



Pedro Miguel dos Anjos Romeu Nº 15578

Expectativas da Grávida sobre o Parto

Faculdade Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Pedro Miguel dos Anjos Romeu Nº 15578

Expectativas da Grávida sobre o Parto

Assinatura: Pedro Miguel dos Anjos Romeu

(Pedro Miguel dos Anjos Romeu)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

## Sumário

O parto é o momento mais esperado durante toda a gravidez. Nele estão implícitos mitos e crenças estabelecidos pelas gerações e transmitidos ao longo de anos, que influenciam a mulher grávida quanto ao momento tão desejado, criando assim expectativas.

Ao longo do período gravídico, a gestante experiencia inúmeros sentimentos, não só relativos a si mas, também, relativos ao bebé. Estas expectativas são causadoras de inúmeras preocupações que influenciam futuramente o momento do parto.

Este trabalho de investigação intitula-se “Expectativas da Grávida sobre o Parto”, sendo as questões da investigação “quais as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, perante o parto?” e “quais os sentimentos das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto?”. Assim, para responder às questões da investigação, definiram-se como objectivos “conhecer as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, perante o parto” e “conhecer os sentimentos das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto”.

Com a finalidade de responder às questões de investigação, e ir de encontro aos objectivos, o estudo desenvolvido é de natureza qualitativa, descritivo-exploratório, transversal. A amostra foi constituída por 7 grávidas primigesta, do terceiro trimestre, que frequentam as aulas de preparação para o parto no Centro de Saúde de Vila do Conde. Os dados apresentados neste trabalho de investigação foram colhidos através de uma entrevista, previamente estruturada.

No final da investigação pode concluir-se que as principais expectativas das grávidas, para o momento do parto, são relativas à dor e ao nascimento de um filho saudável. Todas as grávidas pertencentes à amostra mencionam a analgesia, para alívio da dor no momento do parto.

Desta forma, o estudo mostra que a preparação para o parto continua a ter um papel relevante na preparação da grávida, uma vez que assim todas as informações são transmitidas e os mitos e crenças desmitificados.

## **Abstract**

Childbirth is the most anticipated moment during the entire pregnancy. In it are implicit myths and beliefs set by generations and transmitted over the years, that influence the pregnant woman as far as desired, thus creating expectations.

Throughout the pregnancy, the pregnant woman experience many feelings, not only for themselves but also for the baby. These expectations are causing many concerns that affect the future childbirth.

This research paper is entitled "Expectations of the Pregnancy on Birth", and the research questions "what are the expectations of primary pregnant woman in the third quarter, before the birth?" And "what are the feelings of the primary pregnant woman in the third quarter, for the birth?". So, to answer the questions of research, we defined the objectives of "meet the expectations of primary pregnant woman in the third quarter, before the delivery" and "know the feelings of the primary pregnant woman in the third quarter, for the birth."

In order to answer the research questions, and meet the objectives that the study is qualitative, descriptive and exploratory, cross. The sample consisted of 7 primary pregnant women, the third quarter, who attend classes in preparation for delivery in the Health Center of Vila do Conde. The data presented in this research were collected through interviews, previously structured.

At the end of the investigation can be concluded that the higher expectations of pregnant women for childbirth are related to pain and the birth of a healthy child. All pregnant women belonging to the sample speak of analgesia for pain relief during childbirth. Thus, the study shows that the preparation for childbirth continues to have an important role in preparing the pregnant woman, since so all information is transmitted and the myths and beliefs demystified.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha família e à minha namorada por  
todo o carinho e dedicação demonstrada!

## **Agradecimentos**

À Mestre Lucília Sousa, pela orientação e dedicação ao longo do percurso académico e na elaboração da monografia como parte integral da finalização do curso.

A todas as grávidas que integraram a minha amostra, pela disponibilidade e colaboração.

À minha família, por me ter educado nos valores que me trouxeram até aqui.

À minha namorada, por ter sido o meu porto de abrigo e me ter dado a mão em momentos difíceis, por todo o amor, compreensão e paciência.

Aos meus amigos, por saberem escutar e aconselhar.

**... a todos o meu OBRIGADO!**

*É o toque humano que conta neste mundo  
O toque da tua mão e da minha  
Que significa muito mais para o coração fragilizado  
Que o abrigo, o pão e vinho  
Porque o abrigo vai-se quando a noite acaba  
E o pão dura apenas um dia  
Mas o toque de uma mão e o som da voz  
Cantam para sempre na alma*

