

Rafaela de Sousa Marques

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Rafaela de Sousa Marques

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Rafaela de Sousa Marques

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Rafaela de Sousa Marques

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

O projeto que se apresenta foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Graduação, inserida no 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto e tem como tema: Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres.

O objetivo deste estudo foi compreender a experiência vivida pelas mulheres de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital. As participantes foram 15 mães que experienciaram a vivência.

O estudo é exploratório, descritivo, transversal e com abordagem qualitativa. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada com um guião, elaborado pela autora com base nas experiências vividas no ensino clínico de saúde materna e na pesquisa bibliográfica. Foram identificados cinco temas principais: vivências; privacidade; intimidade; direitos; trabalho de parto e plano de parto.

O estudo possibilitou compreender alguns aspectos do existir dessas mães nas relações estabelecidas com os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e médicos, apreendendo os significados atribuídos por elas à experiência durante o trabalho de parto em que sentiram que os seus direitos quanto ao respeito pela sua vontade e privacidade foram acolhidos.

Os resultados do estudo permitem-nos dizer que nem sempre a privacidade e os direitos das mulheres são respeitados pelos profissionais de saúde existindo situações que algumas consideram como de violência o que leva a pensar que será necessário um maior investimento de todos quantos trabalham nesta área pela humanização do parto.

Palavras-chave: respeito; privacidade; intimidade; trabalho de parto; direitos; vivências

ABSTRACT

The project that was presented was developed within the scope of the Curricular Unit of Graduation Project, inserted in the 4th year of the Degree in Nursing of the University Fernando Pessoa of Porto and has as its theme: Privacy and intimacy during labor: experiences of the women.

The objective was to study the experiences experienced by women of feeling during labor without a hospital. As participants were 15 mothers who experienced an experience.

The study is exploratory, descriptive, transversal and with a qualitative approach. A semistructured interview with a script was elaborated, elaborated by the author based on the experiences lived in the clinical teaching of maternal health and bibliographical research. Five main themes were identified: experiences; privacy; intimacy; rights; labor and birth plan.

The study made it possible to understand some aspects of the existence of these mothers in the relations established with health professionals, namely nurses and physicians, learning the meanings attributed by them to the experience during labor in which they felt that their rights to respect their will and privacy were welcomed.

The results of the study allow us to say that women's privacy and rights are not always respected by health professionals and there are situations that some consider as violence, which suggests that more investment will be needed by everyone working in this area. through the humanization of childbirth.

Keywords: respect; privacy; intimacy; labor; rights; experiences

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia à minha mãe, apesar de não estar presente fisicamente, sinto que está sempre comigo...

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão e pai, pelo apoio que me deram em todas as fases da minha vida, que se revelou crucial para a elaboração desta monografia. Agradeço-lhes a sua compreensão e a habitual motivação com que pude contar ao longo deste trabalho.

À minha orientadora, Prof^a. Amélia José Monteiro, por todo o apoio e paciência que teve comigo. Agradeço-lhe pela sua boa disposição, compreensão, conselhos e total disponibilidade que revelou em todas as fases do trabalho e, acima de tudo, pela confiança que depositou em mim.

Às parturientes que colaboraram com o meu estudo, ajudando sempre no que podiam.

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

PENSAMENTO

“Para mudar o Mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer”

Michel Odent

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

CHSJ – Centro Hospitalar São João

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
I. FASE CONCEPTUAL.....	16
1. O problema de investigação	16
i. Questão de Investigação	16
ii. Questões Pivôt.....	16
iii. Objetivos	17
2. Revisão da literatura	18
i. Vivências	18
ii. Privacidade	18
iii. Direitos da grávida	20
iv. Trabalho de Parto	21
v. Plano de parto	25
vi. Respeito	26
vii. Intimidade.....	27
viii. Preparação para o Parto.....	28
II. FASE METODOLÓGICA.....	29
1. Desenho de investigação	29
i. Tipo de estudo	29
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	29
iii. Instrumento de recolha de dados e pré-teste	30
iv. Tratamento e apresentação dos dados	31
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	32
III. FASE EMPÍRICA	34
1. Caracterização da amostra.....	34
2. Apresentação, análise e interpretação dos dados	35
3. Discussão de resultados	43
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da amostra.....	34
Quadro 2 - Quadro referente à categoria Respeito, com as unidades de registo.....	35
Quadro 3 - Quadro referente à categoria Desrespeito, com as unidades de registo.....	36
Quadro 4 - Quadro referente à categoria Direitos, com as unidades de registo.....	37
Quadro5 - Quadro referente à categoria Felicidade, com as unidades de registo.....	38
Quadro 6 - Quadro referente à categoria Dor, com as unidades de registo.....	39
Quadro 7 - Quadro referente à categoria Violência, com as unidades de registo.....	40
Quadro 8 - Quadro referente à categoria Má Prática, com as unidades de registo.....	41

INTRODUÇÃO

O projeto que se apresenta foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Graduação, inserida no 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto e constitui um dos requisitos para a obtenção da licenciatura em Enfermagem.

Dentre os vários ensinamentos clínicos realizados o de saúde materna foi o que suscitou mais interesse. E desse interesse nasceu a decisão de fazer o projeto de graduação nesta área, mais concretamente num aspeto que muito sensibilizou a aluna e que tem a ver com o respeito dos profissionais de saúde pelo direito à privacidade das mulheres durante o trabalho de parto.

Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para o benefício dos utentes, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.1). De acordo com o ICN (cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2006) o conhecimento alcançado pela investigação em Enfermagem é usado com finalidade de desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

O trabalho de parto, apesar de ser um ato fisiológico, implica, atualmente, o internamento da mulher num hospital. As atitudes, a maneira como a parturiente usa o seu corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto, dependem das informações recebidas nas consultas pré-natais, do contexto socioeconómico e da sua personalidade.

Como refere Couto (2006) “A aprendizagem sobre a gravidez e o parto é realizada muitas vezes de forma incorrecta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados, através, sobretudo da tradição oral.” Se essa aprendizagem não for realizada de forma progressiva e coerente, de acordo com o nível de compreensão da mulher, acontece que muitas mulheres entram em trabalho de parto sem conhecerem o seu corpo, desconhecendo o que se passa com elas, o que pode ser gerador de insegurança e ansiedade.

Os enfermeiros especialistas na área da saúde materna e obstétrica são reconhecidos pela OMS, como os profissionais com o perfil mais apropriado para intervir no parto normal sem distocia, ou seja, sem complicações. O enfermeiro é eleito por ser o profissional de saúde que tem maior permanência nos hospitais e maternidades, podendo acompanhar as parturientes a tempo inteiro. Esta intervenção, se for bem desempenhada e adequada a cada mulher, faz com que o parto e o nascimento do bebê sejam uma experiência positiva, um milagre da vida e não um salto no escuro (Brito e Sato, 2002).

Os critérios fisiológicos não são os únicos fatores que devem ser tidos em conta numa mulher em trabalho de parto. O que é realmente importante, para além de terem uma mãe e filhos saudáveis é a maneira como cada mulher lida com a situação, o modo como ela se sente após essa experiência e as marcas que vão ficar no seu espírito e no seu corpo. A experiência de “dar à luz” é tão importante para a vida de uma mulher que anos após o nascimento de um filho, ela continua a lembrar-se de todos os pormenores e sensações do trabalho de parto. Tal como refere Coutinho (2006:66), “...*pelo que cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer, na medida em que a ajudo a ultrapassar uma situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive*”. Desta forma, cuidar em trabalho de parto implica uma responsabilidade social envolvente e humanizante que identifica todas as necessidades da mulher e futura mãe.

Com a elaboração deste projeto, pretende-se conhecer as vivências das mulheres no trabalho de parto no que concerne ao respeito dos profissionais pelo seu direito à privacidade num momento tão especial nas suas vidas.

Desta forma optamos por um estudo exploratório, descritivo com metodologia qualitativa, visto que esta metodologia oferece significativas oportunidades para a investigação e para os investigadores, pois pode possibilitar o estudo de inúmeros problemas de difícil abordagem por outros métodos e pela dificuldade de os isolar de seu contexto na vida real.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes, para além da introdução, da conclusão e das referências bibliográficas consideradas relevantes para o estudo.

A primeira parte é designada pela fase conceptual onde se aborda o problema de investigação, o domínio da investigação, a pergunta de partida, as questões de investigação e a fundamentação teórica. Como é óbvio, tornou-se indispensável uma fonte de pesquisa a partir da qual se recolhessem os dados necessários ao estudo qualitativo. Assim, esta segunda parte refere-se ao percurso metodológico, às opções tomadas sobre o contexto do estudo, participantes, forma de recolher os dados, aspetos formais e éticos e os respetivos procedimentos para a análise dos dados. Por fim, a terceira parte é a caracterizada como fase empírica, onde se realizará a análise, interpretação e discussão dos dados. Também nesta última parte, realçamos as principais conclusões que emergem desta investigação.

