelar algumas características de si próprio que são demasiado pessoais ou desrespeitadas. Westin (citado por Proshansky, 1970c) defende que, entre outras, uma das funções dos vários estados da privacidade é a conservação da autonomia que o indivíduo necessita.

No presente estudo, a maioria das participantes referiu que o cenário comportamental lhes proporcionou a intimidade necessária ao controlo da interacção. Asseguraram que a partilha das preocupações relacionadas com o parto era mais tranquilizadora do que a sua vivência individual mesmo quando se tratava de interagir com uma pessoa desconhecida.

Uma das facetas mais relevantes da interacção pessoa-espaço ambiental é constituída pelo processo através do qual o espaço físico se transforma num espaço com significado para a pessoa (Corraliza, 1998:59). Na opinião de Ittelson (1973, citado por Corraliza, 1998) o ambiente é um território emocional. O significado do ambiente é um conjunto de circunstâncias que permitem que uma pessoa compreenda o que é para si um determinado lugar. Estas interpretações realizam-se através da descodificação de sinais de carácter informativo presentes no ambiente; decifrar esta informação constitui o primeiro nível da relação da pessoa com o ambiente, ou seja, o sujeito estabelece o seu primeiro ponto de interacção com o ambiente.

Para Corraliza (1998, citando Mehrabian, 1980) do ponto de vista estritamente ambiental as reacções emocionais representam o centro da resposta humana a qualquer tipo de ambiente. No início de uma relação do sujeito com o ambiente (natural ou construído) as dimensões afectivas que encontramos são fundamentais à construção da imagem ambiental e decisivas no tipo de acção que ele vai desencadear num determinado espaço. O autor (idem) conclui que quando os lugares são avaliados positivamente prevalecem os sentimentos de prazer. Partilhando a mesma ideia Day (2002, citado por Figueiredo, 2005) afirma que “*o ambiente físico influencia-nos, mas trabalha directamente nos nossos sentimentos, tornando-se ainda mais subtil e poderoso*”.

De facto, a enunciação da relação humana como factor determinante na interacção é notória. Já Proshansky *et al* (1970:28) se referiam ao papel desempenhado pelo ser humano na interacção no contexto ambiental. Na investigação realizada por estes psicólogos a propósito de indagar que características deveria possuir o desenho de uma enfermaria psiquiátrica de modo a influenciar a interacção social com fins terapêuticos, os autores concluíram que ao nível da interacção humana o indivíduo responde não a uma difusão de estímulos mas sim a outra pessoa numa actividade especial e com um propósito específico. Por analogia com o citado estudo constatámos que as informantes valorizaram menos os aspectos físicos do ambiente detendo-se mais em considerações que realçaram a preponderância da relação interpessoal no contexto do cenário comportamental. Expressaram que a relação empática com os profissionais de saúde se mostrou favorável à promoção seu bem-estar apesar das dificuldades relacionadas com os mecanismos fisiológicos do trabalho de parto. No final o resultado foi satisfatório.

Tal como havíamos revelado no ponto 6.4 a propósito da apresentação da dimensão interpessoal é interessante a constatação do peso que a relação interpessoal assume no contexto físico e social do espaço ambiental. No decurso da entrevista, em resposta às questões nas quais se procurava a opinião das informantes sobre as variadas temáticas, verificou-se uma tendência uniforme na valorização da componente relacional sendo perceptível nos blocos V e VI (Anexo VI). Essa opinião que foi repetida ao longo do discurso, deu-nos a entender que as parturientes procuravam nos outros actores (profissionais, acompanhantes e outras parturientes) um relacionamento que harmonizasse as dificuldades sentidas naquele momento.



## 8. CONCLUSÕES

A ideia inicial que despertou a nossa curiosidade para a realização da pesquisa que agora completamos surge ligada ao imaginário da organização e vivência do espaço numa sala de partos. Esta imagem reflecte a inquietação para o conhecimento dos significados da interacção homem/espaço construído e vivido, na área do desempenho profissional. Pretende-se, por meio da investigação, conhecer a dinâmica dessa interacção suscitada pelo uso do espaço, do ponto de vista da Psicologia Ambiental enquanto disciplina que integra o quadro conceptual da Ecologia Humana.

A pesquisa teve o seu ponto de partida na seguinte questão: *“Como é que a parturiente se refere ao contexto físico e social da sala de partos e qual a sua influência em termos do seu bem-estar?”*

Neste estudo cuja finalidade foi promover a investigação sobre o tema o nascimento e o espaço ambiental aspirámos conhecer a forma como algumas mulheres viveram o nascimento dos seus filhos num contexto institucional e como se reviram na relação com o ambiente físico e social. Assim, parto deve ser olhado como um todo que pressupõe a interacção dinâmica da parturiente com o espaço físico e o contexto social.

Atendendo a estes factos, a pesquisa foi desenvolvida propondo o seguinte objectivo:

*“Descrever as vivências de parturientes, no decurso do nascimento de seus filhos, em particular no que concerne à interacção da pessoa com o ambiente físico e social”.*

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa cuja opção metodológica se baseou nas convicções dos autores consultados e também por se revelar mais adequada à evidência dos processos individuais e das significações da natureza da interacção a que a pesquisa se propôs conhecer. Concretamente, fez-se a análise da informação recolhida por meio da observação não participativa do espaço em estudo e entrevista semi-estruturada a 12 mulheres que se disponibilizaram para colaborar.

Para concretizar o objectivo apontado foi traçado um desenho metodológico que conciliasse o estudo dos temas sob investigação: a maternidade e o espaço ambiental. Optou-se por uma metodologia qualitativa dado tratar-se de um estudo que procurou conhecer os contornos de uma experiência humana. Procurámos desvendar o sistema de relações que deu forma ao quotidiano das

parturientes enquanto utilizadoras de uma sala de partos e, neste caso, enveredámos por uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo.

Dada a natureza do estudo, os resultados obtidos que não são passíveis de generalizações. No entanto permitiram-nos uma melhor compreensão das vivências das parturientes, nomeadamente da forma como interagiram com o ambiente físico e social. Nas conclusões que agora apresentamos procuramos sintetizar os aspectos mais significativos, do modo como esta experiência foi vivida pelos sujeitos.

É de salientar a disponibilidade e entusiasmo das mulheres na participação, particularmente na abordagem dos assuntos respeitantes à gestação e vivência do nascimento facto que é revelador da importância que teve a experiência da gravidez e parto na sua vida. Foi, notório que na apreciação dos aspectos físicos e sociais do espaço ambiental, a dimensão que se evidenciou está relacionada com os sentimentos despertados pela interacção com as pessoas que actuavam naquele cenário: profissionais de saúde (enfermeiras, médicos), auxiliares de acção médica, o progenitor e outras parturientes.

Apresenta-se de seguida, uma síntese das conclusões mais significativas resultantes da análise dos vários temas que reproduziram a vivência do fenómeno em estudo.

A área temática história da gravidez deixou em destaque a vivência da gravidez como uma experiência integral. As respondentes deram-nos a conhecer que, de acordo com diversos factores (sociais, culturais, familiares e individuais), a gravidez foi uma experiência marcada pela singularidade despertando sentimentos variados e contrastantes. A satisfação pelo desempenho do novo papel surge a par da insegurança originada por incertezas que despontam na incapacidade de o ser humano conduzir o processo da gestação. Os receios surgem desencadeados por incertezas ligadas ao bem-estar materno-fetal bem como pela inexperiência no desempenho do novo papel. Por outro lado, a gestante assume-se como protagonista na condução do imaginário da sua gravidez iniciando uma relação afectiva com o feto. Esta relação precoce, que se antecipa ao próprio nascimento, constrói uma realidade que passa pela vivência individual e, com frequência, partilhada com o progenitor facto esse promotor de tranquilidade e reforço da auto estima da grávida. As suas expectativas centraram-se na certificação do bem-estar do bebé por meio da vigilância de saúde, na aquisição de competências para o papel parental e na aprendizagem do auto controlo. Uma participante referiu o *papel* estabilizador do progenitor enquanto outra evidenciou alguma ansiedade resultante da instabilidade relacional.

Procurámos conhecer se teria existido alguma experiência anterior de internamento no espaço onde se realizou o estudo uma vez que uma experiência anterior podia condicionar a qualidade da vivência. A maioria das respondentes desconhecia o espaço. Duas informantes estiveram internadas devido a intercorrência clínica. Apenas uma demonstrou uma predisposição negativa condicionada pela experiência anterior.

O facto de haver entre as informantes profissionais de saúde que estavam familiarizadas com o lugar bem como outras que já tinham visitado as instalações não indicou nenhuma ideia preconcebida ou predisposição que pudesse influenciar a experiência quer no sentido positivo ou negativo.

Na sequência do conhecimento da história da gravidez e suas implicações no bem-estar das participantes e procurando dar resposta à questão de partida, após a exploração do tema vivência no trabalho de parto e parto, as participantes foram capazes de comentar o seu desempenho e valorizar o amparo recebido. No contexto da avaliação que faz da sua vivência a mulher exterioriza-se numa atitude de contemplação do próprio desempenho nos acontecimentos, numa espécie de suspensão que lhe permite ver a experiência em si mesmo (Patton, 1990). A “*expressão física de dor*” revela-nos a subjectividade do fenómeno dor no parto. A sua vivência é singular, acontecendo quando e como o sujeito a descreve. É um evento cuja expectativa se torna inevitável e que algumas respondentes aceitam com resignação e outras preferem esquecer. Todas as participantes descreveram a experiência do nascimento dos filhos como um acontecimento marcante e inesquecível sobressaindo no registo “*experiência positiva*”. Apesar de constituir um momento com algumas dificuldades que nem sempre ultrapassaram sem sofrimento, as mulheres guardam uma imagem positiva do acontecimento. Assim, a negatividade gerada pela vivência de dor é reconvertida pela presença de um “produto final”, o recém-nascido, cuja existência produz um sentimento que é compensatório.

Receber ajuda num momento difícil é algo que foi desejado pelas participantes. Procuraram apoio no “*progenitor*” e nos “*técnicos*” na expectativa de que tudo corresse bem. Assim, no contexto da vivência do nascimento a relação de ajuda surge como uma componente à qual a mulher atribui significado evidenciando a importância do suporte social no cenário ambiental.

Finalmente, caminhámos na procura de informação que nos desse a conhecer a influência do cenário comportamental na vivência do nascimento. Procurámos conhecer as características da

interacção que as parturientes desenvolveram no contexto do espaço ambiental da sala de partos do ponto de vista físico e social.

A temática “*dimensões do espaço*” deixa-nos conhecer que o espaço físico e as pessoas que o utilizam se relacionam e que o comportamento destas é influenciado pela interacção que desenvolvem. Nas dimensões citadas pelas participantes como tendo interferido no seu bem-estar encontram-se: a luminosidade, o ruído e a privacidade.

O discurso das informantes revela-nos que a qualidade da iluminação dos espaços influencia o bem-estar dos seus utilizadores. Expressões como “*estava um dia de sol*”, “*tinha luz e transmitiu-me muita paz*”, “*assim que olhei para a luz trouxeram-me o bebé*”, “*estava a receber a luz do dia...foi bastante agradável*”, “*escuríssimo...é uma pena*”, “*a luz inspira-nos, dá-nos outra alegria*” deixa-nos conhecer que, durante a sua permanência, as parturientes não foram indiferentes às características da iluminação dos espaços por onde passaram a ponto de lhes despertar sentimentos que indicaram agrado ou desagrado.

A verbalização de que o ambiente estava calmo ou da ocorrência de ruídos particularmente ocasionados pelos profissionais no desempenho das suas tarefas transmite-nos a informação de duas características opostas que interferiram no bem-estar das informantes. Parece ser útil que os profissionais de saúde interiorizem que a serenidade é um factor de equilíbrio num ambiente terapêutico.

Na opinião de Gappell (1995, citados por Figueiredo, 2005) o nosso bem-estar físico é influenciado por vários elementos ambientais entre os quais a luz, a cor, o som e o aroma. A cor influencia as emoções e o ruído, como factor de stress, pode ser responsável pela diminuição da resistência à dor e a privação de luz natural pode induzir alterações graves nos estados de humor dos pacientes.

Entendendo a privacidade como um processo dinâmico de selectividade por meio do qual o indivíduo regula o acesso e a exposição visual ao seu domínio privado regulando a interacção para níveis desejados consideramos que, na sua maioria, as respondentes consideraram que o cenário comportamental lhes facultou o nível de interacção que pretenderam. Tal não ocorreu em dois casos devido às condições físicas do próprio cenário bem como pelo facto de os profissionais não fazerem uso adequado das barreiras que facilitam os processos restritivos da interacção quando isso era desejado.

Como oportunamente referenciámos, o ambiente adquire um determinado significado para uma pessoa que o vivencia em função de um conjunto de circunstâncias que lhe permitem assimilar o

que é para si um determinado lugar. Esta é uma das facetas mais importantes da relação pessoa- espaço ambiental. A realidade não pode ser sentida de igual modo por duas pessoas. A subjectividade da experiência deixa-nos perceber que a realidade que vemos só tem sentido quando, através da vivência, tomamos contacto com o mundo em que vivemos. Não conhecemos uma experiência directamente: reflectimos acerca do que já passou e assim ficamos a conhecer um acontecimento. Ou seja, a interpretação dos factos é essencial para que uma experiência possa ser entendida (Patton, 1990).

A vivência, enquanto processo subjectivo pode ajudar-nos a compreender as múltiplas relações que o indivíduo estabelece com o ambiente. Exprime uma relação afectiva do indivíduo formando com o meio um todo não perceptível que constitui uma unidade dialéctica: o interior está relacionado com os afectos e o exterior relaciona-se com a privacidade, ruído, cor, luz. Esse todo de um espaço físico constitui o espaço de vivência. É precisamente essa vivência que pode ser o ponto de partida para a transformação dos espaços em que o ser humano desenvolve e perpetua a sua existência, entendendo-a como mudança na forma de os conceber e nos modos como estabelece as relações entre a pessoa e o contexto físico.

A verbalização das informantes acerca da experiência do nascimento dos seus filhos deixou perceptível a importância da interacção com o ambiente. Por meio das suas declarações foi possível identificar a influência do cenário comportamental na vivência do nascimento. A análise dos resultados encontrados transmite-nos a ideia de que no contexto das questões que nos conduziram ao longo da investigação, o processo da gravidez e nascimento de um filho é um acontecimento social de grande relevância na estabilidade emocional das famílias e um evento cultural que merece a atenção das instituições. Os resultados enfatizam a vivência do parto e a valorização atribuída ao processamento da interacção entre os diversos actores no ponto de vista das participantes. O enfoque recaiu sobre a relação interpessoal sendo este o elemento do espaço ambiental com significado mais relevante na opinião das respondentes.