Os resultados do estudo permitem dizer que nem sempre a privacidade e os direitos das mulheres são respeitados pelos profissionais de saúde existindo situações que algumas consideram como de violência o que leva a pensar que será necessário um maior investimento de todos quantos trabalham nesta área pela humanização do parto.

I. FASE CONCEPTUAL

É uma forma ordenada de formular ideias com o intuito de chegar a uma conceção clara e organizada do objecto em estudo. Esta fase começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar uma investigação (Fortin,2009).

A investigação “ (...) é um meio de demonstrar o campo de acção e de conhecimentos de uma profissão. Cada profissão deve estar em posição de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre o qual se apoia a sua prática.” (Fortin, 2009)

1. O problema de investigação

Um estudo de investigação tem início com a definição de um problema que o investigador necessita de resolver, ou como uma questão que ele próprio precisa de responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua e inquietadora com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a resolução. (Polit e al, 2004)

Decorrente do ensino clínico de saúde materna, tornou-se de interesse pessoal realizar um estudo que analisasse se as mulheres sentiram respeitada a sua privacidade pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto.

i. Questão de Investigação

- Quais serão as vivências das mulheres no que se refere à privacidade e respeito durante o trabalho de parto?

ii. Questões Pivôt

- Será que as mulheres sabem o que é o plano de parto?
- Será que as mulheres estão informadas dos procedimentos a efetuar durante o parto?
- Será que a vontade das mulheres é respeitada durante o parto?

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

- Será que as mulheres sabem que têm o direito, por lei, de serem protegidas durante o parto?

iii. Objetivos

Segundo Bardin (2016), o contato inicial com os documentos, a chamada “leitura flutuante” é a fase em que são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa. As hipóteses são explicações antecipadas do fenômeno observado, em outras palavras, afirmações iniciais que podem ser comprovadas ou refutadas ao final do estudo. Após a realização da “leitura flutuante”, a autora recomenda a escolha de um índice organizado em indicadores. Ao final, no momento da exploração do material, codificam-se os dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades.

Com a realização deste trabalho pretendemos que o seguinte objetivo geral seja alcançado:

- Analisar as vivências das mulheres em relação ao modo como foi respeitada a sua privacidade e intimidade durante o trabalho de parto.

Os objetivos específicos são:

- Saber qual o conhecimento das mulheres sobre o plano de parto;
- Descrever as informações que possuem sobre os procedimentos a efetuar durante o parto;
- Averiguar se a vontade das mulheres foi respeitada durante o parto;
- Identificar o conhecimento das mulheres sobre o direito, por lei, de serem protegidas durante o parto.

2. Revisão da literatura

Para Fortin (2003), “ (...) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos, o conceito em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos”.

i. Vivências

Uma vivência é o modo como alguém vive ou se comporta. É o desenvolvimento de uma impressão ou experiência psíquica. (Porto Editora 2003-2019)

A vivência da gravidez e da maternidade tem adquirido uma importância diferente ao longo dos tempos, dependendo do significado que lhe é atribuído, sendo experienciada de modo diverso consoante o contexto sociocultural (Canavarro, 2001; Pacheco et al., 2005).

ii. Privacidade

O conceito de privacidade nem sempre representou um mesmo significado. Em algumas sociedades nem sequer tinham conhecimento sobre esse direito da personalidade. O que antes era definido como o simples “direito a ser deixado só” decaiu em prol de definições cujo centro de gravidade é representado pela possibilidade de cada um controlar o uso das informações que lhe dizem respeito (Rodotà, 2008). Isso não significa, porém, que a primeira definição esteja equivocada, mas que na atual realidade a possibilidade de indivíduos e grupos controlarem o exercício dos poderes a partir do uso de informações suscita uma maior discussão.

Em termos históricos, o surgimento da privacidade remete-nos a Roma antiga quando da conceituação do *jus utendi, fruendi et abutendi*, que assegurava ao *dominus* as mais amplas faculdades, continha em si a ideia de amparo à vida privada, na medida em que esta decorresse dentro de uma propriedade (Fernandes, 1996). Ou ainda como afirma Stefano Rodotà (2008), o nascimento da privacidade está associado à desagregação da

sociedade feudal, na qual os indivíduos tinham fortes vínculos devido a uma complexa série de relações na própria vida cotidiana.

Alguns filósofos como John Locke e John Stuart Mill dedicaram parte das suas obras para tratarem do que se costuma chamar direito à privacidade. O primeiro, com seu Ensaio sobre o Governo Civil, desenvolveu a ideia de liberdade como autonomia para dispor, como bem lhe pareça de sua pessoa, de seus atos, de seus bens e de tudo quanto lhe pertença (Locke, 2001). Stuart Mill, com a obra “A liberdade”, sustentava a tese de que os únicos aspectos da conduta humana que produziam deveres e responsabilidades sociais seriam aqueles que afetassem os demais. Segundo ele, os aspectos que só dizem respeito ao indivíduo são absolutamente independentes, resultando ser o indivíduo soberano sobre si, seu corpo e sua mente (Mill,2000).

A evolução do direito à privacidade passou de uma noção negativa, de não sofrer intromissões externas, não consentidas na vida privada, para uma concepção positiva, desenvolvimento de um aspecto da personalidade que possibilite ao titular do direito o controle das informações sobre sua vida pessoal. Nos dias de hoje, o estudo da privacidade tem conceitos e definições mais amplas, não obstante a evolução da informática e, junto com esta, as mais variadas formas de tecnologias permitam uma divulgação maior de informações restritas e íntimas. Tanto a expressão “vida privada” quanto o termo “intimidade” se referem a tutela do ser humano de uma forma que seja a mais ampla possível, tendo em vista a complexidade das situações subjetivas.

(Doneda, 2006).

Portanto, mesmo que esses conceitos tenham sido aprimorados e justificados ao longo dos anos, ainda estão sujeitos a mudanças de entendimento na doutrina e apresentam-se como conceitos quase que indeterminados. E com a era da informação, a tendência é que o conceito de privacidade continue evoluindo com o passar do tempo. (Doneda, 2006).

A Direção-Geral de Saúde publicou em 2015 um Código de Conduta Ética que materializa um conjunto de princípios e normas de comportamento que inspiram e estão

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

subjacentes a toda a atuação desenvolvida por esta DGS, reclamada pela natureza da sua missão e pelas especificidades das atribuições que lhe estão cometidas.

Com efeito, a especial visibilidade pública da DGS e a sua específica intervenção no sistema nacional de saúde criam, na perspetiva dos cidadãos e instituições, a legítima expectativa de que os seus colaboradores se comportam em conformidade com os mais elevados padrões éticos.

O Código de Ética aplica-se a todos os trabalhadores e colaboradores da Direção-Geral de Saúde e impõe que, no exercício da sua atividade, ou fora dela, assumam e difundam uma cultura ética e um sentido de serviço público, com vista a assegurar e fomentar uma imagem de responsabilidade, integridade e de confiança, valorizando, deste modo, a qualidade, o rigor e a credibilidade do serviço público.

Este Código de Conduta Ética é, ainda e necessariamente, complementar das normas legais em vigor, designadamente da Carta Ética da Administração Pública, da lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, do Código do Procedimento Administrativo, do diploma legal que estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde e do despacho do Ministro da Saúde que estabelece os princípios orientadores referentes ao Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde.

iii. Direitos da grávida

Segundo o Despacho n.º 5344-A/2016 – Diário da República n.º 76/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-19 e Lei n.º 15/2014. DR n.º 57, Série I de 2014-03-21,

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

a mulher grávida tem direito ao acompanhamento durante todas as fases do trabalho de parto.

É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida.

O direito ao acompanhamento pode ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorrer.

Na medida necessária, o acompanhante não será submetido aos regulamentos hospitalares de visitas nem aos seus condicionamentos, estando, designadamente, isento do pagamento da respetiva taxa.

O acompanhamento pode excepcionalmente não se efetivar quando, em situações clínicas graves, for desaconselhável e expressamente determinado pelo médico obstetra.

O acompanhamento pode não ser exercido nas unidades onde as instalações não sejam consentâneas com a presença do acompanhante e com a garantia de privacidade invocada por outras parturientes.

Nos casos previstos nos números anteriores, os interessados devem ser corretamente informados das respetivas razões pelo pessoal responsável.