No âmbito da influência do espaço ambiental na vivência do parto a componente relacional sobressai no discurso das respondentes que destacam a sua relevância pelo facto de a introduzirem no seu discurso ao comentarem outros temas. Esta questão foi notória quando algum factor ambiental se revelava desfavorável ao bem-estar da participante e a relação interpessoal sobressaía como condição mais importante.

Embora os resultados obtidos não permitam encontrar um padrão definido para o comportamento das parturientes na sala de partos, tendo em atenção a relação que estabeleceram com o espaço

ambiental, confiamos que a pesquisa possa representar um contributo válido para a realização de estudos futuros que procurem compreender esta afinidade sob outros pontos de vista e melhorar as intervenções tendentes transformar a vivência do nascimento num processo mais humanizado.

Quanto às limitações deste estudo gostaríamos de realçar as que resultaram das dificuldades que sentimos na sua operacionalização a partir do ponto de vista da Psicologia Ambiental. A aparente escassez na divulgação de estudos recentes, no âmbito desta temática, trouxe várias dificuldades na fase inicial traduzindo alguma inércia que, entretanto, vencemos. Acreditamos, contudo, ter contribuído para a identificação de alguns dos factores do espaço ambiental que influenciam o desempenho das mulheres no decurso do parto.

Tratando-se de um estudo exploratório, vale, essencialmente, pela riqueza da experiência de vida e pelo seu contributo no conhecimento de alguns contornos deste fenómeno e também pelo esforço que representa a chamada de atenção sobre as ligações entre o ambiente e a saúde. E se a generalização dos resultados deste estudo à prática profissional está fora do âmbito deste trabalho no entanto, o entrosamento com o real suscitou algumas reflexões que queremos referir.

Tendo por base as considerações suscitadas nesta pesquisa, melhorar a qualidade do espaço físico potenciando as suas características terapêuticas é uma reflexão interessante. De acordo com a opinião de algumas informantes o ruído resultante da manipulação dos objectos de limpeza bem como o diálogo mantido pelas funcionárias durante a execução das tarefas é perturbador e actua como agente stressor.

O conhecimento da experiência vivida pelas participantes, ajuda-nos a partir para a redefinição de algumas estratégias relativas a cuidar a mulher durante este momento. É essencial que se compreenda que a vivência o parto, é uma partilha de emoções, sentimentos e até de experiências que transformam este instante numa encruzilhada relacional. Esta questão, passa pelo reconhecimento institucional da necessidade de humanizar os cuidados.

Compreender o significado da relação pessoa/espaço ambiental durante o parto, tem igualmente implicações na definição de estratégias futuras para cuidar a mulher nesta fase da vida. Ajudará também, decerto, a um melhor conhecimento do papel dos profissionais de saúde e permitirá a estes avaliar as suas habilidades no âmbito do relacionamento interpessoal. Esta relação, bidireccional, trará benefícios mútuos: por um lado, a satisfação da mulher/casal e vivência compensadora da maternidade; por outro, o crescimento pessoal e profissional dos intervenientes.

Considerando que o estudo da relação entre o comportamento e o espaço ambiental é uma matéria ainda pouco investigada entre nós pareceu-nos oportuno deixar sugestões que, eventualmente, poderão conduzir ao aprofundamento do tema:

- Pesquisa idêntica numa amostra com múltiparas, que permitiria entre outros aspectos, identificar a forma como se altera a percepção do cenário comportamental e a influência que a experiência vivida tem na percepção deste cenário comportamental.
- O ponto de vista dos profissionais no que se refere à interacção da pessoa com o espaço ambiental, na sala de partos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiello, J. (1987) Human Spatial Behavior. In D. Stokols & I. Altman (Eds.) *Handbook of environmental psychology*. New York: J. Wiley & Sons.
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Altman, I. (1975). *Environment and social behavior: privacy, personal space, territory and crowding*. Monterrey: Books/Cole
- Altman, I. (1977). Research on environment and behavior: a personal statement of strategy, in D. Stokols: *Perspectives on environment and behavior – theory, research and applications*. New York and London: Plenum Press
- Altman, I. & Chemers, M. (1980). *Culture and environment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Alquié, F. (1970). *L'expérience*. 4<sup>ème</sup> ed. Paris: Presses Universitaires de France
- Aragonés, J. (1986). Cognición Ambiental, in I. Burrillo & J. Aragonés: *Introducción a la psicología ambiental*. Madrid: Alianza Editorial
- Aragonés, J. & Amérigo, M. (1998). *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ayers, S. & Pickering, A. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and health*, vol 20, nº1, pp 79-92
- Bachelard, G. (1998). *A poética do espaço*. São Paulo: Martins Fontes, 3<sup>a</sup> ed.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barker, R. (1968). *Ecological psychology: concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Stanford, California: Stanford University Press
- Barrio, I. (1998). Factores físicos medioambientales, in M. Amérigo & J. Aragonés: *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirâmide
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva-Publicações, 2<sup>a</sup> ed.
- Bell, P.A., Greene, T.A., Fisher, J.D., & Baum, A. (2001). *Environmental psychology*. 5<sup>th</sup> ed. Orlando: Harcourt College Publishers.



- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*, Porto, Porto Editora
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família – O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2000). *A realção mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar
- Brito, J. (2001). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. Braga. Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa
- Burgess, R. (1992). *Studies in qualitative methodology: learning about field work*. Vol.3. London: Jai Pesss Inc.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Burillo, F. (1986). Historia, concepto y teorías en psicología ambiental. In F. burillo & J. Aragonés, *Introdución a la psicología ambiental*. Madrid: Alianza Editorial
- Burillo, F. & Aragonés, J. (Org) (1986). *Introducción a la psicología ambiental*. Madrid: Alianza Editorial
- Caetano, E. (1998). *Tecnologia da Universidade de Internamento Hospitalar* (Dissertação para concurso de professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Canavarro, M.(Coord.) (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Lisboa: Quarteto Editora
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carneiro, C. (1997). *A Psicologia ecológica e o estudo dos acontecimentos da vida diária*. Estudos de psicologia (Natal), vol.2, nº2. Consultado em 10 de Fevereiro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Carvalho, J. (2000). O impacto da ansiedade nas grávidas nulíparas. *Revista Investigação em enfermagem*. (2000), nº2 – Agosto:29-38
- Cassidy, T.(1997). *Environmental psychology: behaviour and experience in context*. UK, East Sussex: Psychology Press, Publishers

- Cohen, L. & Manion, L. (1990). *Métodos de investigação educativa*. Madrid: Editorial La Muralla, SA
- Cordeiro, J. (1987). *A Saúde mental e a vida*. 2ª ed. Lisboa: Edições Salamandra
- Chandler, S. & Field, P. (1997). Becoming a father: first time experience of labor and delivery. [Versão electrónica]. *Journal of Nurse-Midwifery*. Vol. 42, No. 1:17-23, January/February
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez, a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco & Pais, I.(2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde e Doenças* 8 (1), 49-66.
- Corraliza, J. (1998). Emoción y ambiente, in M. Américo & J. Aragonés: *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. [Versão electrónica] *Psicologia, Saúde e Doenças* 4 (1), 47-68
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia após o parto. [Versão electrónica] *Revista de Psicologia Clínica* 34 (4): 157-165
- Cullen, G. (1971). *Paisagem urbana*. Lisboa: Edições 70. Arquitectura e urbanismo
- Davidoff, L. L. (1983). *Introdução à psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil
- Delay, J. & Pichot, P. (1982). *Psicologia*. Rio de Janeiro: Masson
- Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde do Alentejo e Algarve (1993) – Hospital do Barlavento Algarvio. Programa Funcional.
- Dickinson, J., Paech, M, McDonald, S. & Evans, S. (2003). Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. [Versão electrónica] *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 43:463-468
- Ecco, U. (2001). *Como se faz uma tese em ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Evans, G. & Mccdy, J. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. USA. *Journal of Environmental Psychology*. Academic Press, article nº ps980089.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Evaluacion de ambientes: una aplicacion de la psicologia ambiental, in F. Burillo & J. Aragonés (Org): *Introducción a la psicología ambiental*. Madrid: Alianza Editorial

- Ferreira, F. (1989). *Sistemas de saúde e seu funcionamento: sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, B., Costa, R.& Pacheco, A. (2002). *Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. Análise Psicológica*, 2 (xx): 203-217
- Figueiredo, E. (2005). Ambientes de saúde: o hospital numa perspectiva ambiental terapêutica, in L. Soczka (Org.). *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolsas.
- Fisher, G. (1994). *Psicologia social do ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: pensar o sofrimento*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento
- Fornara, F. (2005). User's evaluative responses to spatio-physical humanization: the case of hospital environments. In B. Martens and A. Keul (Eds.). *Designing social innovation*. Gottinger: Hogrefe.
- Fortin, M.-F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ªed. Lisboa: Lusociência
- Frias, A. & Franco. V. (2008). Percepção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *INFAD. Revista de Psicologia*, nº1, vol.1: 37-46.
- Friedman, S. & Wachs, T. (Eds) (1999). *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Gifford, R. (1997). *Environmental psychology: principles and practices*. 2<sup>nd</sup> ed., London: Allfon and Bacon.
- Gil, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ªed. S.Paulo: Editora Atlas
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. 2ªed. Oeiras: Celta Editora
- Graça, L. e colab. (2005). *Medicina materno-fetal*. 3ªed. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas*. Lisboa: Principia Editora
- Guyton, A. & Hall, J. (2000). *Tratado de fisiologia médica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam. 1ª ed em 1956
- Hall, E. (1966). *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio D'Água Editores

- Hall, E. (1970). The anthropology of space: an organizing model, in H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (Eds.). *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental Psychology Program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc Hallgreen.
- Hawley, A. (1991). *Human ecology: a theoretical essay*. Madrid: Editorial Tecnos, SA
- Harvey, J. (Ed.) (1981). *Cognition, social behavior, and the environment*. Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Publishers
- Harry, H. (2001). *Ecological psychology in context: James Gibson, Roger Barker, and the legacy of William James' radical empiricism*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Denison University
- Helman, C. (1994). *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto alegre: Artes Médicas
- Honett, E., Gates, S. Homeyr & Sakala, C. (2005). Continuous support for women during childbirth. [Versão electrónica] *Birth* 32:1, March
- IP, W., Y. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing*: 9: 265-272
- Ittelson, W., Rivlin, L. & Proshansky, H. (1970). The use of behavioral maps in environmental psychology, in H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (Eds.). *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental psychology program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Kao, B.-C., Gau, M.-L., Wu, S.-F., Kuo, B.-J. & Lee, T.-Y. (2004). A comparative study of expectant parent's childbirth expectations. [Versão electrónica] *Journal of Nursing Research* Vol. 12, No. 3
- Kendler, H. (1974). *Introdução à psicologia*. Vol. 1, 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Instituto Piaget. Lisboa
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1993). *Pais/bebé: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Klaus, M., Kennel, J. & Klaus, P. (2000). Vínculo : construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtesMédicas
- Kormondy, E. & Brown, D. (1998). *Fundamentals of human ecology*. New Jersey: Prentice -Hall

- Joaquim, T. (1983). *Dar à luz: ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto, pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações D. Quixote
- Juan, C. (1998). Ambientes institucionales, in M. Américo & J. Aragonés: *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Lakatos, E. & Marconi, M. (1992). *Metodologia científica*. 2ª ed. (revista e ampliada). S. Paulo: Atlas
- Lamy, M. (1996). *As camadas ecológicas do homem*. Lisboa: Instituto Piaget
- Lebovochi, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Lewin, K. (1935). *Dynamic theory of personality*. New York: MacGraw
- Lindheim, R. (1977). Factors which determine hospital design, in H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (Eds.). *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental psychology program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Lodi, J. (1986). *A entrevista, teoria e prática*. 5ª ed. São Paulo: Livraria Pioneira
- Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. Nordic College of Sciences [Versão eletrónica]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18: 368-375.
- Machado, P. (1985). *Ecologia humana*. São Paulo: Cortez Editora Marshall, C. & Rossman, G. (1999). *Desining qualitative research*. 3ª ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching*, 2ª Ed. London: Sage Publications
- Melzack, R. & Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Macfarlane, A. (1979). *A psicologia do nascimento*. 1ª ed. Lisboa: Moraes Editores
- MaGurk, H. (ed.) (1977). *Ecological factors in human development*. New York: North-Holland Publishing Company.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. 2ª ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications
- Moen, P., Elder, G. & Lüscher, K. (Eds.) (1995). *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mucchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu des communications: connaissance du problem*. 3ª ed. Paris: EME

- Nazareth, J. (1993). Demografia e Ecologia Humana. *Análise Social*, Vol.XXVIII (123-124), (4º-5º),879-885
- Nystedt, A., Högberg, U. & Lundman, B. (2005). The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. [Versão electrónica] *Journal of Clinical Nursing*, 14, 579-586. Blackwell Publishing Ltd
- Odum, E. (1997). *Fundamentos de ecologia humana*. Lisboa, 4ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Olayemi, O., Adaniji, R., Udoh, E., Akinyemi, O., Aimakhu, C. & Shoretire, H. (2005). Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. [Versão electrónica] . *Journal of Obstetrics and Gynecology*,. February, 25(2):128-230.
- Ormonde, L. (1995). Anestesia e cuidados materno infantis, in Rico, T. & Barbosa, A. (Eds.), *Dor: do neurónio à pessoa*. Departamento de educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa: Permanyer Portugal
- Overton, W. & Reese, H. (1977). General models for man-environment relations. In H. McGurk (ed.),
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto*, 5ª ed.. São Paulo: Roca *Ecological factors in human development*. New York: North-Holland Publishing Company
- Palma-Oliveira, J. (1986). *Psicologia social do meio ambiente*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Patterson, A. (1977). Methodological developments in environment-behavioral research, in D. Stokols: *Perspectives on environment and behavior: theory, research, and applications*. New York and London: Plenum Press
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2ª ed.. Newbury Park, California: Sage Publications
- Paul-Levy, F. & Segaud, M. (1983). *Anthropologie de l'espace*. Paris: Centre Georges Pompidou.
- Pinto, J. & Silva, A. (Org.) (1990). *Metodologia das ciências sociais*, 4ª ed..Lisboa: Edições Afrontamento
- Pope, C. & Mays, N. (2006). Qualitative methods in health research. In C. Pope & N. Mays (Eds): *Qualitative research in health care*, 3ª ed., London. Consultado em Junho de 2007. Disponível em WWW: <URL: <http://www.bmjbooks.com>

- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaud, P. (1999). *Histórias de vida: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editores
- Portugal, G. (1992). *Ecologia do desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional
- Prestt, D. (1988). Dor aguda: uma experiência pessoal. *Nursing*, Agosto, ano I, nº7: 17-18.
- Proshansky, H., Ittelson, W. & Rivlin, L. (Eds.) (1970). *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental psychology program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Proshansky, H., Ittelson, W. & Rivlin, L. (1970). The influence of the physical environment on behavior: some basic assumptions, in H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (Eds.). *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental psychology program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Proshansky, H., Ittelson, W. & Rivlin, L. (1970). Freedom of choice and behavior in a physical setting, in H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (Eds.). *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental psychology program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Quivy, R. & Champenhoult, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- Resende, J. (1992). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rosengren, W. & DeVault, S. (1970). The sociology of time and space in an obstetrical hospital. In Proshansky, H.; Ittelson, W.; Rivlin, L. (Eds.) *Environmental psychology: man and his physical setting*. Environmental psychology program. The City University of New York. New York: Holt, Rinehart and Winston, inc.
- Sá, E. (Org.) (2001). *A psicologia do feto e do bebé*, 2ª ed..Lisboa: Fim de Século
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage Publications
- Sanabra, F. (1996). La influencia de los factores fisicos ambientales en el comportamiento, in F. Burrillo & J. Aragonés (org). *Introducción a al psicología ambiental*. Madrid: Alianza Editoria

- Simkin, P. (1991). *Just another day in a women's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience* [Versão electrónica]. Part I. *Birth*, 18, 4 December, p. 203-210
- Singh, D. & Newburn, M. (2006). Feathering the nest: what women want from the birth environment. [Versão electrónica]. *Midwives: the official journal of the Royal College of Midwives*. Vol 9, N°7, July
- Silva, A. & Pinto, J. (Org) (1986). *Metodologia das ciências sociais, 2ª ed.. Porto: Edições Afrontamento*
- Soczka, I. (1980). *A perspectiva ecológica em psicologia*. LNEC. Lisboa
- Soczka, L. (Org), (2005). *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolsas
- Soczka, L. (2005). As raízes da psicologia ambiental, in L. Soczka (Org): *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolsas.
- Soifer, Raquel (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas
- Sontag, S. (1991). *Human ecology: strategies for the future*. Michigan: Society for Human Ecology, College of Human Ecology
- Sommer, R. (1973). *Espaço pessoal: as bases comportamentais de projectos e planeamento*. São Paulo: EPU, Ed. da Universidade de São Paulo
- Sommer, R. (2002). Personal space in a digital age, in R. Bechtel e A. Churchman (eds). *Handbook of environmental psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Stea, D. (1970). *Space, territory and human movements*
- Steinner, D. & Nauser, (Eds) (1993). *Human Ecology: fragments and anti-fragmentary views of the world*. Routledge. New York
- Steinner, D. (1993). Human ecology an interdisciplinary science and science as part of Human Ecology, in D. Steiner & Nauser (Eds.). *Human Ecology: fragments and anti-fragmentary views of the world*. Routledge. New York
- Stokols, D. (Ed.) (1977). *Perspectives on environment and behavior: theory, research, and applications*. New York and London: Plenum Press.



- Stokols, D. (1977). Origins and directions of environment-behavioral research, in D. Stokols: *Perspectives on environment and behavior: theory, research, and applications*. New York and London: Plenum Press
- Stokols, D. & Altman, I. (1991). *Handbook of environmental psychology*. Florida: Krieger Publishing Company.
- Suh, H. (Org.) (2007). *Os apontamentos de Leonardo da Vinci*. UK: Parragon Books Ltd.
- Terry, R. & Gijsbers, K. (2000). Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour: a preliminary study. *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 18, nº 2
- Torvisco, J. (1998). Espacio personal e ecologia del pequeño grupo, in Aragonés, J. ; Américo, M. (Eds.), *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Triviños, A. (1990). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*, São Paulo: Editora Atlas
- Vala, J. (1986). Análise de conteúdo, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org), *Metodologia das Ciências Sociais*, 2ª ed, Porto: Edições Afrontamento.
- Valera, S. & Vidal, T. (1998). Privacidad y territorialidad, in M. Américo & J. Aragonés: *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Wachs, T. & Plomin, R. (Eds.) (1991). *Conceptualization and measurement of organism-environment interaction*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Wicker, A. (1987). Behavior settings reconsidered: Temporal stages, resources, internal dynamics, context, in D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology*. New York: J. Wiley & Sons
- Willems, E. (1977). Behavioral Ecology, in D. Stokols: *Perspectives on environment and behavior: theory, research, and applications*. New York and London: Plenum Press
- Winkel, E. & Holahan, C. (1985). *The environmental psychology of the hospital: is the cure worse than the illness? Prevention in the human services*. ISPA
- Yerby, M. (Ed.) (2000). *Pain in childbearing*. Edinburgh: Ballière Tindall
- Yourcenar, M. (1980). *De olhos abertos*. Paris: Distri Editora

## **ANEXOS**

**Anexo I – Autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados**



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO – ÉVORA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exm<sup>a</sup>. Senhora  
Maria Teresa Ortet  
Apartado 2179  
7001-901 Évora

20 03 06 03888

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
	24/02/2006		

**ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados**

Vimos pelo presente informar V. Ex<sup>a</sup> que foi autorizada a aplicação do instrumento de colheita de dados, no Serviço de Obstetrícia no Hospital do Espírito Santo – Évora, no âmbito da realização da tese sobre o tema “ Vivências do Nascimento em Cenários Ambientais: subjectividade da relação interpessoal no espaço hospitalar”.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



Antonio Serrano

**Anexo II – Observação: mapa do cenário comportamental**

## Mapa do cenário comportamental

<b>Objectivo</b> - Descrever as interacções que ocorrem nos cenários seleccionados desde a chegada da parturiente	
<b>Cenário A - ADMISSÃO</b>	<p><b><u>Características</u></b></p> <p><b><u>Físicas</u></b> (mutáveis):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-hora do dia</li> <li>-temperatura</li> <li>-iluminação</li> </ul>
	<p><b><u>Actores</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeira/o</li> <li>-Médico</li> <li>-Acompanhante</li> <li>-Auxiliar</li> <li>-Maqueiro</li> </ul>
	<p><b><u>Interacção</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-quem recebe?</li> <li>-como recebe?</li> <li>-como se apresenta?</li> <li>-como decorre o diálogo?</li> <li>-como responde a mulher?</li> </ul>
Observações	Data:

## Mapa do cenário comportamental

<b>Objectivo</b> - Descrever as interacções que ocorrem nos cenários seleccionados desde a chegada da parturiente	
<b>Cenário B - DILATAÇÃO</b>	<b><u>Características Físicas</u></b> (mutáveis): -hora do dia -temperatura -iluminação
	<b><u>Actores</u></b> -Enfermeira/o -Médico -Acompanhante -Auxiliar
	<b><u>Interacção</u></b> -quem cuida? -como cuida? -como se dirige? -como decorre o diálogo? -como responde a mulher?
Observações	Data:

## Mapa do cenário comportamental

<b>Objectivo</b> - Descrever as interacções que ocorrem nos cenários seleccionados desde a chegada da parturiente		
<b>Cenário C – EXPULSÃO</b>	<b><u>Características Físicas</u></b> (mutáveis): -hora do dia -temperatura -iluminação	
	<b><u>Actores</u></b> -Enfermeira/o -Médico -Acompanhante -Auxiliar	
	<b><u>Interacção</u></b> -quem faz o parto? -como se dirige à parturiente? -como decorre o diálogo? -como responde a mulher?	
Observações	Data:	



### **Anexo III – Consentimento informado**

**CONVITE À PARTICIPAÇÃO**  
**EM TRABALHO DE PESQUISA SOBRE O TEMA:**  
**“VIVÊNCIAS DO NASCIMENTO: Subjectividades da Relação Pessoa/Espaço Ambiental ”**

Sou enfermeira obstetra e, presentemente, encontro-me a frequentar um Curso de Mestrado em Ecologia Humana, na Universidade de Évora. Para finalizar este curso é necessário realizar um trabalho que acrescente algo à minha formação de base e que se relacione com a disciplina em estudo. Tratando-se de uma pesquisa relacionada com a minha intervenção profissional pareceu-me interessante conhecer como se sentiu nos vários espaços físicos onde decorreu seu o trabalho de parto e parto, ao longo da sua permanência nesta instituição. Assim, gostaria que me concedesse uma entrevista acerca deste assunto.

No caso de concordar em participar, posso informá-la que a nossa conversa será absolutamente confidencial; no meu relatório o seu nome ou outros dados que possam identificá-la serão criteriosamente ocultados. Apenas o relato da sua experiência é importante.

Para facilitar a entrevista e não lhe tomar muito tempo, peço-lhe que me permita usar o gravador. No entanto, caso a utilização deste aparelho a perturbe posso escrever o que me vai dizendo.

Agradeço muito a sua colaboração.

Maria Teresa Ortet

Évora, 2007

## **Anexo IV – Guião da entrevista**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

**TEMA:** Vivências do nascimento nos cenários comportamentais

**Objectivo Geral:** Obter elementos para a caracterização da experiência do nascimento no que se refere à interação da pessoa com o espaço ambiental.

**Local:** Hospital do Espírito Santo (Serviço de Obstetrícia) **Duração aprox.** 40 minutos

**Entrevistador:** Maria Teresa Ortet – aluna do Curso de Mestrado em Ecologia Humana da Universidade de Évora.

<b>Blocos temáticos</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Questões e aspectos a abordar</b>
<u>Bloco I</u>  Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista e motivar à participação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmar a disponibilidade para a participação no contexto do convite já realizado</li> <li>- Informar: tema e objectivo da entrevista</li> <li>- Garantir anonimato, afiançar confidencialidade e utilização dos dados apenas neste trabalho</li> <li>- Esclarecer que a condição de “participante” no estudo poderá ser interrompida em qualquer momento</li> </ul>
<u>Bloco II</u>  Caracterização sócio cultural das participantes	Obter dados sócio demográficos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que idade tem?</li> <li>2. Qual a sua ocupação?</li> <li>3. Onde reside actualmente?</li> </ol>
<u>Bloco III</u>  Breve caracterização da história da gravidez	Obter dados relativos à gravidez e à forma como esta foi vivida	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. É a sua primeira gravidez? Quantas semanas durou?</li> <li>5. Como decorreu esse período da sua vida?</li> <li>6. Quer falar-me dessa experiência?</li> <li>7. Houve algum acontecimento perturbador que queira mencionar?</li> </ol>
<u>Bloco IV</u>  Influência da experiência anterior na presente vivência do fenómeno	Recolher informação sobre eventuais Internamentos anteriores, no serviço onde decorre o estudo, cuja vivência possa influenciar o modo como a participante percepção o espaço	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Alguma vez esteve internada neste serviço? (Se resposta afirmativa: quer fazer algum comentário?)</li> </ol>
<u>Bloco V</u>  A vivência no trabalho de parto e parto	Recolher o relato dos aspectos mais significativos do ponto de vista físico, psíquico e ambiental da experiência vivida pelas participantes	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Lembra-se como decorreu o seu parto?</li> <li>10. Que acontecimentos, do ponto de vista pessoal e relacionados com o ambiente circundante, considera terem tido mais significado no decurso dessa experiência?</li> </ol>

Blocos temáticos	Objectivos	Questões e aspectos a abordar
<p><u>Bloco VI</u></p> <p>Influência do cenário comportamental na vivência do nascimento</p>	<p>Descrever como foi sentida a experiência nos diferentes cenários comportamentais: sala de admissão, dilatação e expulsão”</p>	<p>11. Como se sentiu nos diversos espaços em que permaneceu ao longo do trabalho de parto e parto? (Quando foi admitida, durante a fase de dilatação e no decurso do parto).</p> <p>12. Considera ter havido algum facto relacionado com o ambiente que possa ter influenciado, positiva ou negativamente, a vivência do nascimento do seu filho? Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-a luz,</li> <li>-o ruído,</li> <li>-as pessoas,</li> <li>-as cores,</li> <li>-a privacidade,</li> <li>-a temperatura,</li> <li>-os objectos...</li> </ul>

## **Anexo V – Descrição das observações**

## 1ª Observação - 14/04/07

Para além dos batentes pesados, que se mobilizavam ruidosamente, estava um corredor na penumbra (“para acalmar” referiu uma das enfermeiras quando interpelada por outra acerca da pouca luminosidade). Num dos gabinetes realizavam-se consultas aproveitando a presença, durante o fim-de-semana, de médicos obstetras provenientes de um hospital de Lisboa.

### Cenário B

20:30h- As camas da sala estão ocupadas. Duas parturientes em trabalho de parto. Uma delas mais descontraída conseguia dialogar: “Com a epidural isto é outra coisa... até dá para descansar!”. “ Pois é, a sua companheira é que não quis experimentar” atalhou a enfermeira que vinha entrando. “ Já tinha passado por isto. Ajudou experimentar”, respondeu.

21:10h- Uma das enfermeiras dirige-se à sala para fazer a observação da parturiente. “Vamos virar um bocadinho de costas, fofinha. Vou observá-la. Assim, pernas descontraídas...respire fundo que agora vou magoar um bocadinho. É só mais uma vez... Pronto, já está quase. Vamos preparar para fazer nascer o bebé”. Seguidamente a enfermeira pede ajuda. Uma auxiliar entra trazendo uma cadeira de rodas e um suporte para transportar o soro. “Vá respirando devagar. Não pode fazer força. Tem de esperar mais um bocadinho”. “A minha mãe pode assistir? Mas não sei se ela chega a tempo.”

A parturiente está calma e muito colaborante. Enquanto a enfermeira que tem estado a cuidar esta parturiente vai ultimando os preparativos a outra vai se dirigindo para a sala onde se realizará o parto.