São adotadas as medidas necessárias à garantia da cooperação entre a mulher grávida, o acompanhante e os serviços, devendo estes, designadamente, prestar informação adequada sobre o decorrer do parto, bem como sobre as ações clinicamente necessárias.

iv. Trabalho de Parto

O trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto. Nas semanas e dias que antecedem o início do trabalho de parto, o sistema reprodutor da mulher sofre várias alterações. O trabalho de parto pode ser abordado em duas perspetivas: quanto aos mecanismos envolvidos no processo, ou quanto aos vários estádios que a mulher atravessa (Bobak, 1999).

Para Graça (2005), trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

Podemos dizer que uma grávida está em trabalho de parto quando surgem contrações dolorosas e rítmicas que se estendem a todo o útero, de frequência e intensidade crescentes. As causas que determinam o início do trabalho de parto não são completamente conhecidas. Há várias teorias sobre o seu determinismo, e este parece ser o resultado de uma combinação de fatores, os quais incluem o controlo fetal, alterações das hormonas esteroides, produção de prostaglandinas da ocitocina e alterações musculares uterinas (Rezende, 2016).

Durante o trabalho de parto, a mulher atravessa consideráveis transformações físicas: as contrações uterinas e mais tarde os músculos abdominais são responsáveis pela dilatação do colo, pela expulsão do feto, pela saída da placenta e membranas, e pelo retorno do organismo às posições iniciais.

O parto é uma experiência geradora de stresse, porque por um lado permite ver o bebé querido, por outro é percecionado como um risco para a saúde, originando sentimentos de ambivalência (Ip et al., 2005).

A mulher tem direito a vivenciar o trabalho de parto de acordo com as suas crenças e valores. A experiência que espera vir a ter durante o parto vai estar relacionada com a experiência anterior, com a experiência de pessoas que lhe são próximas, e com as normas vigentes na cultura e sociedade em que está integrada, sendo por isso influenciada por um conjunto de fatores que têm que ver com dimensões de cariz individual e familiar (Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2009).

Ao longo dos séculos, a mulher pariu em casa, rodeada por mulheres, no seu ambiente familiar com apoio e conforto. Naquela época o parto era considerado um acontecimento natural. O conhecimento passava de geração em geração e a mulher, em conjunto com os seus familiares, planeava o parto, decidia quem queria que estivesse presente, decorava o ambiente de acordo com as suas crenças e valores e, com o apoio de todos, confiava em si e permitia-se ter as reações que o seu corpo lhe pedia. Com condições de vida precárias e dificuldade no acesso a cuidados de saúde adequados, havia uma alta taxa de morbilidade e mortalidade, o que levou a que os médicos chamassem a si a realização dos partos, transferindo-os para o hospital, passando estes a

ser vistos como uma doença e não como um evento normal e fisiológico (Couto, 2006). Esta transferência do parto para o ambiente hospitalar acompanhou-se de um aumento nas intervenções de rotina e a mulher passou a ter um papel secundário, passivo, repleto de medo, ansiedade e dor. Surgiu assim, a necessidade da preparação para o parto, entendida nos nossos dias como uma componente da educação para a saúde.

Segundo Usuelli (1988) “O parto é um acontecimento “poderoso” na vida, carregado de um profundo significado que não conhecemos totalmente e qualquer tentativa para o definir num conceito único é parcial e limitativa”. Assim o parto é considerado um evento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binómio mãe-filho. Por envolver aspetos psicológicos físicos, sociais, económicos e culturais, é considerado, por vários autores um fenómeno complexo, tornando-se objeto de estudo em várias ciências, entre elas a enfermagem.

O trabalho de parto também é bastante doloroso. A dor do parto é uma experiência humana tão antiga quanto a própria existência do homem. Ainda hoje, constitui-se numa realidade inerente ao parto e apesar de evitável, continua a ser vivenciada com grande frequência pelas mulheres que engravidam e dão à luz.

Alguns autores reforçam que a dor vivenciada pela mulher durante o trabalho de parto e parto é uma experiência subjetiva onde se pode identificar comportamentos diferentes em relação a esta, que variam segundo a cultura e a época (Mamede, Almeida, Sousa e Mamede, 2007). Neste contexto Joaquim afirma que “as dores de parto mudam de sentido consoante os contextos antropológicos; se não falo do parto sem dor é porque ele pode não ter, ou não tem sentido noutras culturas”, (2006).

A dor resulta, ainda, numa resposta psíquica e reflete-se nas ações físicas. A dor que a mulher sente durante o trabalho de parto e parto é única para cada mulher e é influenciada por vários fatores. Estes fatores incluem a cultura, ansiedade e medo, experiência anterior de parto, preparação para o parto e suporte oferecido durante este processo, (Bobak, 1999).

Atualmente, com a ampliação do conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos que geram a dor durante o parto, diversos pesquisadores têm aconselhado a utilização de métodos que permitam vencer esse desafio. Vários métodos não invasivos e não farmacológicos têm sido indicados para a humanização do parto e nascimento, como por exemplo: massagem, banhos, presença contínua do acompanhante, explicação e orientação antecipada dos procedimentos e liberdade para assumir a posição desejada durante o trabalho de parto. Entre estes métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto, encontram-se, ainda, as técnicas psicoprofiláticas (respiração e relaxamento), que tiveram em Read e Lamaze seus pioneiros, (Couto, 2006). A preparação para o parto e segundo Couto, (2006), "...deve ser um meio privilegiado de transferência de informação sobre gravidez, trabalho de parto e parto de forma a tornar a mulher numa atriz de uma peça que ela conhece perfeitamente".

A preparação para o parto, em Portugal, é considerada um direito, explanado na Lei nº 142/99 de 31 de agosto. Configura-se como uma intervenção útil na preparação da mulher/casal para a tomada de decisão e para a participação ativa no trabalho de parto e no parto.

É da responsabilidade dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (ESMO) agir como promotores e educadores para a saúde, sendo a importância do seu desempenho realçada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009). Preconiza-se que no período pré-natal informem e orientem a mulher/casal para estilos de vida saudáveis, preparem para o parto e para a parentalidade responsável, promovam o plano de parto e aconselhem e apoiem a mulher na tomada de decisão, promovendo o seu empoderamento e aproveitando todas as oportunidades de contato para transmitir esses conhecimentos. Isto exige dinâmica de trabalho, pois educar para a saúde é criar situações que permitam a transformação, através do aumento do conhecimento e da mudança dos comportamentos. Para que isso se concretize é necessário, como refere Nola Pender (2011) no seu Modelo de Promoção de Saúde, compreender que os determinantes do comportamento em saúde, definidos como - qualquer conduta com potencial para influenciar negativa ou positivamente a saúde (Gonzalez & Ribeiro, 2004) - devam ser a base para o aconselhamento em saúde, pois permitem a identificação dos fatores que influenciam esses mesmos comportamentos.

A atitude profissional, portanto, é de relevante importância na assistência à parturiente, tendo em vista que tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, associando-se à utilização de estratégias não farmacológicas adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes, tendo em vista as relações interpessoais na interação profissional, parturiente e família. Com a aplicação dessas estratégias, o trabalho de parto poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que as mesmas necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação (Davim, Torres e Melo, 2007).

v. Plano de parto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018 emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipes médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações.

Na nova recomendação sobre nascimentos e partos, emitida no dia 15 de fevereiro de 2018, a OMS vem pôr em causa orientações que foram adotadas durante décadas e que indicavam que um trabalho de parto que progride com uma taxa de dilatação do colo do útero menor do que um centímetro por hora não seria considerado normal.

Perante este cenário, muitas vezes, as mulheres recebem oxitocina para acelerar o trabalho de parto ou acabam por ser encaminhadas para cesarianas ou para trabalhos de parto com fórceps.

Na sua nova orientação, a OMS pediu a eliminação da referência à dilatação cervical de um centímetro por hora e enfatiza que uma taxa de dilatação cervical mais lenta por si só não deve servir de indicação para acelerar o parto ou o nascimento.

Pesquisas recentes mostraram que esta linha não se aplica a todas as mulheres e que cada nascimento é único», indicou Olufemi Oladapo, do Departamento de Saúde Reprodutiva da OMS. (2018)

A recomendação vai no sentido de indicar que esse limite de um centímetro de dilatação “não deve ser usado para identificar as mulheres em risco”.

Embora a taxa de cesariana varie de acordo com a região do mundo, a OMS vê um aumento geral nesta prática, “que considera perturbador”. A OMS também está preocupada com as intervenções usadas anteriormente para evitar partos complicados se terem tornado comuns. “A gravidez não é uma doença e o nascimento é um fenómeno normal, que se pode esperar que a mulher complete sem intervenção”, defendeu Oladapo (2018).