21:20h- Regressando à sala anterior encontro a outra parturiente um pouco agitada. Queixa-se que está a ser um pouco mais difícil suportar o desconforto provocado pelas contracções. “Senhora enfermeira acho que mudei de ideias. Isto não está a ser fácil. Ainda vou a tempo de levar a epidural?”. A enfermeira que vinha aproximando esboçou um sorriso complacente. Vou observá-la primeiro e já respondo...” A parturiente mostra sinais de algum desconforto perante as contracções. “ Não pensei que custasse tanto”. “Vá, é só mais um bocadinho. Já passou? Agora descontraia e respire fundo que vou observá-la”. A parturiente procurou seguir as indicações que a enfermeira lhe

dera mostrando alguma ansiedade para ouvir a resposta. “Cinco para seis centímetros. Ainda dá. Quer que chame o anestesista?”. “Ai sim, sim, senhora enfermeira”.

Depois de ouvir a resposta a parturiente ficou aparentemente mais tranquila.

“Vai ter acompanhante? “ Não, não o meu marido não tem coragem para estas coisas”.

21:40h- Fazem-se os preparativos para a colocação do cateter para a administração do analgésico. A parturiente, no intervalo das contrações observa com interesse toda a movimentação.

## **2ª Observação – 17/4/07**

11 horas – Sente-se tranquilidade ao entrar no serviço. Apenas uma parturiente em trabalho de parto.

“ Isto hoje está calmo... nem parece dia de semana” comenta uma enfermeira ao entrar.

“ Vai haver mudança de lua... não tarda que comecem a chegar... (risos).

“ Bem, então vamos lá fazer a observação da senhora que está em trabalho de parto. Já não deve faltar muito!”

### Cenário C

11,15 h - ... “ bem dizia, a dilatação está completa . Vamos andando...”

Apressam-se os preparativos para ajudar no parto que está eminente.

A parturiente está controlada (tem em curso analgesia por epidural) mas lamenta-se: “ A minha mãe queria tanto assistir ao parto e afinal ausentou-se.” “Pode chamar o seu marido, se quiser. Ainda temos tempo”, explicou uma das enfermeiras. “Oh! não, nem pensar... ele não é capaz de ver estas coisas...”

11,20 h - Aguardámos que uma funcionária auxiliar trouxesse a cadeira de rodas. “Vá, fofinha, passe para a cadeira. Já falta pouco. Isso mesmo, respire, respire... Pode ir fazendo um bocadinho de força. O bebé ainda está muito alto. Vamos lá mudar agora... isso, respire...”

Encaminhámo-nos para a sala de partos.

11,25 h - “Agora sente-se à beira e ponha as pernas aqui. Assim, nós ajudamos. É uma contração? Pode respirar...isso, está a colaborar muito bem. Pode ir fazendo força...”.

Enquanto a parturiente procura concentrar-se nas instruções que recebeu a equipa, constituída por duas enfermeiras, vai se preparando para ajudar no parto. Uma das profissionais prepara a mesa onde são colocados os instrumentos e que fica situada à direita da enfermeira que faz o parto; a



mesa para observação do recém-nascido fica à sua esquerda. A outra enfermeira veste o equipamento de protecção (bata, luvas, barrete, máscara). Inicia a preparação da parturiente que já manifesta alguns sinais de cansaço: “Vá, é só aguentar mais um bocadinho. Com a próxima contracção já pode nascer... isso, encha bem o peito de ar, ponha o queixinho junto ao peito, segure os manípulos e puxe, puxe...faça força seguida... isso mesmo, já vejo os cabelinhos da menina! Vá, agora é para nascer... pronto, pronto, não faça força, respire, sopra, sopra...já está! Linda menina. Parabéns!” 11,43 h

Depois da expulsão o recém-nascido é colocado num pano esterilizado, de cor verde que se encontra em cima do abdómen da parturiente: “Isso, segure-a bem”.

A mãe sorri emocionada e contempla a criança descobrindo o seu corpo como que procurando certificar-se de algo!

“Pronto...,” diz a enfermeira que fez o parto, “ dê um beijinho e agora entregue-a à minha colega. Vamos aquecê-la e vesti-la... está a precisar de calor. Pronto, vem cá minha pequenina...”

A mulher sorriu, entregou a criança e descansou a cabeça seguindo atenta, com o olhar, os movimentos da enfermeira... 11,55 h

### **3ª Observação – 27/04/07**

#### Cenário A

18:10- Hoje existe um ambiente diferente. Maior circulação de pessoas no corredor. Ao questionar uma enfermeira acerca do movimento que presencio responde-me que se deve à presença dos médicos de uma maternidade de Lisboa. “Como cada um só vem uma vez por semana aproveitam para fazer algumas consultas e exames”, explica uma das enfermeiras.

Os profissionais dialogam animadamente no corredor aparentando uma relação informal. Um dos médicos chama a grávida que está na sala de espera para a realização de uma consulta. A enfermeira dá algumas indicações acerca do gabinete onde deve dirigir-se.

Chega uma médica que se dirige à sala de enfermagem perguntando: “Quem é a senhora que está para epidural?”. “É a que está na cama X”, responde uma colega.

18.30- Acaba de entrar um casal que, de imediato, é interpelado por uma das enfermeiras que se encontrava no corredor: “Boa tarde, passa-se alguma coisa?”. Aparentando alguma preocupação

responde: “Fui à casa de banho e vi que tinha sangue...” “Vamos observar. Venha comigo. O senhor pode esperar naquela sala junto à entrada. Sim, aí mesmo.”

18:35h- A sala de admissão tem dois médicos a fazer consulta. Vários objectos fora do lugar. “Ali por trás daquele biombo. Vá tirando a roupa que eu vou observá-la. Isso. Agora deite-se na marquesa. É a primeira vez que cá vem com esta queixa? Doutor X pode aqui chegar?”. Depois da observação o médico decide que é melhor manter a senhora em repouso no internamento para vigilância. Perante a expressão de desânimo a enfermeira intervém. “Às vezes acontecem estes pequenos problemas que depois se resolvem. É mais seguro ficar aqui até percebermos o que se está a passar. Vou chamar o seu marido.”

19:15h- No corredor um individuo do sexo masculino aguarda um pouco impaciente. “Isto hoje está muito movimentado”, comenta a enfermeira ao sair do gabinete. “E consigo, o que se passa?”. “Estou à procura da senhora que entrou pela urgência. “Como se chama?”. “...vê lá como se chama essa senhora, sim a grávida que está junto à janela.” “ Pronto, já pode ir para casa. O doutor disse que está tudo bem. Fica tudo escrito aqui neste livrinho para mostrar ao seu médico. Boa noite”.

#### **4ª Observação - 03/05/2007**

##### Genário A

15:00h- Ao sair de uma das salas a enfermeira encontra no corredor um casal que acaba de chegar. A mulher tem a mão direita no baixo-ventre e esboça desconforto franzindo o rosto. O acompanhante preocupa-se com o seu bem-estar amparando-a. Está pálido e parece muito assustado. “O senhor sente-se bem, pergunta a enfermeira?”. O homem apenas sorri desviando o olhar. “Estive cá de manhã e depois mandaram-me embora. Disseram que ainda estava muito atrasado. Mas agora já não posso suportar as dores...”, diz na grávida. “Venha então comigo. Temos de fazer a observação. O senhor pode aguardar aqui nesta sala”, acrescenta.

15:30h- Amparando o ventre com a mão direita e denotando desconforto ( arrastava um pouco os pés ao deslocar-se) a grávida seguiu a enfermeira entrando na sala de admissão. “Pode tirar a roupa. Vou observá-la”. Enquanto isto se preparava ia dialogando comigo. “Estava a ficar muito aflita e assustada. É que moro numa aldeia e podia não dar tempo... ai, agora estou com dores outra vez...”. E, amparando de novo o ventre com uma das mãos e com a outra apoiando-se na marquesa

emite alguns gemidos...” Entretanto, a enfermeira procura reunir o material para a observação. “Vai custar muito?”, indaga, agora visivelmente aliviada. “Não, eu observo com jeitinho...”

Entretanto, desenhava-se alguma agitação no corredor. Um vai e vem de profissionais, grávidas e acompanhantes. Era dia de consulta realizada por uma equipa de médicos obstetras de uma maternidade de Lisboa.

16:00h- Depois de observada a grávida foi reconduzida para junto do seu companheiro, ainda visivelmente assustado. Permaneceram na sala de espera aguardando que a grávida voltasse a ser chamada.

### **5<sup>a</sup> Observação – 10/05/07**

#### Genário B

18:00h- Paira uma atmosfera de grande tranquilidade. A única parturiente presente está em indução depois de um internamento que dura há 24h. “Talvez tenha sido precipitação da minha parte, disse. Vi sair uma coisa gelatinosa e pensei que já estava na hora. Depois, passado mais um bocadinho saiu uma espécie de líquido. Como sei que tenho pouco líquido cá dentro achei que isso podia fazer mal ao bebé. Acho que me assustei.” Questionada a propósito da apreciação que acabara de fazer respondeu que este era o primeiro filho e que residia fora da cidade, a 50 km. “Como o meu médico está cá hoje ele achou melhor eu não me ir embora. Decidiu provocar o parto. Agora, nunca mais me despacho. Estou cá desde manhã e só dilatou um dedinho...” Manifesta uma expressão de resignação.

A parturiente está acompanhada pelo marido que se recolheu perto da janela para ler o jornal.

18:15h- Entra uma enfermeira na sala para observar o registo existente na folha do traçado cardiotocográfico. Ajusta os eléctrodos e pede à senhora que mude de posição. Ajeita-lhe as roupas, esboça um sorriso amigável e sai sem fazer comentários.

18:40h- Interessado na minha presença o pai interrompe a leitura do jornal e pergunta: “Isto ainda pode demorar muito tempo?”. Ajeita-se confortavelmente na cadeira para ouvir a resposta.

Literalmente surpreendida pelo interesse do pai em integrar o diálogo esbocei um sorriso complacente: “O desenrolar do trabalho de parto, de acordo com a literatura, está tipificado com uma duração diferente quando se trata do primeiro filho ou dos seguintes. No entanto, o ser humano reage sempre de forma individual. Assim, os estudos revelam-nos que quando se trata do primeiro filho a evolução é um pouco mais prolongada...”

18,50 h - Interrompemos a conversa para permitir a visita do médico obstetra que viria então decidir qual a melhor conduta a adoptar. À porta perfilaram os carros que transportam as refeições. Visto a porta se encontrar fechada a funcionária auxiliar comentou: “Devem estar a fazer uma observação.

**Anexo VI – Unidade de registo: Sinopse das entrevistas**

## Sinopse das Entrevistas

Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
<p style="text-align: center;"><u>Bloco III</u></p> <p><b>Caracterização da história da gravidez</b></p>	<p>“[...] não tive nada que pusesse em causa o meu bem-estar ou no do bebê... [...]” UR1</p> <p>“Entre as duas e as 4 da manhã era o horário em que ele gostava de mexer os pés, gostava de se voltar, lembro-me de sentir isso tudo, durante os últimos tempos da gravidez.” UR2</p> <p>“Na altura eu pensei: é a própria natureza que nos está a preparar para o parto, ou seja, a criança nasce e temos de estar mais disponíveis, mais alerta durante a noite. Eu pensava desta forma...quando o bebê nascer já estou habituada a estar acordada a meio da noite porque ele não parava de mexer (risos...) e durante o dia andava muito calma. Mas... era muito interessante...eu gostei muito de estar grávida.” UR3</p>	<p>“Correu tudo bem. Foi um período muito calmo mesmo. Não houve nenhum problema, correu tudo normalmente.” UR1</p> <p>“Se toda a gente tivesse uma gravidez como eu tive esta população aumentava muito. [...] nunca tive enjoos, nunca tive qualquer perturbação [...]” UR2</p> <p>“Foi uma experiência muito boa, muito gratificante. Acho que se pudesse engravidava já outra vez.” UR3</p> <p>”</p> <p>“Só tive pena que depois o parto não fosse normal. De resto, com a gravidez fiquei muito satisfeita.” UR4</p> <p>“Foi muito importante ele (o marido) estar ali. Eu sei que ele estava muito assustado e que devia estar nervosíssimo mas dizia-me “tem calma, vai correr tudo bem” e acalmou-me. Eu estava muito assustada e olhava para ele e via que ele também estava assustado. Mas acalmou-me muito a presença dele.” UR5</p>	<p>“Eu nunca vomitei, nunca tive náuseas; quando o bebê começou a mexer fiz uma festa...vivi tudo, com alguns problemas pelo meio, a nível familiar mas a gravidez em si foi sempre motivo de alegria e...foi sempre, como foi planeada, talvez por isso, mas acho que gostei muito de estar grávida.” UR1</p> <p>“E na experiência em si gostei muito de acompanhar a gravidez; as ecografias... chorava sempre que via as ecografias...acho que foi uma experiência muito positiva.” UR2</p> <p>“Ficava sempre muito feliz com os pontapés do bebê, com as ecografias, pronto com todas essas situações, mas vivi tudo muito sozinha. Foi por isso que há bocado referi que houve aspectos menos bons.” UR3</p> <p>“[...] vivi tudo sozinha mas foi uma experiência que me marcou positivamente. Também tive um pequeno dissabor em casa... é pouco importante aqui para a entrevista... pronto na altura a relação com o pai do meu filho não era muito boa e... [...]” UR4</p> <p>“Geralmente há um mito à volta do parto...mentalizei-me logo que ia ter dores. Não fui para lá com a expectativa que não me ia doer nada. Sabia que tinha de passar por isso...e principalmente eu tinha de colaborar para que as coisas corressem bem. Portanto, era uma parte muito importante: para que as coisas corressem bem era preciso que eu colaborasse [...]” UR5</p> <p>“[...] ai, meu Deus eu ainda perco o gaiato aqui no caminho, [...]” UR6</p>	<p>“Foi bom. Gostei de estar grávida.” UR1</p> <p>“Tive só aquele problema de o colo do útero ser curto [...]”UR2</p> <p>“Bem (sentiu-se bem)”UR3</p>

Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
<p><u>Bloco IV</u></p> <p><b>A percepção do espaço influenciada pela experiência anterior</b></p>	<p>“Não, nem naquela maternidade nem naquele hospital.” UR1</p>	<p>“Não foi a primeira vez.” UR1</p> <p>“Já lá tinha ido visitar alguns bebês que tinham nascido.” UR2</p>	<p>“Não, não...”UR1</p> <p>“Já tinha estado naquelas salas.”UR2</p> <p>“[...] fizemos um estágio [...] de observação durante dois dias em que vi, por acaso, dois partos [...]UR3</p>	<p>“Não.” UR1</p>
<p><u>Bloco V</u></p> <p><b>Vivência do parto no cenário comportamental</b></p>	<p>“Eu não sabia... eu estava a 40km, não sabia se aquilo era uma situação de ir de imediato para o hospital ou não; por volta das 4 da manhã resolvi entrar no hospital [...]” UR1</p> <p>“[...] o estado de dilatação estava muito reduzido, numa fase muito inicial do parto.” UR2</p> <p>“Portanto, eu nunca tinha tido um filho não sabia exactamente medir qual era o tempo certo de ir para o hospital. E, por outro lado era um pouco assustador saber que vivia a 40km e poder estar numa situação adiantada de parto e imaginar que podia ter a criança no meio do caminho e por isso eu não arrisquei.” UR3</p> <p>“Depois o meu médico veio ver-me e tive um grupo de enfermeiros, a partir das 8 da manhã muito bom...gostei muito do apoio... [...]” UR4</p>	<p>“Eu estive lá cerca de três horas mais ou menos.” UR1</p> <p>“Era esse o espaço que eu conhecia e não estava lá muito agradada porque aparentemente havia muito menos privacidade... mas depois, quando lá estava não me pareceu assim tão mau.” UR2</p> <p>“[...] a partir do momento em que acharam que eu precisava mais [...]” UR3</p> <p>“Eu acho que foram muito atenciosos e muito rápidos.” UR4</p> <p>“A repariga que entrou para o mesmo quarto comigo não fez preparação para o parto. Gritava muito, mas não... compreendi porquê. Mas não me angustiou não, não me provocou nada... nenhuma sensação negativa.” UR5</p>	<p>“Portanto, eu fiquei logo muito assustada porque ele me disse que tinha muito pouco líquido e não sei o quê e que o bebé iria ficar lá, [...], em observação...só que eu entretanto, fiquei na sala de dilatação...pronto, fiquei mesmo naquela sala [...]” UR1</p> <p>“E as enfermeiras também não me animavam muito porque quando lá iam diziam: “...mas isto não são contracções para parir...” e eu pensava “...mas se isto ainda não é para parir como será então...” UR2</p> <p>“O bebé não nasceu no dia 1, trocou-me as voltas e depois, por volta das 9h da manhã as colegas vieram fazer a observação e disseram que estava atrasado [...]” UR3</p> <p>“O meu corpo parecia que se ia partir todo.” UR4</p>	<p>“Muito doloroso [...] estive muitas horas sozinha sem apoio... Estive para aí umas três horas, três ou quatro horas em sofrimento, não era capaz de respirar [...]” UR1</p> <p>“ [...] Praticamente estive sempre sozinha. Só... o que me custou mais foi aquelas horas... saber que estava ali, que precisava de ajuda, que precisava de alguma coisa ou pelo menos um apoio e naquelas três horas e meia, quatro horas não apareceu ninguém ao pé e saber que elas lá estavam, não é... apesar de ser de noite. Eu sei que precisam de descansar, mas acho que faltava ali um pouco de apoio.” UR2</p> <p>“Foi boa. Foi uma sensação de alívio ver que ela estava bem, depois de ter passado tudo. Estava mais preocupada por ela do que mesmo... por mim.” UR3</p> <p>“Foi um bocadinho complicado naquele momento, mas depois foi tudo muito rápido. Uma sensação boa.” UR4</p>

Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
	<p>“[...] ... o factor positivo foi eu ter chegado a tempo, pronto; cheguei a tempo e estava tudo bem. A parte negativa, eu penso que tem mais a ver com o lado humano... [...]” UR5</p> <p>[...] quando puseram o bebé em cima de mim...muito rosadinho...tão...sempre tão indefeso...Depois, quando eu me dirigi para a enfermaria aí é que eu vi mesmo a cara do meu filho. Eu lembro-me que eu ia com muito frio, que o puseram com muita roupa em cima de mim. Eu olhei bem para a cara do meu filho e eu pensei: “será que eu vou conseguir ser mãe?”. Eu senti o peso da responsabilidade em mim. UR6</p> <p>“Depois, ele foi colocado ao meu lado, mamou imenso e depois caímos os dois num sono profundo (risos...) eu gostei muito, gostei muito...acho que foi a parte que gostei mais foi de estar com o meu filho, de estarmos os dois; ele a mamar logo a primeira vez, mamou logo e ficámos os dois caídos cada um para o seu lado num sono profundo.”UR7</p> <p>“[...] eu não gostei desse tipo de abordagem porque não havia necessidade de ele estar lá este tempo todo em tempo de espera...sem saber o que estava a acontecer [...]” UR8</p> <p>“Portanto, eu fiquei ali presa, entre aspas, e eu penso que esta foi uma parte desagradável. E aqui, como eu já referi é a parte humana, portanto a parte da humanização... porque eu penso que uma pessoa não entra só para parir o filho, não é.” UR9</p>		<p>“Umhas dores tão horríveis e logo no segundo a seguir não se sente nada. Como é que é possível umas dores tão horríveis e...no segundo a seguir, eu não sentia nada, pronto!” UR5</p> <p>“Eu tinha sempre dores, sempre dores, sempre dores... Mas a intensidade chegou àquele limite e depois não aumentou muito mais e por isso é que eu pensava: se as outras ainda são mais fortes?” Aí eu imaginava: não vou aguentar mais... Mas pronto, não aumentaram muito mais e portanto...passou-se [...]” UR6</p> <p>“Eu na altura sangrava dos lábios.” UR7</p> <p>“[...] “aí doutor, estou tão cansada...” [...]” e ele respondeu “então vá... que isto vai correr tudo bem” [...]” UR8</p> <p>“[...] depois conheci o Henrique e fiquei logo toda contente, ainda chorei um bocadinho e tal... [...]” UR9</p> <p>“[...] o pai do meu filho também assistiu ao parto. Tinha as mãos geladas... [...]” UR10</p> <p>“Também quando eu estava lá na sala de parto agarrada àqueles manípulos a fazer força também fui ouvindo a viagem de férias do doutor, fiquei a saber como é que ele passou as férias, a contar às nossas colegas como é que tinha passado as férias também foi...para mim na altura...acho que ainda me lembro do sítio, o resto da conversa não me recordo.” UR11</p>	



Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
	<p>“Eu fiquei na cama junto à janela; havia uma cama no meio onde a senhora estava muito aflita. Estava num estado mais avançado que o meu e estava mais aflita, penso eu que estava mais aflita; curiosamente estava outra pessoa do lado da parede que quase não se ouvia... [...]” UR10</p> <p>“Eu achava curioso porque aquilo para mim era novo. Recordo-me que essa pessoa depois foi primeiro ter a criança... não se ouviu, foi um silêncio total. A senhora que estava no meio foi precisamente o oposto porque a senhora chegou aos 8cm de dilatação e não conseguia controlar-se e então, começou a gritar.” UR11</p> <p>“A senhora gritou, gritou... a sala de partos ficava mesmo ao lado da sala de dilatação e a senhora gritou, gritou, gritou...ouviu-se por todo o lado os gritos da pessoa.” UR12</p> <p>“E o meu marido veio me ver; na altura eu tentava controlar-me com a respiração. Ele viu-me com a boca toda seca e volta-se para mim e disse me assim: «Estás cheia de sede. Vou imediatamente comprar - te uma garrafa de água ». “E... eu queria dizer-lhe que não mas não conseguia ter tempo entre as contracções.” UR13</p> <p>“E eu só perguntava: quantos centímetros de dilatação é que eu tenho, quantos é que eu tenho?” UR14</p> <p>“Entretanto, tive uma senhora enfermeira que se aproximou mais de mim, que estava grávida também, também quase a ter o seu bebé e que, por coincidência tinha o mesmo nome que eu, e nunca mais saiu dali, de ao pé de mim.” UR15</p>		<p>“[...] correu tudo bem, é o importante principalmente para o bebé [...]” UR12</p> <p>“[...] o bebé foi logo comigo para o quarto, fiquei assim toda contente. E depois, como as dores passaram logo num instantinho aquilo até correu bem.” UR13</p> <p>“[...] depois estar com o meu filho...eu estava encantada, não é? Lembro-me de estar ali a olhar para ele. Era tão bonito [...]” UR14</p> <p>“De toda esta vivência o trabalho de parto foi mais ou menos aquilo que eu estava à espera.” UR15</p> <p>“[...] foi uma experiência muito positiva que gostava muito de repetir, gostava muito de repetir.” UR16</p>	

Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
	<p>“Eu achei que era muito fácil mas, se me consegui controlar até ao final foi por achar uma enfermeira que vive ao pé de mim, deu-me de facto apoio, por coincidência estava grávida e tinha o mesmo nome que eu, ia ter o bebé no mês seguinte. Acho que tudo isto contribuiu para me dar mais apoio; [...]” UR16</p> <p>“. E... fui a pé para a sala de partos, deitei-me e estava com imenso medo. Quando me disseram que o bebé já tinha uma parte da cabecinha de fora estava a ver que ele podia cair para o chão.” UR17</p> <p>“Eu julguei que já não tinha forças para mais [...] Eu lembro-me de ficar a tremer muito. Eu tremia por todos os lados porque era um misto de sentimentos”. UR18</p> <p>“O momento do parto foi um misto de sensações: por um lado estava feliz, por outro estava preocupada se estava tudo bem... ah!!! uma grande mistura de sensações.” UR19</p> <p>“O meu marido só apareceu quando o bebé já estava cá fora. Só o chamaram nessa altura. Possivelmente podia ter sido importante a presença dele. Provavelmente ter-me-ia agarrado à mão dele e ficaríamos de mão dada, se calhar teria um impacto mais importante.” UR20</p>			

Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
<p data-bbox="207 197 291 223"><u>Bloco VI</u></p> <p data-bbox="145 301 371 440"><b>Influência do espaço ambiental na vivência do nascimento</b></p>	<p data-bbox="413 189 811 378">“Durante a admissão considero não ter sido muito positivo. É uma lembrança um pouco negativa que eu tenho precisamente pelo facto de...eu senti-me quase culpada por ter chegado ali às 4 da manhã e de estar num estado bastante atrasado de trabalho de parto.” UR1</p> <p data-bbox="413 409 811 760">“Estou a referir-me ao papel da senhora enfermeira que me recebeu. Não considero que me tenha recebido propriamente com muita simpatia... por me dizer logo que estava muito atrasada, que não valia a pena ir logo a correr para o hospital àquela hora, pelo facto de não me ter deixado contactar com o meu marido que ficou sem necessidade nenhuma cá em baixo, no serviço de urgência, pelo menos 4 horas [...] Esse é um aspecto negativo que tem a ver com a parte humana, com a parte do pessoal.” UR2</p> <p data-bbox="413 791 811 951">“O serviço estava calmo nessa altura; não interferiu em termos de bem-estar, a luminosidade também não até porque estava um dia de sol - lembro-me perfeitamente, estava um dia de sol. Acho que é um bom dia para se nascer, um dia de sol [...]” UR3</p> <p data-bbox="413 982 811 1114">“Em termos de aspectos positivos. Eu refiro-me mais à parte humana, porque para mim a parte humana é aquela que eu considero mais importante, a envolvente humana.” UR4</p> <p data-bbox="413 1145 811 1389">“[...] chegamos numa altura em que não há muito tempo para estarmos a pensar se a cor das paredes tem alguma influência... eu penso até que a cor da parede era creme ou um amarelo muito claro...isso não mexeu com o meu bem-estar ali, quando estive ali. Mexeu mais a parte humana, a interacção entre os profissionais de saúde e o estado em que eu estava.” UR5</p>	<p data-bbox="836 197 1234 415">“Eu estava lá sozinha com a enfermeira mas achei que era uma sala um bocadinho... muito triste. É tudo muito velho tudo muito velho mesmo... os armários... [...] acho que precisava já de muitas obras, acho que é muito pouco alegre...[...]...porque era tudo muito velho tudo já muito desgastado e as cores muito esbatidas.” UR1</p> <p data-bbox="836 446 1234 551">“Estava lá um biombo que a tinta a tinta a saltar e isso dá assim um aspecto um bocadinho triste, um bocadinho decadente...” UR2</p> <p data-bbox="836 582 1234 662">“Eu sentia-me bem no quarto...é todo branco, tinha luz e transmitiu-me muita paz! Estava muito calmo naquele dia.” UR3</p> <p data-bbox="836 693 1234 723">“[...] não havia barulhos, muito calmo.” UR4</p> <p data-bbox="836 754 1234 816">“Mas acalmou-me muito a presença dele.” UR5</p>	<p data-bbox="1258 189 1656 323">“Para ser franca, o ambiente físico que vi não houve assim nada que me tivesse marcado e eu já referi aqui várias coisas mas mais a nível das pessoas, da parte humana [...]” UR1</p> <p data-bbox="1258 354 1656 462">“Lá está, aquela conversa do doutor a falar das viagens com as colegas isso marcou-me muito porque eu estava ali a ter o meu filho [...]” UR2</p> <p data-bbox="1258 492 1656 600">“[...] a parte de eu ter de urinar na arrastadeira que não é uma coisa muito confortável, incomodou-me um pouco, mas pronto.” UR3</p> <p data-bbox="1258 631 1656 677">“[...] não houve nada que me incomodasse a não ser esta parte mais humana [...]” UR4</p> <p data-bbox="1258 708 1656 762">“Foi boa. Lembro-me do nome da bebé [...]” UR5</p> <p data-bbox="1258 793 1656 847">“Conversámos, pusemos uma televisão no quarto...” UR6</p> <p data-bbox="1258 877 1656 931">“[...] cada um tem a sua maneira de viver as dores.” UR7</p> <p data-bbox="1258 962 1656 1016">“Também tive muitas dores e não dei um ai.” UR8</p> <p data-bbox="1258 1047 1656 1101">“Mas acho que nessa altura que me foram observar sempre estive sozinha [...]” UR9</p> <p data-bbox="1258 1131 1656 1239">“Nessa altura estava no quarto sozinha, mesmo que não puxassem as cortinas...portanto, estive a maior parte das vezes sozinha...” UR10</p>	<p data-bbox="1681 189 2079 489">“Não... Praticamente, estive sempre sozinha. Só... o que me custou mais foi aquelas horas, eu saber que estava ali, que precisava de ajuda, que precisava de alguma coisa ou pelo menos um apoio e naquelas três horas e meia, quatro horas não apareceu ninguém ao pé e saber que elas ao pé e saber que elas lá estavam, não é... apesar de ser de noite. Eu sei que precisam de descansar, mas acho que faltava ali um pouco de apoio [...]” UR1</p> <p data-bbox="1681 520 2079 574">“[...] acho que faltava ali um pouco de apoio.” UR2</p> <p data-bbox="1681 605 2079 636">“Normal, calma... calma.” UR3</p> <p data-bbox="1681 666 2079 790">“[...] senti-me bem apesar de ... a única coisa que me incomodava era o relógio estar à minha frente e eu a ver as horas a passar, aquele “tic-tac” do relógio e eu ali... já um bocadinho aflita.” UR4</p> <p data-bbox="1681 820 2079 1013">“Porque por mais que eu quisesse chamar ou fazer algum ruído maior para elas me ouvirem, elas não apareciam à mesma. Porque houve lá várias vezes que me deram dores mais fortes que eu não conseguia nem respirar e dei um “ai” mais alto e nem apareceram sequer.” UR5</p> <p data-bbox="1681 1044 2079 1098">“Foram muitas horas que demoraram a passar.” UR6</p> <p data-bbox="1681 1128 2079 1205">“Mais desconforto por causa dela, quando comecei a ver que as batidas dela estavam mais fracas.” UR7</p> <p data-bbox="1681 1236 2079 1267">“Medo por ela.” UR8</p> <p data-bbox="1681 1298 2079 1344">“Eu estava muito calma. Muito calma mesmo.” UR9</p>