Para a OMS, muitas mulheres preferem um nascimento natural e confiam nos seus corpos para dar à luz o seu bebé sem intervenção médica desnecessária. A organização considera que, mesmo quando a intervenção médica é necessária, é preciso incluir as mulheres na tomada de decisões sobre os cuidados que recebem.

A nova recomendação reconhece que cada trabalho de parto é único e que a duração da primeira etapa do processo varia de uma mulher para outra.

O novo documento da OMS (2018) inclui 56 recomendações sobre o que é necessário para o trabalho de parto e imediatamente após a mulher ter o bebé. Inclui o direito a ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e o respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto e ainda o respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural, até na fase de expulsão.

vi. Respeito

Para Martin (2005) o respeito é “a excelência do comportamento humano, visto que o elemento fundamental da humanidade reside em assumir o valor do respeito pela dignidade humana, como o grande valor de que tudo deriva: pessoa, dignidade e respeito”.

O reconhecimento do valor do respeito pela pessoa é feito em contexto social. Em função desse valor é reconhecido à pessoa o direito a ser tratada com respeito. Não ser tratada de acordo com essa exigência, constitui uma ofensa, “uma ferida sentimental da mais elevada espécie” (Martin, 2005).

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Castledine (1996) entende que “o conceito de respeito pode variar social e culturalmente. É fundamental conhecer o significado que as utentes atribuem a esse fenómeno e a única forma que temos de saber qual é o significado que atribuem ao fenómeno é perguntar-lhes”.

Heidegger (2000) preconiza que “devemos compreender o respeito para podermos comportar-nos respeitosamente, porque a compreensão do respeito é anterior à experiência de respeitar”.

Para Kant (1999), o respeito é inerente à dignidade do ser humano, a dignidade depende da autonomia moral, e por ser moralmente humano, é digno de respeito.

Segundo Parse (2006), o respeito é uma experiência universal de saúde e qualidade de vida que, pela importância de que se reveste, o fenómeno deve ser estudado em diferentes contextos da prática de enfermagem.

vii. Intimidade

Intimidade (derivação do latim *intimus*) significa “o que está interno, o mais profundo”, referindo-se ao ato de partilha do que há de mais pungente e incisivo em nós (Popovic, 2005), que nos distingue e nos unifica como pessoas, remetendo para uma idiossincrasia privada, intrínseca, “de dentro”.

Observa-se que o conceito de Intimidade se correlaciona indubitavelmente e de modo inextrincável com a noção de Proximidade, sendo relevante, desde já, esclarecer as fronteiras de cada uma (para lá dos seus pontos de convergência): enquanto o termo “proximidade” se refere à componente emocional patente e comum a várias relações humanas, a Intimidade implica uma dimensão romântica, sexual (ou mais específica), que assenta numa base de “proximidade” mais intensa (Popovic, 2005).

De acordo com Costa (2005), a intimidade existe na medida em que a pessoa implicada na díade relacional a experimenta como tal, e lhe reconhece esse significado.

Dado que a Intimidade compreende a revelação de vulnerabilidades intrínsecas e informação privada, a conservação da confiança é fundamental para que experiências de intimidade continuem a ocorrer, mediante um processo biunívoco (Costa, 2005).

viii. Preparação para o Parto

De acordo com Bobak (1999), o objectivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do trabalho de parto, esta autora refere também que à noção de Preparação para o Parto pode-se também acrescentar que “muitas mulheres, especialmente nulíparas, preparam-se activamente para o parto. Lêem livros, vêem filmes, vão a aulas de Preparação e falam com outras mulheres (mães, irmãs, amigas, outras). Procuram o melhor profissional para aconselhamento, vigilância, e cuidados”

Segundo Couto (2006) com base nos resultados do estudo que realizou sobre a Conceitualização Pelas Enfermeiras de Preparação para o Parto, refere que a Preparação para o Parto é, segundo as enfermeiras estudadas, um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até o puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados com vistas a um resultado esperado com ganhos de saúde para a grávida e sua família.

As Enfermeiras estudadas por Couto (2006), preconizam Preparação para o Parto: como um meio, uma utilidade e um resultado.

Para Couto (2006), a Preparação para o Parto deve ser um momento de praticabilidade constante, não só em aspectos pedagógicos, mas também futuros, como também útil para o desempenho que se aproxima e se deseja de excelente prestação. Por fim, a Preparação para o Parto vista como um resultado, em que o autocontrolo, a serenidade, a calma e a tranquilidade fomentam a diminuição da ansiedade e do medo, assim como a aceitação e participação da grávida no trabalho de parto. Convém também não esquecer a vinculação entre os pais e o recém-nascido, vista como um resultado fortemente conseguido através de uma boa Preparação para o Parto. O domínio de técnicas e procedimentos (posições, respiração, relaxamento) é também igualmente referido como meta alcançável através da Preparação para o Parto.

II. FASE METODOLÓGICA

Admite-se que as profissões da saúde serão tanto mais desenvolvidas quanto maior for a perfeição nas pesquisas, implicando um conhecimento científico da metodologia, permitindo valorizar todo o conteúdo descoberto e, conferir objetividade a um trabalho de investigação. Para Polit e Hungler (2004) a metodologia apresenta as “ (...) implicações para a qualidade, integridade e interpretabilidade dos resultados.”

Desta forma, na fase metodológica o investigador *determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas* (Fortin; Grenier; Nadeu, 2003, p.40). A fase metodológica *operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população* (Fortin; Grenier; Nadeu, 2003).

1. Desenho de investigação

Os principais elementos para que haja um desenho de investigação são, o tipo de estudo, o meio onde se irá realizar o estudo, população e amostra e instrumento de colheita de dados.

i. Tipo de estudo

O estudo é exploratório, descritivo, transversal e com abordagem qualitativa. Será utilizada uma entrevista semiestruturada com um guião, elaborado pela autora com base nas experiências vividas no ensino clínico de saúde materna e na pesquisa bibliográfica.

Neste contexto, Bogdan e Biklen (2010) consideram que esta abordagem permite descrever um fenómeno em profundidade através da apreensão de significados e dos estados subjectivos dos sujeitos pois, nestes estudos, há sempre uma tentativa de capturar e compreender, com pormenor, as perspectivas e os pontos de vista dos indivíduos sobre determinado assunto.

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

A população base deste estudo é constituída por mulheres com os seguintes critérios de inclusão: parto eutócico, gestação de termo, ter parido no máximo há 5 anos.

A amostra será em bola de neve, uma técnica de amostragem não probabilística onde os indivíduos selecionados para serem estudados convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos fazendo com que a amostra vá crescendo a medida que os indivíduos selecionados convidam novos participantes.

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados. (Handcock,2011)

iii. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Optou-se por uma entrevista semiestruturada, baseada num guião, elaborado com base nas experiências vividas no ensino clínico de saúde materna. Assim que realizadas, as respostas foram sistematizadas e analisadas.

Segundo Fortin (2009), “no momento da escolha do método de colheita de dados, é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual e teórico. Assim, os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

Segundo Bogdan & Biklen (2010), “uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.”

Anderson & Kanuka (2003) consideram a entrevista com um método único na recolha de dados, por meio do qual o investigador reúne dados, através da comunicação entre indivíduos.

As questões devem ser compreendidas pelos sujeitos e estes devem ser capazes de lhes responder, daí a importância do pré-teste. Para Fortin (2009), o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor da entrevista junto de uma amostra reduzida.

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos da entrevista e fazer correções que se impõem.

Antes de se considerarem as entrevistas definitivas foi realizado o pré-teste a duas participantes que não tiveram dificuldade na compreensão das questões pelo que não foram feitas alterações ao guião inicial.

iv. Tratamento e apresentação dos dados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas para posterior leitura e análise de conteúdo.

Segundo Bardin (2016), entende-se por análise de conteúdo "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Esta técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências. Para o tipo de entrevista em apreço é indicada a modalidade de análise qualitativa (procura-se analisar a presença ou a ausência de uma ou de várias características do texto).

A entrevista é composta por perguntas semi-direcionadas, o que fez com que se adotasse uma análise de conteúdo pois "(...) aparece com um conjunto de técnicas de análise do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens." (Bardin,2016)

Seguindo esta metodologia providenciamos a divisão das questões e respostas em grandes categorias e algumas subcategorias de modo a procurar dados significativos que permitissem dar resposta às questões e objetivos de investigação.

A cada entrevista foi atribuído um código tendo as 15 participantes sido identificadas pela letra E o respetivo número (E1, E2, E3...E15).

Assim, no âmbito da análise das respostas às questões de exploração da entrevista, tentou-se encontrar unidades de registo que permitissem a construção de “núcleos de sentido” (Bardin, 2016), capazes de possibilitar a configuração de um sentido globalizante do discurso produzido, bem como o desenvolvimento de algumas interferências, considerando não só o sentido, manifesto, mas também o conteúdo latente.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

A ética no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (Fortin, 2003).

Segundo Fortin (2003), em qualquer projeto de investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais.

No decorrer de um processo de investigação os direitos das pessoas devem ser absolutamente protegidos, direitos esses que são os seguintes, segundo Fortin (2003):

- “Direito à autodeterminação - direito segundo o qual a pessoa é capaz de decidir por ela própria se quer ou não participar numa investigação” - para cumprir este princípio, todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do trabalho, o guião da entrevista e solicitada autorização para a gravação das entrevistas. Foi também fornecido a cada interveniente uma folha de consentimento informado para assinarem depois de decisão positiva sobre a sua participação no estudo.
- “Direito à intimidade, - o investigador deve assegurar que o seu estudo não é invasivo para as pessoas e não coloca em causa a intimidade das mesmas.” - Neste princípio ético as participantes foram livres de decidir sobre o grau de informação íntima que quisessem falar com a autora.
- “Direito ao anonimato e à confidencialidade - segundo o qual os resultados de um estudo devem ser apresentados de tal forma que ninguém, nem mesmo o investigador, possa reconhecer os participantes.” - Durante a entrevista nunca foi

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

abordado o nome da participante, nem solicitados outros dados pessoais identificativos.

- “Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, que corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicar.” - Para este princípio foi garantido o respeito, pela decisão dos sujeitos caso não quisessem participar no estudo ou se quisessem abandonar a meio, ou mesmo se não quisessem que a entrevista depois de gravada fosse considerada no estudo.
- “Direito a um tratamento justo e equitativo - segundo o qual a pessoa que participa num estudo tem direito a um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a realização do estudo.” - Todos os indivíduos foram informados sobre a natureza do estudo e as suas finalidades e que da sua participação ou não, não acarretariam prejuízos.

III. FASE EMPÍRICA

1. Caracterização da amostra

Para Vaz Freixo (2011), “as características da população definem um grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”, assim, a amostra desta investigação (n=15) são mulheres que pariram por parto eutócico, com gravidez de termo, no máximo até há 5 anos e em hospitais públicos.

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Idade	Gestação		Hospital		Conhecimento sobre o Plano de Parto		Preparação para o Parto		
	Primípara	Múltipara	CMIN	CHSJ	Sim	Não	Sim	Não	
17	1	1	1		1		1		
18	2	2	2		1	1	1	1	
24	1	1	1			1		1	
25	1	1	1		1			1	
26	1	1	1		1			1	
28	1	1		1		1		1	
30	3	3	1	2	2	1	1	2	
31	2	2		2	2		2		
32	2	2	2		1	1	1	1	
36	1	1	1		1		1		
Total	15	14	1	10	5	10	5	7	8

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Na análise ao quadro 1, verifica-se que o intervalo de idades das parturientes, variam entre os 17 e 36 anos de idade, sendo que 33,32 % (n=5) tinham idades superiores a 30 anos e 66,63% (n= 10) com idade inferior a 31 anos. No que respeita ao número de gestações de cada mulher verificou-se que 93,33% (n=14) das parturientes eram primíparas e 6,66% (n= 1) era multípara. Observa-se que a maioria das parturientes optou por parir no Centro Materno – Infantil do Norte, representando 66,66% (n=10) e apenas 33,33% (n=5) optou por parir no Hospital de São João. Conclui-se que 66,66% (n=10) das parturientes têm conhecimento sobre o plano de parto e 33,33 % (n=5) não têm conhecimento. Por fim, 46,66 % (n=7) das parturientes frequentaram as aulas de preparação para o parto e 53,33% (n=8) não frequentaram as aulas de preparação para o parto.

2. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, emergiram, dois domínios: “Privacidade e Intimidade” e “Trabalho de Parto”. O domínio “Privacidade” congrega três categorias: “Respeito”; “Desrespeito”; “Direitos”. O domínio “Trabalho de Parto” agrega quatro categorias: “Felicidade”; “Dor”; “Violência” e “Má prática”.

Quadro 2 – Quadro referente à categoria Respeito, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Privacidade e Intimidade	Respeito	E2: “... sempre me perguntaram se podiam tocar.” E3: “Respeito total pelo corpo e pela condição emocional.” E6: “Muito respeitosos, principalmente a parteira.” E7: “...houve uma enfermeira que foi muito delicada, mesmo enquanto me cozia, disse que ia fazer da melhor maneira...”; “... essa enfermeira fez toda a diferença, acalmou-me muito.” E8: “Fui respeitada, pedi para ter parto normal, e assim o fizeram.” E9: “...explicaram-me todos os passos e o que se ia passar.”; “...não tenho razão de queixa, foram sempre

		<p>respeitadoras.”</p> <p>E10: “Todos os profissionais de saúde foram espectaculares e informaram sobre todos os procedimentos.”</p> <p>E12: “Na hora do parto foram 5 estrelas.”</p> <p>E15: “... a minha vontade foi ter um parto normal e assim aconteceu.”; “Todos os profissionais de saúde foram bastante respeitosos em relação ao meu corpo.”</p>
--	--	---

Segundo Ribeiro (2002), o humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. Pode ser expresso pelo carácter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

A maioria das parturientes entrevistadas referiu que os profissionais de saúde respeitaram o seu corpo, a sua vontade e que explicaram todos os procedimentos que iam ser realizados, o que fez com que elas se sentissem mais tranquilas para o parto.

Quadro 3 – Quadro referente à categoria Desrespeito, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Privacidade e Intimidade	Desrespeito	<p>E1: “Sei o que é um plano de parto, mas foi ignorada a minha vontade.”</p> <p>E4: “...nem sempre foi respeitada.”</p> <p>E5: “... o parto foi feito independentemente da minha vontade ou não.”; “Nenhuma privacidade.”</p> <p>E6: “... na hora do parto não me foi dada oportunidade de escolha.”</p> <p>E7: “... nunca me falaram em plano de parto e nunca me deram oportunidade de escolher fosse o que fosse.”; “... antes de chegar a hora não me falaram no processo.”; “... nem sempre fui respeitada.”</p>

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

		<p>E9: “Não tive oportunidade de escolher. Fui para parto normal, porque assim o decidiram.”</p> <p>E14: “No meio de muitos “és tão nova”, “os teus 17 anos estão aqui”, começou o parto.”; “... não fui respeitada pelos profissionais de saúde.”</p>
--	--	--

Referente à categoria Desrespeito, as respostas estão agrupadas no quadro 3.

Para Boff (2004) " ... o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo de ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos ...". Ou seja, o cuidado é a base que possibilita a existência humana. O mesmo autor complementa que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro que, então, passa a se dedicar a ele; dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.

Para algumas das parturientes entrevistadas, nem sempre os profissionais de saúde respeitaram a sua vontade, nem informaram sobre os procedimentos. Alguns dos profissionais de saúde foram bastante desagradáveis para as parturientes, o que fez com que a experiência do parto tivesse sido terrível.

Quadro 4 – Quadro referente à categoria Direitos, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Privacidade e Intimidade	Direitos	<p>E1: “O direito à proteção foi, pelo menos no meu caso, utópico.”</p> <p>E4: “..., mas raro é o caso que quando realmente uma mulher precisa de ser protegida o seja..., pois os que dão mais trabalho e os quais as mulheres precisam mais de serem protegidas é quando eles falham mais.”</p> <p>E13: “Tenho algumas dúvidas me relação a isso.”</p> <p>E15: “Cada procedimento que foi efetuado foi com aviso prévio por parte dos profissionais de saúde”.</p>

Quanto à categoria Direitos, as respostas estão agrupadas no quadro 4.

Segundo Machado (2006), a assistência humanizada tem caráter amplo e envolve um conjunto de conhecimento, de práticas, de atitudes que visam não só a promoção do parto, mas também um nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, com o início no pré-natal e garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos, para a mulher e para o recém-nascido, que evite intervenções desnecessárias, que preserve sua privacidade e autonomia, já que o nascimento é um evento fisiológico, considerado um dos eventos mais marcantes da vida.

A maioria das parturientes desconhece que estão protegidas pelas leis e que existem direitos para as grávidas. Ou seja, podemos afirmar que os profissionais de saúde falham no aspeto de transmitir as informações necessárias.

Quadro 5 – Quadro referente à categoria Felicidade, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Trabalho de Parto	Felicidade	E1: “Felizmente tudo acabou bem.” E9: “...no geral correu bem.” E10: “Foi um parto que correu bem.” E12: “... não senti qualquer tipo de dor, a parteira mandou puxar, eu puxei e ele saiu.”