Tema	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
	<p data-bbox="421 189 826 326">“ [...] às 2 e 5 da tarde, ah...eu tive uma enfermeira que foi praticamente o oposto e me deu um apoio extraordinário. Olhe que se não fosse ela eu poderia ter-me descontrolado [...]” UR6</p> <p data-bbox="421 357 826 608">“Mas na altura quando as contrações são muito fortes não temos muito tempo para pensar em pormenores. Mas, tocou-me o facto de a senhora enfermeira que tinha o mesmo nome que eu me ter dado todo aquele apoio e esteve sempre ao pé de mim e...quando via que eu quase me descontrolava dizia “calma, agora respire, faça assim, faça assado” [...]” UR7</p> <p data-bbox="421 639 826 718">“Mas a forma como às vezes é transmitida a mensagem...podia ter sido dita de outra forma.” UR8</p> <p data-bbox="421 749 826 796">“[...] as coisas mudaram porque tive uma equipa que me apoiou [...]” UR9</p> <p data-bbox="421 827 826 906">“Foi quando puseram o bebé em cima de mim...muito rosadinho...tão...sempre tão indefeso [...]” UR10</p> <p data-bbox="421 937 826 1047">“Eu olhei bem para a cara do meu filho e eu pensei: “será que eu vou conseguir ser mãe?”. Eu senti o peso da responsabilidade em mim. “ UR11</p> <p data-bbox="421 1078 826 1251">“[...] eu gostei muito, gostei muito...acho que foi a parte que gostei mais foi de estar com o meu filho, de estarmos os dois; ele a mamar logo a primeira vez, mamou logo e ficámos os dois caídos cada um para o seu lado num sono profundo.” UR12</p>			<p data-bbox="1700 189 2114 247">“Até mesmo quando rebentou a bolsa [...]” UR10</p> <p data-bbox="1700 279 2114 310">“Estava muito calma mesmo.” UR11</p> <p data-bbox="1700 341 2114 388">“Foi uma coisa muito rápida mesmo. Foi tudo muito rápido.” UR12</p> <p data-bbox="1700 420 2114 478">“Tinham mesmo que me dar atenção naquele momento [...]” UR13</p>

<b>Tema</b>	<b>Entrevista 1</b>	<b>Entrevista 2</b>	<b>Entrevista 3</b>	<b>Entrevista 4</b>
	<p data-bbox="415 192 814 247">"[...] essa foi a melhor parte do processo todo: tê-lo ao pé de mim." UR13</p> <p data-bbox="415 275 814 330">"Eu penso que foi o dia mais importante da minha vida." UR14</p> <p data-bbox="415 359 814 413">"Esqueci-me um bocado de mim, eu queria é que ficasse tudo bem com o bebé." UR15</p>			

## Sinopse das Entrevistas

Tema	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8
<p style="text-align: center;"><u>Bloco III</u></p> <p style="text-align: center;"><b>Caracterização da história da gravidez</b></p>	<p>“Só soube quando já tinha seis meses...” UR1</p> <p>“Eu tinha uma úlcera e os médicos não sabiam que eu estava grávida e eu continuei a tomar os antibióticos; tive muito medo, mas não aconteceu nada com o bebê.” UR2</p> <p>“Tive medo porque que tomei muitos antibióticos [...] Eram seis comprimidos por dia. [...] Sim, podia provocar alguma deformação, porque costuma acontecer isso... mas não aconteceu nada.” UR3</p> <p>“Estive preocupada.” UR4</p>	<p>“Muitos enjoos. Um bocado complicado trabalhar sempre enjoada, assim um bocado mal-humorada, [...]” UR1</p>	<p>“Foi uma gravidez bastante calma.” UR1</p> <p>“[...] tive um pequeno sangramento no princípio.” UR2</p> <p>“Ah! sim, fiquei um pouco abalada porque foi uma gravidez planeada desejada e então fiquei um pouco perturbada. Ainda por cima eu estava no centro comercial, tinha ido passear e acabei por me sentir também um pouco culpada.” UR3</p> <p>“Foi um pouco brusca.” UR4</p>	<p>“Gostei muito de estar grávida.” UR1</p> <p>“[...] gostei muito de a sentir a mexer. Aspectos negativos não houve.” UR2</p> <p>“Ainda sinto falta da barriga, engraçado...” UR3</p> <p>“[...] foi mesmo um período bom.” UR4</p>
<p style="text-align: center;"><u>Bloco IV</u></p> <p style="text-align: center;"><b>A percepção do espaço influenciada pela experiência anterior</b></p>	<p>“Não conhecia.” UR1</p>	<p>“Nunca lá tinha ido.” UR1</p>	<p>“[...] estive lá porque aconteceu um pequeno sangramento no princípio [...]” foi uma coisa muito, muito pequena: um pequeno descolamento da placenta. Mas felizmente foi um episódio pontual que não se repetiu.” UR1</p>	<p>“Não, não conhecia.” UR1</p>
<p style="text-align: center;"><u>Bloco V</u></p> <p style="text-align: center;"><b>Vivência do nascimento no cenário comportamental</b></p>	<p>“Às oito da manhã fui medir a tensão arterial, às nove fui para a sala de partos e... passado um bocado ligaram as máquinas e aí ficou pior...” UR1</p> <p>“ [...] mas aquela máquina fez um efeito contrário em mim – pôs-me mais nervosa.” UR2</p> <p>“Quando paravam a máquina ficava tudo bem, quando ligavam a máquina ficavam muito pior.” UR3</p>	<p>“Entretanto, as contracções começaram a ser cada vez mais dolorosas.” UR1</p> <p>“Às nove horas deixaram subir o meu marido. Foi uma grande ajuda, porque naquele bocadinho em que estive sozinha no quarto parecia que as dores nunca mais acabavam. Assim, tendo alguém ao lado parece que é mais fácil suportar a dor e eles também ajudam, dão força.” UR2</p> <p>“Ajuda muito para já porque nós colaboramos muito mais porque não estamos com aquela coisa aí vem aí a dor vou ter outra contracção vou estar com dor</p>	<p>“Pronto, foi assim o parto. No meu entender foi rápido, foi bastante rápido felizmente (risos) e como não levei epidural foi bastante rápido mas pronto acho que correu bem.” UR1</p> <p>“O importante é que correu tudo bem e que a menina nasceu saudável. Comigo também correu bem. Levei uns pontos, mas correu também normal. Eu acho que foi muito positivo [...]” UR2</p>	<p>“Foi assim uma experiência um bocado dolorosa, portanto quando ela nasceu eu não sabia se havia de chorar se havia de rir porque foi mesmo horrível foi uma experiência horrível.” UR1</p> <p>“ [...] senti, senti dores.” UR2</p>

Tema	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8
	<p>“Às 4 e meia já tinha o bebê. Foi rápido.”UR4</p> <p>[...] não sei explicar...é bom, mas eu fiquei um bocadinho triste porque queria fazer parto normal. Foi rápido, passado 15 ou 20 minutos já estava do outro lado à espera do bebê. UR5</p> <p>“[...] é bom, mas eu fiquei um bocadinho triste porque queria fazer parto normal.” UR6</p> <p>“[...] só quando vinham as dores ... E aquilo subia mais...” UR7</p> <p>“[...] estava lá uma enfermeira e a Dra. P.... quando eu estava grávida ela é que me vigiou. Quando ouvi a voz dela senti-me muito melhor. Senti-me como se estivesse em casa com a minha família.” UR8</p> <p>“Estava com o pai do bebê e duas enfermeiras muito simpáticas.” UR9</p>	<p>outra vez a gente sente aquela impressõezinha mas nada comparado com a dor com contracções que a gente tem antes.” UR3</p> <p>“E pronto, fiz três quatro vezes força e a bebê saiu cá para fora [...] correu tudo mais ou menos bem. [...] Foram muitas horas mas depois ali aquela parte terminal foi um instantinho, foi rápido.” UR4</p>		
<p><u>Bloco VI</u></p> <p><b>Influência do espaço ambiental na vivência do nascimento</b></p>	<p>“Ouvi muito o barulho das obras e achei a sala um pouco pequena. As máquinas pareciam estar todas em cima de mim. Mas de resto, estava tudo bem. Só acho que as salas deviam ser maiores, têm pouco espaço.” UR1</p> <p>“Continuo a achar que as salas deviam ser maiores, a cortina estava mesmo ao pé da porta.” UR2</p> <p>“Essa foi a parte que me fez mais confusão. Estava sempre a entrar e sair gente... achei que podia estar mais escondida da entrada.” UR3</p>	<p>“Tudo assim um bocadinho estranho [...]” UR1</p> <p>“É a primeira vez, nunca passámos por aquilo... é tudo novo, é tudo uma experiência nova, mais ou menos foi isso.” UR2</p> <p>“Estamos ali sozinhas, é a solidão. É tudo muito estranho, é a primeira vez que ali estamos e olhamos para as coisas.” UR3</p> <p>“[...] é um hospital... a gente tem sempre aquele pensamento...eu estou aqui sozinha e é sempre aquele receio. Às vezes é um bocado difícil de explicar... estamos sempre a pensar no melhor e no pior, nas duas coisas...” UR4</p>	<p>“Sinceramente, não me senti nem bem nem mal. É uma sala neutra ou seja, não transmite, pelo menos para mim, não transmite sentimentos desagradáveis ou agradáveis,” UR1</p> <p>“Em relação às pessoas fui atendida por duas enfermeiras e apercebi-me que havia qualquer coisa porque que elas olhavam as duas uma para a outra... Foram muito atenciosas muito simpáticas.” UR2</p>	

Tema	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8
	<p>“A única coisa que me lembro é da luz por cima de mim, disso nunca me esqueci. Era uma luz clara e fraquinha. Eu lembro-me que assim que olhei para a luz trouxeram-me o bebé. O espaço era grande, era uma sala muito espaçosa com tudo.” UR4</p> <p>“Assim que vi o bebé senti-me logo mais responsável. E as enfermeiras ajudaram-me muito.” UR5</p>	<p>“[...] sempre simpáticas muito sociáveis sempre a meterem-nos para cima “vai, está quase...” lá nisso as pessoas são muito simpáticas.” UR5</p> <p>“[...] sentia-me assim um bocado sozinha e depois com as contracções fazia-me mesmo falta alguém para distrair.” UR6</p> <p>“Estava sempre desejando que chegassem as nove horas para ter companhia.” UR7</p> <p>“Acho que estava resguardada (a privacidade) [...]” UR8</p> <p>“Sim, elas sempre a falarem connosco, pronto a ajudarem-nos, a explicarem-nos sempre o que é que a gente tinha que fazer e foi tudo assim muito rápido mas gostei até foram muito atenciosas.” UR9</p> <p>“[...] mas quando ela sai é uma alegria e muito grande. Só não chorei mas pouco faltou (risos). É uma grande alegria como correu tudo bem quando a gente tem aquele alívio pronto já está, já passou ela já cá está, está tudo bem “. UR10</p> <p>“[...] foi uma experiência única.” UR11</p> <p>Ele desde inicio logo que tinha dito que gostava de assistir e eu também para mim também é uma grande ajuda a gente ter ao lado quem gosta e a apoiar-nos é muito bom, dá muita força. Apesar de elas ajudarem-nos muito mas é sempre uma pessoa que está connosco, vive connosco, é sempre uma força diferente. Ajuda muito!” UR12</p>	<p>“Em relação ao ambiente em si senti-me bem mas havia muitos aparelhos que eu não fazia a mínima ideia de para que é que serviam, não é? E quanto à luminosidade também me senti bem; eu estava mesmo ao lado da janela, portanto, estava a receber a luz do dia. Nesse aspecto foi bastante agradável porque entre as contracções olhava lá para fora e tentava ver um pássaro, uma pessoa a passar, tentava distrair-me com alguma coisa. Em relação à senhora que estava ao meu lado com o marido tive alguma pena porque, a senhora estava com contracções e já estava com epidural mas, pelos vistos, sentia dor[...]” UR3</p> <p>“Ela já estava a chorar, o marido também...” UR4</p> <p>“senti pena daquele casal que estava ali há tantas horas em sofrimento.” UR5</p> <p>“Ajudou-me fazendo-me companhia, na força que tentava transmitir-me; às vezes tentava brincar mas eu dizia-lhe não (risos), não vás por aí...em relação a isso foi muito bom tê-lo tido lá. Foi pena não ter podido entrar logo, comigo não ter entrado mais cedo, mas pronto, são as normas do hospital.” UR6</p> <p>“De vez em quando olhava para o relógio e pensava: “nunca mais!”[...] Mas não me fez confusão estar ali muitos objectos, muitos instrumentos.” UR7</p> <p>“Eu só queria que me ajudassem quer fosse um médico ou uma enfermeira. Em relação ao outro casal puxei um bocadinho o biombo quando estava o senhor [...]” UR8</p>	