No que se refere à categoria Felicidade, as respostas estão agrupadas no quadro 5.

O tipo de atendimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto é fundamental para a sua confiança na própria capacidade de ser mãe e de cuidar do seu filho. Para Klaus e Kennel (2000), ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir a sua identidade materna. Portanto, a experiência do parto produz efeitos na autoestima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar a sua disponibilidade emocional para com o seu bebé imediatamente após o parto (Peterson, 1996). Segundo a mesma autora, entre os fatores que contribuem para um conhecimento positivo de si mesmas, podem ser citados: a participação ativa no processo do parto, inclusive na tomada de decisões que cercam este momento; a

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

percepção de que os seus sentimentos são aceites e respeitados pelos seus cuidadores; a sensação de que estão realisticamente preparadas para o parto e para a maternidade; que seja vista como alguém que está a fazer o melhor que pode; que tenha várias oportunidades de expressar os seus sentimentos sobre a maternidade, sobre o próprio nascimento e sobre qualquer experiência prévia de gravidez e parto.

Nem todas as parturientes referem que parir foi um momento feliz, por diversas situações que decorreram. Muitas só sentem felicidade depois de passar o parto e todos os procedimentos envolventes. Contudo, uma minoria das parturientes entrevistadas refere que o parto correu bem e que foi um momento feliz, apesar das complicações.

Quadro 6 – Quadro referente à categoria Dor, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Trabalho de Parto	Dor	E1: “Foi muito, muito doloroso.” E2: “Foi uma experiência muito dolorosa.” E8: “Demorou cerca de 18horas para a dilatação completa... foi bastante doloroso.” E9: “... custou mais a coser os pontos devido à enfermeira ter cosido mal e teve que descoser e voltar a coser.” E13: “No decorrer do parto nada correu bem.”; “... começaram as dores horríveis.” E15: “Começaram as contrações, de leve passaram para contrações mais fortes.”; “Foi um parto quase indolor, tirando as contrações;”

Relativamente à categoria Dor, as respostas estão agrupadas no quadro 6.

Para Carvalho (2007), a dor durante o trabalho de parto é real, não devemos subestimar a agonia que algumas mulheres sentem nessa hora, mesmo assim, não há razão para que o parto envolva sofrimento para a mulher. A dor que é parte natural do parto pode ser administrada, o parto pode ser uma experiência positiva e alegre.

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Segundo Dias (2006), ao ser admitida em trabalho de parto em um hospital público, de um modo geral a mulher é afastada de seus familiares e submetida uma série de procedimentos de indicação e resultados duvidosos, como forma de adequar o trabalho de parto ao funcionamento do hospital e aos horários dos profissionais sua fisiologia é modificada por intervenções que tem o objetivo de acelerá-lo, independente dos desejos da mulher ou eventuais riscos para ela ou para o bebê. Estas intervenções são executadas geralmente sem que a mulher seja informada sobre o que está sendo feito e é comum que permaneça abandonada no pré parto sem nenhum tipo de suporte físico ou emocional, com dor, em jejum, seminua, em um ambiente estranho e com profissionais desconhecidos.

Todas a parturientes referiram sentir dor no trabalho de parto. Maior parte, caracterizou o trabalho de parto e o parto como sendo uma experiência bastante dolorosa.

Quadro 7 – Quadro referente à categoria Violência, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Trabalho de Parto	Violência	E1: "...percebi que uma mãe seria, no momento do parto, uma espécie de coisa que se pode manejar." E7: "... durante o parto meteram-se me cima de mim, duas auxiliares, onde fiquei com dores na zona das costelas..." E8: "Prepararam tudo para o parto, mandaram fazer força e puseram-se em cima de mim, apesar de eu pedir para pararem, que não conseguia respirar." E11: "... uma enfermeira mexeu-me de tal maneira, que comecei a perder imenso sangue..." E14: "Diziam-me "não estás a puxar", "não te estar a doer", cortaram-me duas vezes sem me pedirem e ou avisarem. Uma enfermeira fazia tanta força na minha barriga que não conseguia respirar. Devido a essa falta de ar não me deixaram ver a menina nem pegar mais de meia hora."; "Sinto que senti violência obstétrica."

Quanto à categoria Violência, as respostas estão agrupadas no quadro 7.

Para Dias e Ramos (2003), a violência simbólica ou violência psicológica, "... quando submete um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos". Acrescentam ainda que muitos trabalhadores presenciam situações de violência e as omitem ou acobertam o agressor, temendo atrair antipatias e inimizades.

Segundo os relatos das parturientes, a violência exercida pelos profissionais de saúde, ainda está muito presente durante o trabalho de parto e parto. Com tantas pesquisas realizadas, esse assunto já não devia existir atualmente.

Quadro 8 – Quadro referente à categoria Má Prática, com as unidades de registo

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Trabalho de Parto	Má Prática	<p>E1: ...possivelmente o cateter foi mal colocado e mesmo tendo alertado a equipa para o facto, entenderam que eu estava a ser mimada.”</p> <p>E4: “ ... a primeira vez que meteu o cateter meteu mal e disse “já é a segunda vez que isto me acontece hoje”, quando meteu a segunda vez meteu novamente mal queixei-me e ela disse “agora fica assim”, a epidural não pegou nem um bocadinho..., tive 1 mês que mal conseguia levantar os pés do chão devido a me terem dado mal a epidural.”</p> <p>E5: “Extremamente invasivo.”</p> <p>E7: “No processo houve erros por parte dos médicos, onde eu sofri bastante até quase perder os sentidos...”</p> <p>E8: “... falharam redondamente.”</p> <p>E13: “... nem eu a pedir a epidural, com justificação para tal, me foi dado...”; “Apenas havia uma enfermeira disponível para fazer o parto e o meu namorado teve de auxiliar.”</p> <p>E14: “Após entrada e saída de muitos enfermeiros sempre</p>

		que chegavam apresentavam-se e mediam a dilatação. Um estagiário disse-me que ia fazer o parto, pouco depois pedi a epidural e a anestesista demorou 40 minutos.”
--	--	---

Relativamente à categoria Má Prática, as respostas estão agrupadas no quadro 8.

A monitorização da evolução do trabalho de parto, que pressupõe a vigilância e a presença constante dos profissionais junto das mulheres, é referida como essencial e desejável no acompanhamento e apoio durante o trabalho de parto (Gibbins e Thomson, 2001).

Valoriza-se um acompanhamento que tenha em conta as emoções das mulheres, a sua vivência própria e única da experiência do nascimento do seu filho (Armellini e Luz, 2003).

O modelo de acompanhamento das mulheres nas Instituições hospitalares lida com a mulher em trabalho de parto como um elemento passivo no processo, em que os profissionais realizam tendencialmente uma prestação de cuidados impessoal e mecanicista (Armellini e Luz, 2003).

Através dos relatos das parturientes, a má prática por parte dos profissionais de saúde, ainda é muito presente. Principalmente na parte da colocação do cateter, para a administração da analgesia epidural e no facto de minimizarem o que as parturientes estão a sentir.

3. Discussão de resultados

De seguida serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação, foram quinze mulheres entrevistadas, onde relataram as suas vivências.

Segundo Pereira e Canavarro (2008), a gravidez e a maternidade têm sido ao longo do tempo, consideradas fundamentais para a identidade na mulher. Os valores e normas culturais da grande maioria das sociedades ocidentais encorajam a reprodução e enfatizam a maternidade como valor instituído para as mulheres.

Para as parturientes, o trabalho de parto e parto, são dois momentos únicos, dolorosos, sendo que algumas parturientes referem violência por parte dos profissionais de saúde.

O conhecimento das expectativas em relação ao parto permitirá encontrar estratégias de intervenção com o objetivo de ajudar as mulheres a lidar com a dor do trabalho de parto e com o medo em relação ao parto (Fenwick et al., 2005). Por outro lado, permitirá melhorar a qualidade dos cuidados no acompanhamento das grávidas durante o trabalho de parto e parto. E conseqüentemente, a melhoria dos cuidados e do acompanhamento contribuirá, certamente, para experiências de parto mais positivas.

As expectativas das mulheres em relação ao parto são complexas podendo ser simultaneamente positivas e negativas. As dimensões identificadas são independentes umas das outras e estão relacionadas com a experiência do parto (Ayers e Pickering, 2005).

Maior parte das mulheres não frequentaram aulas de preparação para o parto, o que seria fundamental para diminuir os receios e certas situações que aconteceram, pois a grande vantagem da preparação para o parto é a de aumentar a segurança, a tranquilidade, e a confiança da mulher para o momento do nascimento

Relativamente à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, todas as mulheres entrevistadas estiveram acompanhadas e realçam a sua importância.