Tema	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8
			<p data-bbox="1272 225 1680 279">“[...] queria mesmo que as coisas corressem pelo melhor.” UR9</p> <p data-bbox="1272 307 1680 417">“É. É uma sala bastante diferente (sala de expulsão). A começar pelo sítio onde nós estamos que é logo muito desconfortável.” UR10</p> <p data-bbox="1272 445 1680 639">“A cama, a cama! É logo muito desconfortável porque nós não estamos com dores e aquela posição esforça muito a coluna a posição desta zona das costas. Em relação à sala eu lembro-me principalmente da janela do fundo para onde eu olhava muitas vezes, lembro-me.” UR11</p> <p data-bbox="1272 667 1680 1056">“Sentia-me bem por ter uma janela para poder, nos poucos momentos que tinha para descansar, abstrair-me um pouco, tentar ir buscar forças que já me estavam se calhar a faltar um pouco pelo menos no final. E então, acho que é muito bom poder olhar lá para fora nem que seja ver um outro edifício meio acinzentado - ou se vê um pássaro ou se vê uma casa. Em relação ao resto apercebi-me dos objectos que havia, principalmente do meu lado direito. Havia uma mesa para pôr o bebé e coisinhas para depois o ajudar; também tinha alguns aparelhos.” UR12</p> <p data-bbox="1272 1085 1680 1226">“Durante este percurso todo só me assustei quando eles disseram que o útero era demasiado baixo que o bebé não conseguia passar. Foi a única coisa que me assustou. O espaço em si não me assustou.” UR13</p> <p data-bbox="1272 1254 1680 1332">“Acabámos por ter um bom ambiente apesar da dor, acabou por se ter um bom ambiente.” UR14</p>	

Tema	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8
			<p data-bbox="1272 227 1686 282">"[...] não senti invadida a minha privacidade." UR15</p> <p data-bbox="1272 305 1686 360">"Acho que foi muito positivo. Fui muito bem atendida [...]" UR16</p> <p data-bbox="1272 399 1686 454">"[...] um balanço muito positivo a nível de médicos e de enfermeiros." UR17</p>	

## Sinopse das Entrevistas

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
<p style="text-align: center;"><u>Bloco III</u></p> <p style="text-align: center;"><b>Caracterização da história da gravidez</b></p>	<p>“A gravidez correu muito bem eu nunca tive problemas nem eu nem o bebé. Ah, correu mesmo bem. Nunca tive inconvenientes nem enjoos.” UR1</p> <p>“[...] não foi uma gravidez planeada e designadamente quando soubemos ficamos os dois completamente aterrorizados.” UR2</p> <p>“[...] foi uma notícia até bastante fácil de dar aos avós, uma prenda de Natal muito especial.” UR3</p> <p>“O meu marido foi um santo porque eu andava super irritada e quando a gente vê que é branco não pode ser branco tem que ser preto porquê?” UR4</p> <p>“Realmente eu própria dizia na brincadeira, eu hoje estou que não me aturo... nem eu me aturo já.” UR5</p> <p>“Quando tive que me vestir e me vi ao espelho pensei: “...bem, eu assim estou enorme!” UR6</p> <p>“E olhei para mim: eu não acredito!” UR7</p> <p>“Ficamos muito mais sensíveis para além da gravidez, muito mais sensíveis pronto.” UR8</p>	<p>“No princípio, um bocado receosa... aquele receio de não conseguirmos dar conta do recado...acho que essas coisas me preocuparam muito.” UR1</p> <p>“Duraram... pelo menos ... três, quatro meses...” UR2</p> <p>“É complicado.” UR3</p> <p>“Depois temos de ver se falta alguma coisa, se falta algum dinheiro para ir ao pediatra, se falta... sei lá... alguma roupa...aquelas coisas.” UR4</p> <p>“Uma vez o médico disse-me que a bebé era pequenina e eu aí assustei-me um bocadinho; depois comecei a pensar: “bem, é pequenina deve ser algum problema”. Depois, à noite, às vezes dava por mim a pensar nisso... No fim, não havia problema nenhum...” UR5</p> <p>“Estava tudo bem.” UR6</p>	<p>“[...] o médico disse que tinha a cabeça muito grande e depois podia ser complicado e eu tinha medo.” UR1</p> <p>“Andei um bocado nervosa, ansiosa, mas depois, ao falar com a enfermeira e a médica que me fizeram a preparação para o parto o medo desapareceu. Fui-me descontraindo e no fim já não me preocupava muito. Depois, as ecografias indicavam que ele não tinha a cabeça muito grande que não era assim tão grande (risos). Por isso, deu para ir acalmando.” UR2</p> <p>“Fui-me descontraindo e no fim já não me preocupava muito.” UR3</p>	<p>“Foi agradável, muito, muito, muito. Gostei muito de estar grávida. Todos os dias me olhava no espelho...” UR1</p> <p>“Foi tudo assim...muito especial...foi tudo novo para mim.” UR2</p> <p>“A técnica que fez o exame disse-me que estava com diabetes e eu fiquei muito assustada.” UR3</p> <p>“Voltei a fazer outro exame com outro especialista e que me disse que não tinha nada.” UR4</p> <p>“Ficou sempre aquele medo...será que está tudo bem?” UR5</p> <p>“Assustei-me outra vez.” UR6</p> <p>“Mas eu ia muito influenciada para um parto normal. Queria um parto normal, queria participar, queria uma sensação de mãe e filha, mas não foi nada assim.” UR7</p> <p>“Eu aí comecei a ficar com medo e ainda pensei em recorrer a outro médico. Depois achei que já era tudo muito em cima da hora e ninguém ia ficar comigo, não sei se fiz mal, se pensei errado...o que é certo é que às 42 semanas, nesse dia pela manhã as coisas começaram bem e eu fiquei em indução.” UR8</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
	<p>“[...] depois a preocupação de ter que terminar alguns projectos antes de ele nascer [...]” UR9</p> <p>“[...] coisas que tinha pendentes e que não se poderiam guardar para depois [...]” UR10</p> <p>“Então foi assim, uns nove meses a mil à hora e ele portou-se lindamente [...]” UR11</p> <p>“No fundo nos primeiros três meses, que são os meses mais importantes de formação, de risco é quando nós não nos apercebemos que estamos grávidas, é engraçado.” UR12</p> <p>“Eu acho que é uma fase muito mais feliz, feliz no sentido da despreocupação, e de começarmos a sentir a gravidez pela primeira vez.” UR13</p> <p>“Eu nunca “stressei” muito com a hora do parto mas há coisas incríveis.” UR14</p> <p>“[...] “não te armes em super mulher porque aquilo dói um horror; portanto; pede epidural, pede epidural porque nós não somos super mulheres...” [...]” UR15</p> <p>“Somos super mulheres porque a epidural é uma coisa muito recente portanto, nós somos super mulheres.” UR16</p> <p>“A única coisa que eu posso fazer é ter confiança em quem está a tratar de mim porque de resto o que é que nós podemos fazer nada não é?” UR17</p>			<p>“A questão da diabetes, eu consegui superar tudo.” UR9</p> <p>“O que me começou a preocupar e que eu comecei a não conseguir lidar com a situação foi: ir uma vez, saber que as coisas não estavam bem e voltar para casa. Isso sim, começou-me a preocupar e comecei a ficar, dia a dia com mais ansiedade.” UR10</p> <p>“Meu Deus, passa-se alguma coisa, todos os dias a enfermeira diz uma coisa, o doutor diz outra; eles não estão em parceria um com o outro, não falam...por é que não decidem logo?” UR11</p> <p>“E o doutor, propriamente, é uma pessoa fria e distante. Nunca teve uma palavra (não é de amizade porque não é isso que nós esperamos), sei lá, de afecto, qualquer coisa que nós não ficássemos com medo, a pensar mal; é uma pessoa fria, distante, faz o trabalho dele e não tem mais nada a dizer. Foi muito assim.” UR12</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
	<p>“[...] por mais otimista que uma pessoa seja e por mais positiva há sempre uma margem de insegurança porque, ao fim e ao cabo, vamos para uma coisa pela qual nunca passámos.” UR18</p> <p>“E ainda que já tivéssemos passado é sempre diferente.” UR19</p> <p>“Lembro-me na preparação para o parto que foi uma das coisas que nos dizia quando estávamos deitadas era que “vai correr tudo bem, e que é isso que têm que pensar...” UR20</p>			“
<p><u>Bloco IV</u></p> <p><b>A percepção do espaço influenciada pela experiência anterior</b></p>	<p>“Nunca estive internada mas conheço o espaço, por motivos profissionais [...] UR1</p>	<p>“Não. Mas conhecia o espaço.” UR1</p> <p>“Fui visitar uma amiga antes de o bebé nascer.” UR2</p>	<p>“Não [...]” UR1</p>	<p>“Entrei a achar que ia ser bom como da última vez a achar que ia encontrar uma pessoa bem disposta que me transmitiu paz, tranquilidade, que respeitou a nossa privacidade, mandou chamar o meu marido. Mais ninguém tinha deixado o pai entrar, o pai tem tanto direito quanto a mãe, em estar nas consultas, em ouvir, responder. Entrei a pensar que aquela pessoa iria estar à minha espera. Mas não, quando cheguei estava lá outra pessoa, igual à primeira vez, arrogante, a despachar serviço – pronto, digamos assim.” UR1</p>
<p><u>Bloco V</u></p> <p><b>Vivência do nascimento no cenário comportamental</b></p>	<p>“A entrada foi um bocado confusa.” UR1</p> <p>“E então, quando eu olho para o meu lado já estavam três ou quatro casais para além de mim à espera, com certeza de outras coisas embora aquilo não seja sala de espera.” UR2</p> <p>“Mas não podem estar aqui. Não pode ser. Vá, tudo lá para fora.” UR3</p> <p>“Aquilo é uma casa de banho muito pequenina e quando saí já tinha a bata. Dei a roupa e deram-me um saco preto para a pôr (os seus pertences). É um bocado esquisito.” UR4</p>	<p>“Correu tudo bem, acho que não podia ter corrido melhor.” UR1</p> <p>“Eu acho o que mais me ajudou foi a senhora enfermeira.” UR2</p>	<p>“Foi muito bom e se ele não fosse um bebé tão grande tinha sido uma maravilha não me tinha custado nada porque eu não senti uma única dor.” UR1</p> <p>“Há grávidas que sentem algumas dores mas eu não. Eu não senti uma única dor por isso acho que foi muito bom.” UR2</p> <p>“Depois, foi muito tranquilo passei a noite a falar com a colega do lado [...]” UR3</p>	<p>“ “Foi voltar ao mesmo sítio, foi ver tudo de novo, sem saber o que é que ia ser de mim, se ia ficar, se ia novamente para casa com o mesmo medo que fui da primeira vez. Acabou por ser uma rotina cada vez mais assustadora.” UR1</p> <p>“[...] extremamente simpático [...]” UR2</p> <p>“Foi simpático, mandou chamar o meu marido, estive à conversa connosco, transmitiu-nos aquela paz que nós vínhamos à procura de início. Deu-nos uma estabilidade, foi meigo, delicado...até pequenos pormenores [...]” UR3</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
	<p data-bbox="421 174 824 228">“[...] nunca estive exposta como estive naquele momento.” UR5</p> <p data-bbox="421 260 824 613">“Porque entramos, saímos da casa de banho e entramos directamente numa sala onde há médicos e estão duas enfermeiras que vão respondendo e vão fazendo um questionário para saber as alergias os contactos. E nisto, nós estamos numa maca completamente nuas não é, com a bata só por cima e destapadas e na posição de observação ginecológica e quer dizer eu estava ali de..., de..., de..., completamente exposta, com duas enfermeiras à minha frente muito queridas e com uma médica a falar comigo.” UR6</p> <p data-bbox="421 644 824 754">“De facto, já me tinham dito que nos primeiros minutos é muito esquisito mas ao fim do primeiro dia já estamos habituadíssimas que aquilo é o normal.” UR7</p> <p data-bbox="421 785 824 895">“Eu acho que há falta de privacidade porque, no fundo, é a própria disposição dos materiais. Não é que as pessoas sejam... que nos façam sentir mal [...]” UR8</p> <p data-bbox="421 926 824 981">“A marquesa está precisamente em frente à secretária do médico.” UR9</p> <p data-bbox="421 1012 824 1067">“[...] eu estou a falar e nem sequer consigo olhar para a cara do médico [...]” UR10</p> <p data-bbox="421 1099 824 1154">“[...] ninguém explicou muito bem o que é que se ia passar.” UR11</p> <p data-bbox="421 1185 824 1295">“[...] e enquanto estou a responder ao questionário está uma enfermeira a raspar os pêlos e nós estamos completamente em exposição.” UR12</p>			<p data-bbox="1702 174 2105 487">“[...] acho que é importante quando encontramos uma pessoa que nos transmite a impressão de que as coisas vão correr bem porque ficamos com a impressão de que mesmo que as coisas corram mal parece que não é tão mau. Pelo menos já temos um aconchego de alguém, um apoio, o conforto, o carinho das pessoas que estão à nossa volta e, naquela segunda vez, eu consegui isso com aquela pessoa que lá estava.” UR4</p> <p data-bbox="1702 519 2105 793">“Depois, ali mais perto da hora, uma senhora enfermeira descontrolou-se muito, pediu ao meu marido para sair “saia, saia” e deu um pontapé na cadeira; mandou chamar o doutor, assim histérica e outra colega foi pelo corredor a chamar aos gritos o doutor. Ele veio rapidamente. E depois aquelas coisas que me assustam: “não se mexa, deixe-se estar”... eu já não conseguia quase respirar, foi horrível.” UR5</p> <p data-bbox="1702 824 2105 981">“Eu fiquei com medo porque comecei a deixar de sentir...comecei a ficar com formigueiro nos pés, o anestesista estava constantemente a perguntar-me se eu tinha esse formigueiro, e eu dizia-lhe que sim.” UR6</p> <p data-bbox="1702 1012 2105 1067">“Depois o acordar foi novamente assustador.” UR7</p> <p data-bbox="1702 1099 2105 1138">“Eu não conseguia falar [...]” UR8</p> <p data-bbox="1702 1169 2105 1436">“[...] e a única coisa de que me lembro foi de a mesma anestesista ter chegado ao pé de mim, fez-me assim uma festinha na testa e perguntou-me se eu estava bem; eu não conseguia falar, abanei a cabeça que sim e pela minha boca ela percebeu que eu lhe perguntei pelo bebé e ela disse-me “a bebé está bem, está lá em cima com o pai e uma senhora que eu acho que é sua mãe...” UR9</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
	<p>“[...] bastava, que a marquesa estivesse na lateral de modo a que a enfermeira esteja à minha frente a fazer o que tem a fazer; eu estou a olhar para o médico, estou a responder e a olhar cara que é uma coisa importantíssima quando nós estamos a ser cuidados [...]” UR13</p> <p>“É muito importante até porque é a sensação de que a pessoa que está a cuidar está a ver quem é que está a cuidar e eu estou a ver quem é que está a cuidar de mim portanto, logo aqui há um atendimento personalizado acima de tudo.” UR14</p> <p>“[...] despirmos a roupa e pormos num saco preto [...]”. Parece que entramos num mundo paupérrimo, em que não há outra alternativa.” UR15</p> <p>“E depois, ainda por cima a bata é aberta atrás [...]” UR16</p> <p>“[...] uma pessoa levanta uma persiana e leva assim com o sol. É fantástico!” F17</p> <p>“[...] o espaço é completamente diferente pelo ruído pela forma de atendimento pela distorção que isso nos traz, pela segurança que nos dá. Porque o desempenho do profissional dá-nos segurança se eu for bem atendida. Se à primeira vez eu não tiver problemas nenhuns quando a enfermeira vem pela segunda vez até quero [...]” UR18</p> <p>“Agora, se eu não for bem recebida estou desejando que não me apareçam, nem quero já pensar nisso [...]” UR19</p> <p>“E isto é incrível como é que em horas diferentes do dia e consoante a equipa que temos as coisas mudam radicalmente.” UR20</p>			<p>“Eu fiquei assim descansada e comecei a chorar e foi uma coisa sem explicação.” UR10</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
	<p>“As da manhã [...]” UR21</p> <p>“[...] foram super competentes [...]” UR22</p> <p>“[...] mas faltou aquela coisa do calor humano: ali estamos nós a ser simpáticos para receber simpatia em troca, é um bocado isto de conquistar quase quem nos está a cuidar para ver se recebemos um sorriso, isto no extremo, claro. Mas na tarde apanhei uma enfermeira queridíssima, queridíssima, queridíssima, que até a fazer o toque nós pensamos como é que é possível a diferença da mão, da conversa... só o facto de a pessoa estar a falar connosco quando está a fazer aquilo porque vai correr tudo bem porque não, não dói nada...” UR23</p> <p>“[...] depois da meia noite é o descabro [...]” Uma barulheira, descomunal porque umas tinham vindo de férias porque não sei o quê [...]” UR24</p> <p>“[...] ninguém se identifica [...]” UR25</p> <p>“Portanto, esta troca de turnos podia ser feita de uma forma mais humana [...]” UR26</p> <p>“Eu, por exemplo, uma das coisas que reparei [...]” UR27</p> <p>“[...] as enfermeiras são excepcionais todas são umas queridas e as auxiliares são de fugir.” UR28</p> <p>“[...] “tenho que lhe fazer o toque para ver se isso evoluiu ou não” e eu respondi “ está bem, está bem, mas se não se importa feche a porta” [...]” UR29</p> <p>“Mas de facto eu tive que lhe dizer e isto são coisas que eu acredito quem está a trabalhar há muitos anos já lhe passe ao lado, mas não pode passar porque é de uma falta de tudo, e acima de tudo é uma forma de respeito.” UR30</p>			



Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
	<p data-bbox="421 174 824 310">“[...] “ esse bebê não aguenta um trabalho de parto e vai-se embora...” [...]” Eu e o meu marido ficámos os dois completamente parvos, não é, a olhar e a pensarmos “isto é surreal”.” UR31</p> <p data-bbox="421 341 824 420">“Comecei a ficar nervosa e a pessoa quanto mais nervosa está pior é não é?” [...] só me apetecia era chorar.” UR32</p> <p data-bbox="421 451 824 529">“Cheguei aos quatro centímetros de dilatação, se isto é assim aos quatro, aos dez morro...” UR33</p> <p data-bbox="421 561 824 697">“Lá fui à casa de banho e lá vamos nós com as célebres batinhas. O problema não é eles (os maridos) lá estarem. O problema é a maldita bata que podia ter outras condições.” UR34</p> <p data-bbox="421 729 824 838">“Chegou uma auxiliar, duma antipatia terrível, todas muito brutalizadas e põe a arrastadeira e tira a arrastadeira e tudo aquilo é horrível.” UR35</p> <p data-bbox="421 870 824 948">“Entretanto, eu só entrei em pânico ou só me preocupei mais quando entro no bloco e me dizem que a anestesia é geral.” UR36</p> <p data-bbox="421 980 824 1058">“Eu deitei-me, adormeci grávida e acordei não grávida e este vazio que há aqui é muito estranho, é esquisito.” UR37</p> <p data-bbox="421 1089 824 1277">“Eu acho que de x em x tempos os profissionais deviam passar a doentes e faziam esta reciclagem e sentiam na pele o que é estar do outro lado porque ao fim de um tempo as pessoas ficam insensíveis perdem a sensibilidade do que é estar do outro lado e isso é importantíssimo.” UR38</p>			

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
<p data-bbox="223 189 300 213"><u>Bloco VI</u></p> <p data-bbox="150 252 373 393"><b>Influência do espaço ambiental na vivência do nascimento</b></p>	<p data-bbox="415 181 814 260">“E quando a pessoa sai de lá de dentro vai agarrada à bata, como é óbvio, para não ficarmos totalmente expostas.” UR1</p> <p data-bbox="415 291 814 401">“Porque assim que saímos estamos, mais uma vez, expostas às pessoas lá de fora, é uma pena, e com o saco do lixo na mão.” UR2</p> <p data-bbox="415 432 783 456">“Claro que não foi nada de extremo.” UR3</p> <p data-bbox="415 487 814 542">“[...] parece que foi uma experiência horrrosa não, não é isso!” UR4</p> <p data-bbox="415 573 814 707">“Mas de facto, é pena porque há pormenores que são fundamentais para ter uma boa experiência e no fim não foi tão boa por pequenas coisas que são perfeitamente fáceis de alterar.” UR5</p> <p data-bbox="415 738 814 816">“ [...] escuríssimo aquele corredor todo é muito escuro e é uma pena porque há fotografias de bebés penduradas.” UR6</p> <p data-bbox="415 848 814 903">“Os quartos já não são assim e são óptimos porque as janelas são enormes [...]” UR7</p>	<p data-bbox="836 181 1234 236">“Eu acho o que mais me ajudou foi a senhora enfermeira.” UR1</p> <p data-bbox="836 268 1234 346">“Quando lá cheguei percebi que a conhecia. Então, aí nós sentimo-nos muito mais à vontade.” UR2</p> <p data-bbox="836 377 1234 456">“E... em relação ao espaço...acho que podia ser um bocadinho mais...podia ter um bocadinho mais de luz...” UR3</p> <p data-bbox="836 487 1234 566">“Acho...que aquela sala é um bocadinho escura, acho que podia ter um bocadinho mais de luz.” UR4</p> <p data-bbox="836 597 1234 824">“Acho que... acho que não é mórbido, não bem o ser mórbido... é triste, não é? Nós entramos para uma sala que não tem qualidade, não tem luz, aquilo falta ali qualquer coisa, não é? Falta... a luz inspiranos, a luz dá-nos outra alegria [...] Entrarmos para uma sala escura, parece que vamos ficar de castigo [...]” UR5</p> <p data-bbox="836 856 1234 934">“Em relação ao material em si, como os utensílios, não tenho assim...nada a dizer.” UR6</p> <p data-bbox="836 965 1063 989">“Sim, o meu marido.” UR7</p> <p data-bbox="836 1020 1185 1044">“Também faz parte do ambiente...” UR8</p> <p data-bbox="836 1075 1234 1122">“E sentimo-nos mais seguras com a companhia deles (marido) [...]” UR9</p> <p data-bbox="836 1154 1234 1208">“Eu prefiro estar acompanhada do que estar sozinha, sinto-me mais segura.” UR10</p> <p data-bbox="836 1240 1234 1318">“[...] eu sei que há pessoas que preferem ter a sua privacidade, mas eu se estiver acompanhada sinto-me mais segura.” UR11</p>	<p data-bbox="1256 181 1654 236">“Acho que é a parte de que não me lembro assim muito bem.” UR1</p> <p data-bbox="1256 268 1654 377">“Não o deixaram ( o marido) entrar porque já passava da meia - noite. Estive sozinha mas fui bem acolhida. Não tenho razão de queixa. Senti-me bem. UR2</p> <p data-bbox="1256 409 1654 519">“Senti-me bem, senti-me bem estava tudo, tudo bem. Se fosse preciso também tínhamos privacidade porque eles corriam aquelas cortinas.” UR3</p> <p data-bbox="1256 550 1654 605">“ [...] também tínhamos privacidade porque eles corriam aquelas cortinas.” UR4</p> <p data-bbox="1256 636 1654 691">“[...] acho que o mais importante foi mesmo o parto [...]” UR5</p> <p data-bbox="1256 722 1654 801">“Acho que aquela sala é mais pequenina em relação à outra. É mais acolhedora porque tem tudo mais aconchegado.” UR6</p> <p data-bbox="1256 832 1654 911">“Acho que foi a simpatia das pessoas acho que sim acho que foram todos muito simpáticos [...]” UR7</p> <p data-bbox="1256 942 1654 965">“[...] acho que me ajudaram muito [...]” UR8</p> <p data-bbox="1256 997 1561 1020">“Do ambiente gostei sempre.” UR9</p> <p data-bbox="1256 1052 1654 1130">“Apenas o ruído de andarem a fazer obras logo de manhã [...] é que me incomodou um bocadinho.” UR10</p>	<p data-bbox="1676 181 2074 354">“Na sala está tudo muito junto e quando nós entrámos estava uma senhora enfermeira de cabeça baixa... «responda-me a este questionário» [...] nós respondemos e... «vá ali para a marquesa que o doutor já vem». Quer dizer, é tudo muito frio.” UR1</p> <p data-bbox="1676 385 2074 550">“Mas...aquilo para elas é uma rotina: temos de preencher o questionário, mandar deitar a doente, o doutor já vem ver, pronto. Assim, é tudo assim, dá uma sensação de despacho do tipo «vá, despacha-te que está ali outra pessoa à tua espera...” UR2</p> <p data-bbox="1676 581 2074 636">“[...] à espera que eu saia para entrar outra mãe. É assim.” UR3</p> <p data-bbox="1676 667 2074 863">“Logo à entrada da sala é assustador porque vestimos uma bata horrível que aquilo não se percebe nada. Eu praticamente...não há assim aquela coisa acolhedora que nós digamos “olha, estamos num cantinho confortável, com uma pessoa simpática [...]” UR4</p> <p data-bbox="1676 895 2074 973">“ [...] mãe, vista-se bem, tape-se porque a porta vai abrir [...] coisas que nós gostamos de ouvir, eu falo por mim [...]” UR5</p> <p data-bbox="1676 1028 2074 1114">“Na primeira vez senti-me com outro conforto porque estava só eu e o meu marido [...]” UR6</p> <p data-bbox="1676 1146 2074 1201">“E então estávamos só nós os dois e parece que estávamos melhor.” UR7</p> <p data-bbox="1676 1232 2074 1279">“Mas, como eu fiquei na segunda vez com outras pessoas [...]” UR8</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
		<p>“Agora sei que talvez seja o receio de ter de pedir ajuda e não ter ninguém. Não sei explicar, mas eu sinto-me melhor se tiver alguém, se tiver uma companheira no quarto comigo.” UR12</p> <p>“Para já, quando a doutora entrou, fecharam a porta.” UR13</p> <p>“Acho que vale sempre a pena mesmo que as coisas não corram como nós planeámos.” UR14</p>		<p>“[...] depois achei que realmente a companhia...um pai diz uma piada, depois outro diz uma gracinha e acabamos por rir os três. Estamos três mães e três pais e uma mãe diz “o meu filho há-de ser assim...”</p> <p>“Nós acabamos por conversar, por gostar e o tempo passa mais rápido, com outra harmonia.” UR9</p> <p>“Senti-me bem com os técnicos porque eles tinham o bom senso de pedir sempre aos que estavam como acompanhantes para se retirarem porque precisavam de fazer uma observação ou para a pessoa fazer as suas necessidades; corriam-nos as cortinas e estávamos muito à vontade, senti-me sempre bem.” UR10</p> <p>“Durante o dia as senhoras da limpeza fazem muito barulho, gritam muito umas com as outras: “...traz-me lá uma embalagem...”, “...viste ontem a novela?...”, “...ontem fui às compras...”. Permanentemente, nós estamos a ouvir aquelas conversas. Mas...das senhoras enfermeiras, não; sentimos, sentimos a presença do trabalho, a presença das pessoas a andarem, a falarem, mas até nos sentimos bem embora estejamos ou com o sono leve, ou mesmo a tentar tranquilizar [...]” UR11</p> <p>“[...] nós conseguimos porque aquela presença nos faz falta.” UR12</p> <p>“São momentos em que isso incomoda mais embora o barulho seja muito. Durante a noite não, durante a noite para mim foi calmo.” UR13</p> <p>“ [...]...positivo foi a companhia, a assistência das senhoras enfermeiras [...]” UR14</p>

Tema	Entrevista 9	Entrevista 10	Entrevista 11	Entrevista 12
				<p data-bbox="1697 185 2112 467">“[...] aquela presença delas comigo, sempre a perguntar se eu estava bem, muitas vezes, muitas vezes chegavam perto de mim e faziam-me uma festinha, chamavam-me por graça a “mãe caçula” porque as senhoras que estavam ao meu lado tinham mais filhos, isso foi muito positivo. Eu suponho que elas conseguiam transmitir um pouco de calma porque nós estamos um bocadinho com ansiedade, com medo...” UR15</p> <p data-bbox="1697 490 2112 545">“Negativo...foi o facto de me esconderem, talvez a verdade...” UR16</p> <p data-bbox="1697 577 2112 663">“Foi um sofrimento para mim, a cesariana foi feita, como se costuma dizer, em cima do joelho, foi tudo à pressa [...]” UR17</p> <p data-bbox="1697 686 2112 773">“Assim, eu saí revoltada, a olhar-me no espelho e ver uma cicatriz horrível e isso tudo.” UR18</p>