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Reportando-se aos cuidados recebidos, a maioria das mulheres entrevistadas referem má prática, principalmente na administração da analgesia epidural, no facto dos profissionais de saúde não informarem dos procedimentos que iriam realizar e por desvalorizarem o que as parturientes estavam a sentir, nomeadamente a dor.

A maioria das mulheres referem que a informação recebida não foi suficiente, muitas nem sabia da existência do plano de parto.

Quanto ao comportamento/atitudes do profissional de saúde, no que se refere ao respeito e privacidade, maior parte sente que a sua vontade que estas foram respeitadas durante o trabalho de parto.

Em relação às condições físicas do hospital onde pariram, todas as mulheres entrevistadas estavam bastante satisfeitas.

As parturientes, tal como todos os utentes têm direitos e a maioria nem sabia desses direitos e as que sabiam, referiram que não foram protegidas.

Por fim, não podemos generalizar, pois o número da amostra é reduzido.

Segundo Gameiro (2016), "...tendo em conta o tipo de estudo realizado e do tamanho da amostra, não são possíveis generalizações. Contudo, a realização de mais estudos em diferentes contextos, contribuirá para o aprofundamento do tema e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às grávidas, numa área de intervenção autónoma dos Enfermeiros que é a vigilância da grávida considerada normal."

CONCLUSÃO

O respeito pela mulher e pelo seu corpo é fundamental para o seu bem estar e para que o trabalho de parto seja tranquilo, razão pela qual a questão de partida para este estudo “conhecer as vivências das mulheres no que se refere à privacidade durante o trabalho de parto” se torna importante do nosso ponto de vista, uma vez que essas vivências podem refletir-se na sua forma de viver, de se compreender, na forma como se relaciona com os outros, e ainda, como é capaz de se relacionar como mãe com o seu filho. Daí ser importante o enfermeiro conhecer essas vivências para definir os cuidados de enfermagem a prestar à mulher em trabalho de parto e durante o parto, em função da vontade dela.

Quanto ao comportamento/atitude do profissional de saúde e experiência vivenciada pela mulher, constatamos que a privacidade e a vontade, é na maioria das vezes respeitada.

Mas o que mais suscita indignação é que em pleno século XXI ainda existe violência obstétrica e os direitos da mulher não são respeitados na íntegra. E o facto de uma parte significativa dos profissionais de saúde não explicarem os procedimentos às parturientes nem suscitarem a sua anuência para o toque foi algo que causou à aluna muito incómodo e a vontade firme de nunca se esquecer que o ato maravilhoso de dar à luz uma criança tem que ser um ato pleno de respeito pelos direitos das mulheres e das crianças.

Algumas das mulheres entrevistadas viveram partos muito violentos e traumatizantes, o que levou a manifestar que provavelmente não queiram parir outra vez.

Concluimos, que nem sempre a privacidade e os direitos das mulheres são respeitados pelos profissionais de saúde.

Deste modo, a opção metodológica por uma investigação qualitativa com uma abordagem descritiva utilizada na realização deste estudo pareceu-nos apresentar-se como a mais adequada, na medida em que se propôs uma descrição sobre as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e no parto, o que nos pareceu ter resultado. Assim, conseguimos compreender o objeto em estudo e atingir os

objetivos propostos. No entanto, este estudo, dadas as suas características e especificidade não permite generalizações, pois estamos conscientes que este se cinge a esta realidade na descrição de uma forma particular.

Arriscamos, contudo, sugerir a realização de estudos similares onde aprofundem a discussão sobre as experiências vivenciadas pelas mulheres em trabalho de parto e parto, de forma a conhecer os fatores que as influenciam, considerando as peculiaridades dos diferentes locais e características da assistência.

Identificar esses fatores que influenciam a experiência da mulher em trabalho de parto e parto, é uma etapa elementar para a organização dos serviços de saúde na área obstetrícia, voltada para as necessidades da mulher. Acreditamos que os resultados deste estudo, podem ter contribuído para esse debate, levantando questões que precisam ser aprofundadas em pesquisas futuras e algumas atitudes que precisam de serem mudadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto in Diário da República (Lei n.º 14/85, de 6 de julho de 2014) [Consult. 20 de maio de 2019]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt>

Anderson, T., Kanuka, H. (2003). *E-Research, Methods, Strategies and Issues*. USA: Person Education.

Armellini, C. J.; LUZ, A. M. H. (2003). *Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição*. Revista Gaúcha de Enfermagem.

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). *Women's expectations and experience of birth*. *Psychology and Health*, 79-92

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70

Boback, i; Lowdermilk, d; Jensen, m; (1999) *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.

Boff, L. (2004). *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 10. ed. Petrópolis: Vozes.

Bogdan, R. e Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento* In M. C. Canavarro (Eds. 2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 17-49

Carvalho, G. M. (2007). *Enfermagem em obstetrícia*. 3ª ed. São Paulo: EPU.

Castledine, G. (1996). *Nursing elderly people with dignity*. British Journal of Nursing, 191

Conduta de Ética in DGS (2015). [Consult. 13 de maio de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt>

Costa, M. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Asa.

Couto, Germano R. (2006). *Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Março-Abril; 14(2): 190-198.

Couto, Germano R. (2009). *Preparação para o Parto*. Lusodidacta. Porto

Davim, Torres e Melo (2007). *Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento*. Revista Latino Americana de 106 Enfermagem.

Dias, H. H. Z. R.; Ramos, F. R. S. (2003). *O "des" cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 44-51.

Dias, M. A. B. (2006). *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz;

Direitos de acompanhamento durante o parto in Diário da República (Despacho n.º 5344-A de 2016) [Consult. 20 de maio de 2019]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt>

Doneda, Danilo. (2006). *Da privacidade à proteção de dados pessoais*. Rio de Janeiro: Renovar.

Fernandes, M. (1996). *Proteção civil da intimidade*. Revista do Instituto dos Advogados de Minas Gerais. Minas Gerais: Inédita.

Fortin, M. – F; Grenier, R; Nadeau, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência

Gameiro, J. (2016). *Expectativas da grávida em relação ao parto*. Porto

Gibbins, J.; Thomson, A. M. (2001). *Women's expectations and experiences of Childbirth*. Midwifery.

Gonzalez, B., & Ribeiro, J. P. (2004). *Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias*. Psicologia, Saúde & Doenças, 107-127.

Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel-edições técnicas,lda

Handcock, M. S.; Gile, K. J. (2011). *On the Concept of Snowball Sampling*. Sociological Methodology, v. 41, n. 1, p. 367-371.

Heidegger, M. (2000). *Los problemas fundamentales de la fenomenologia*. Madrid: Editorial Trotta.

Ip, W. Y., Chan, D., & Chien, W. T. (2005). *Chinese version of the Childbirth SelfEfficacy Inventory*. Journal of Advanced Nursing, 51 (6), pp. 625-633

Joaquim, Teresa (2006). *Cuidar dos outros, cuidar de si, Questões em torno da Maternidade*. Livros Horizonte, Lisboa ISBN 972-24-1429-1.

Kant, E. (1999). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Texto Integral Lisboa Editora.

Klaus, M. H.; Kennel, J. H.; Klauss, P. H. (2000). *Vinculo construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto alegre: Artes médicas

Locke, J. (2001). *Segundo tratado sobre o governo civil: ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo*. Petrópolis: Vozes

Machado, N. X. S., Praça N. S. (2006). *Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente*. Rev. Esc. Enfermagem USP.

Mamede, Almeida, Sousa e Mamede (2007). *A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação*. Revista Latino-americana de Enfermagem.

Martin, J. S. (2005). *Para uma fenomenologia da dignidade humana*. In *Humano e Inumano. A dignidade do Homem e os novos desafios*. Actas do Segundo Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Filosofia Fenomenológica (pp. 267-278).Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa.

Mill, John Stuart. (2000). *A liberdade*.1 ed. São Paulo: Martins Fontes.

Nightingale, F., (2009). *Notas sobre hospitais*. 3ª Edição ed. Porto: Sindicato dos Enfermeiros.

Odent, Michel (2005). *A cesariana*. Lisboa, Miosótis

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição* [Em linha]. Lisboa. [Consult. 3 de maio de 2019]

Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem (2009). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades*

Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Edição de autor. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). “*Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez*”. Revista Portuguesa Psicossomática.

Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). *Qualidade do Relacionamento com Pessoas Significativas: Comparação entre Grávidas Adolescentes e Adultas.* Psicologia: teoria e prática, 129-144. Retirado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1665/1227>

Parto. Novas Recomendações in OMS (2018). [consult. 14 de março de 2019]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt>

Parse, R. R. (2006). *Feeling respected: A parse method study.* Nursing Science Quarterly, 19, 51-56.

Pender, N. J. (2011). *The health promotion model manual.* Retirado de http://research2vrpractice.org/wp-content/uploads/2013/02/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2008). *Adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho de mulheres infectadas pelo VIH/SIDA.* Psychologica, 49, 30-54.

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

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

Polit, D. F.; Beck, C.T.; Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed

Popovic, M. (2005). *Intimacy and its relevance in human functioning*. *Sexual and Relationship Therapy*, 20,31-49

Rezende, Jorge (2016). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

Ribeiro C. R. O. (2002). *O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt*. São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Rodotá, S. (2008). *A vida na sociedade da vigilância: A privacidade hoje*. Organização, seleção e apresentação de Maria Celina Bodin de Moraes. Trad. Danilo Doneda e Luciana Doneda. Rio de Janeiro: Renovar

Uselli, Luigia (1988). *Ser Enfermeiro Obstetra – o sentido de uma presença*. *Revista Servir*, Nº 13, 174-177.

Vaz-Freixo, M. J. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.

Vivência in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. [consult. 30 de abril de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/vivência>

ANEXOS

1. Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

Porto, 13 de Fevereiro de 2019

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Rafaela Marques, intitulado "Privacidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres" e realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

A Comissão de Ética nada tem a opor à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

INF. 502 507 402 - Reg. Central nº 30 Conservatório de Registo Conservatório Porto
MUTUAL - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | | Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4149-014 Porto-Portugal - T. +351 22 307 1000 - F. +351 22 307 6200 - geral@ufp.pt
| Faculdade de Ciências da Saúde | | Escola Superior de Saúde | R. Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto-Portugal - T. +351 22 307 4930 - F. +351 22 307 4930 - R. Deslelmann, 216 - 4200-153 Porto-Portugal
T. +351 22 309 6371 - geral@esadefp.upi - UNIDADE de Póvoa de Lanhoso - Casa da Guarda - 8. Conde de Barcelos - 4190-078 Póvoa de Lanhoso-Portugal - T. +351 238 741 006 - F. +351 238 741 412 - geral.povoa@ufp.pt

*Recebido e
informado
15-2-19*

2. Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Idade:

Hospital:

Primípara / Multípara:

1. Pode falar-nos do modo como decorreu o parto (vivências)?
2. Sabe o que é o plano de parto? Foi-lhe dada oportunidade de escolher ter o parto de acordo com a sua vontade e o plano?
3. Estava informada em relação aos procedimentos que se fazem durante o trabalho de parto e parto? (Por exemplo, soroterapia, ter que estar deitada, a episiotomia...)
4. Foi permitida a presença de familiares para a acompanhar durante o trabalho de parto e parto?
5. As condições físicas da maternidade, qualidade das instalações, no parto foram de encontro com as suas expectativas?
6. Poderá dizer que a sua vontade foi respeitada durante o parto?
7. Como descreveria o respeito dos profissionais quanto à privacidade do seu corpo durante o parto.
8. Sabe que as mulheres têm direito por lei a serem protegidas durante o parto?
9. Frequentou as aulas de preparação para o parto?

3. Plano de Parto

PLANO DE PARTO

INTRODUÇÃO

O meu nome é _____ A data prevista do parto é _____

O meu médico é _____ O médico do meu filho(a) será _____

As pessoas que me irão apoiar no trabalho de parto serão _____

As seguintes pessoas estarão presentes no parto:

Gostaríamos de ter a visita dos nossos outros filhos:

durante o trabalho de parto

depois de ir para o serviço de pós-parto

em nenhum momento

Estamos a frequentar ou pretendemos frequentar:

classes pré-natais

classes para pais

visita ao hospital

visita para irmãos

classes práticas

Estou informada acerca dos seguintes estudos:

Existe algo que gostaria que nós soubéssemos de si (i.e questões importantes, medos, preocupações)?

CONHECÊ-LA UM POUCO...

O seu objectivo é

usar exclusivamente medidas de apoio e de conforto dadas pela pessoa de apoio e enfermeira

usar adicionalmente às medidas de apoio e de conforto, fármacos para redução da dor

outras medidas, por favor explique _____

PRIMEIRA FASE DO TRABALHO DE PARTO...LIDAR COM AS CONTRACÇÕES

As seguintes medidas foram consideradas úteis para enfrentar o desconforto associado às contracções. Verifique por favor que medidas de conforto gostaria que a enfermeira lhe proporcionasse durante o trabalho de parto:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | banho de imersão/jacuzzi/duche | <input type="checkbox"/> | vestir a minha própria roupa/ camisa de noite |
| <input type="checkbox"/> | caminhar | <input type="checkbox"/> | usar várias almofadas (deverá trazer as suas) |
| <input type="checkbox"/> | compressas quentes/frias | <input type="checkbox"/> | massagem |
| <input type="checkbox"/> | ouvir a minha própria música | <input type="checkbox"/> | levar a epípurul |
| <input type="checkbox"/> | usar a bola de parto | <input type="checkbox"/> | outras |
| <input type="checkbox"/> | usar o meu próprio foco de visualização | | |

O NASCIMENTO DO BEBÉ

A enfermeira irá ajudá-la a encontrar posições diferentes e confortáveis para o período expulsivo.

Quais das seguintes gostaria de experimentar:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | usar a barra para agachar-me |
| <input type="checkbox"/> | fazê-lo sozinha |
| <input type="checkbox"/> | não usar estribos |
| <input type="checkbox"/> | outras _____ |

Depois do bebé nascer, gostaria que:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | fosse _____ a cortar o cordão umbilical |
| <input type="checkbox"/> | colocassem o bebé imediatamente sobre mim |
| <input type="checkbox"/> | o bebé fosse envolvido num cobertor antes de lhe pegar |
| <input type="checkbox"/> | fosse colocado um gorro nosso no bebé |
| <input type="checkbox"/> | fosse _____ a pôr a primeira fralda |
| <input type="checkbox"/> | fosse _____ a fotografar/ filmar o parto |
| <input type="checkbox"/> | outras _____ |

ASPECTOS INESPERADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Se precisar de informação adicional sobre os seguintes tópicos, solicite ao seu médico ou parteira:

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | monitorização fetal externa | <input type="checkbox"/> | forceps/ventosa |
| <input type="checkbox"/> | monitorização fetal interna | <input type="checkbox"/> | episiotomia |
| <input type="checkbox"/> | ruptura artificial das membranas | <input type="checkbox"/> | cesariana |
| <input type="checkbox"/> | indução do parto | | |

Privacidade e intimidade durante o trabalho de parto: vivências das mulheres

*O serviço de obstetria defende que o melhor para a mãe e bebê é mantê-los juntos 24 horas por dia:
a equipa de enfermagem irá apoiá-la e ajudá-la a tratar do seu bebê no quarto.*

Eu pretendo:

amamentar

dar leite artificial

Durante a minha estadia no serviço de puérperas, gostaria de:

ter sempre o meu bebê comigo

ser informada dos exames feitos ao bebê

estar presente caso o meu bebê tenha que fazer algumas análises

que a enfermeira mostrasse a mim e a _____ como dar o banho ao bebê

ser eu a dar o primeiro banho

que fosse _____ a dar o primeiro banho

outros _____

Quando regressar a casa, terei a ajuda das seguintes pessoas:

Comentários e ideias adicionais:

Quando estiver em casa, gostaria de receber acompanhamento telefónico, por parte do serviço de puérperas. *(Mães pela primeira vez por norma recebem sempre um telefonema do serviço nacional de saúde quando regressam a casa).*

sim

não

ainda não decidi

Data

Assinatura da Mãe

Pai / Acompanhante de Apoio

4. Direitos

Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

Todas as mulheres têm direito a serem bem tratadas e estarem fora de perigo.

ou seja: ninguém te pode abusar fisicamente

Todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências.

ou seja: ninguém te pode forçar ou fazer-te coisas sem tu saberes o que é e consentires.

Todas as mulheres têm direito à privacidade e à confidencialidade.

ou seja: ninguém te pode expor, ou a tua informação pessoal.

Todas as mulheres têm o direito a serem tratadas com dignidade e respeito.

ou seja: ninguém te pode humilhar ou abusar-te verbalmente.

Todas as mulheres têm o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas.

ou seja: ninguém te pode tratar mal por algo que não gostam sobre a tua pessoa.

Todas as mulheres tem direito a serviços de saúde.

ou seja: ninguém te pode impedir de teres os cuidados de saúde que precisas.

Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, auto-determinação e liberdade de coação.

Ou seja: ninguém te pode prender ou ficar com o teu bebé sem autoridade legal.