**Spencer Michael Free**

## **Abreviaturas**

*cit. in* – citado por

Cm – Centímetros

Cm/h - Centímetros por hora

*et al.* – entre outros

G – Grávida

H – Horas

nº – números

p. – página

pp. – páginas

*s.d.* – sem data

*s.l.* – sem local

## **Siglas**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

## **Símbolos**

= – Igual

% – Percentagem

# Índice

Folha

<b>0. Introdução .....</b>	<b>14</b>
<b>I – Fase Conceptual .....</b>	<b>17</b>
1. Tema .....	17
1.1 Justificação do Tema .....	17
2. Questões de investigação.....	18
3. Objectivos da investigação .....	18
4. Gravidez .....	19
4.1 A gravidez como experiência psicológica.....	20
4.1.1 Primeiro Trimestre .....	20
4.1.2 Segundo Trimestre .....	20
4.1.3 Terceiro Trimestre.....	22
5. Expectativas relativamente ao parto .....	23
6. Evolução sociocultural do nascimento .....	26
6.1 Mitos e crenças relativos ao Parto.....	29
7. A experiência do parto .....	30
7.1 Fases do parto.....	32
7.1.1 Primeiro período: Dilatação .....	32
7.1.2 Segundo período: Expulsão.....	33
7.1.3 Terceiro período: Dequitadura .....	34
7.1.4 Quarto período: Período de Greenberg .....	35
7.2 Tipos de parto.....	36
7.2.1. Parto Eutócico .....	36
7.2.2 Parto Distócico .....	36
7.3 Dor no Trabalho de Parto e no Parto.....	38
8. Preparação para o parto .....	41
8.1 Métodos de preparação para o parto.....	42
8.1.1 Métodos psicoprofiláticos .....	43
8.1.1.1 Método de Lamaze.....	43
8.1.1.2 Método de Dick-Read .....	44
8.1.1.3 Método de Bradley.....	44
8.1.2 Métodos não farmacológicos de controlo da dor .....	44
8.1.2.1 Concentração e relaxamento .....	44
8.1.2.2 Técnicas respiratórias .....	45

8.1.2.3 Effleurage e contrapressão.....	45
8.1.2.4 Hidroterapia .....	46
8.1.2.5 Estimulação nervosa eléctrica transcutânea.....	46
8.1.2.6 Acupressão e Acupunctura .....	47
8.1.2.7 Aplicação de calor e de frio .....	48
8.1.2.8 Hipnose .....	48
8.1.3 Método farmacológicos de controlo da dor.....	49
8.1.3.1 Analgesia epidural .....	49
9. O Papel do Enfermeiro .....	50
<b>II – Fase Metodológica .....</b>	<b>53</b>
1. Tipo de estudo .....	53
1.1 Meio de estudo .....	54
2. Variáveis.....	54
3. População .....	55
4. Processo de amostragem .....	55
5. Amostra .....	56
6. Instrumento de colheita de dados .....	56
6.1. Pré – teste .....	57
7. Método de tratamento e análise de dados.....	57
8. Princípios éticos na investigação.....	59
8.1. Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
8.2. Direito à autodeterminação .....	59
8.3. Direito à intimidade.....	60
8.4. Direito ao anonimato e à confidencialidade .....	60
8.5. Direito à protecção contra desconforto e prejuízo.....	60
8.6. Direito a um tratamento justo e equitativo .....	60
<b>III – Fase Empírica.....</b>	<b>62</b>
1. Tratamento de Dados.....	62
2. Discussão de Resultados .....	72
<b>Conclusão .....</b>	<b>77</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>79</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>84</b>
Anexo 1 – Cronograma	
Anexo 2 – Instrumento de Colheita de Dados	

## Índice de Tabelas

Tabela nº 1 – Caracterização da amostra segundo idade.....	62
Tabela nº 2 - Caracterização da amostra segundo estado civil.....	63
Tabela nº 3 - Distribuição da amostra segundo local de Vigilância Pré-Natal .....	64
Tabela nº 4 - Distribuição da amostra segundo número de sessões frequentadas nas aulas de preparação para o parto.....	65
Tabela nº 5 – Expectativas relativas à idealização do parto.....	66
Tabela nº 6 – Principais preocupações relativamente ao Parto .....	67
Tabela nº 7 – Relevância das informações obtidas para o parto .....	69
Tabela nº 8 – Expectativas relativamente ao desempenho dos profissionais de saúde no parto segundo as grávidas.....	71

## Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Caracterização da amostra segundo habilitações académicas .....	63
Gráfico nº 2 - Caracterização da amostra segundo número de semanas de gestação....	64
Gráfico nº 3 - Distribuição da amostra segundo local de eleição para o parto.....	65

## 0. Introdução

O presente trabalho de investigação surge no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, apresentando-se como um requisito integrante para a obtenção do grau de Licenciatura nesta área, na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciência da Saúde.

A investigação científica é um processo sistemático e rigoroso que permite enriquecer campos de conhecimento, obtendo respostas às questões previamente estabelecidas (Fortin, 2003). Polit, Beck e Hungler (2004, p. 20) acrescentam que a investigação em enfermagem permite “(...) gerar conhecimentos, orientar a prática de enfermagem e melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos clientes”.

Como afirmou Florence Nightingale, a Enfermagem é uma arte que necessita de inúmero esforço e dedicação para criar uma profissão. Assim, o Cuidar em Enfermagem assume um papel fundamental que possibilita o crescimento humano. Para Benner e Wrubel (*cit. in* Coutinho, 2004, p. 29-30)

Por um lado, para a pessoa que se sente frágil, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza, a ajuda, o interesse comunicam-lhe energia para continuar a viver e a ultrapassar os obstáculos da vida; por outro lado a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo, a comunicação, um papel importante na interacção.

Vários estudos têm demonstrado que a satisfação e a qualidade da experiência de parto são susceptíveis de influenciar o bem-estar psicológico da mulher. A experiência de dar à luz é tão marcante que, durante anos o evento e os sentimentos experienciados serão lembrados até ao último detalhe (Kitzinger, 1984). Assim, alguns autores dedicam-se ao estudo da experiência do parto e das variáveis que mais contribuem para a qualidade dessa experiência, no sentido de delinear o tipo de intervenção preventiva a ser, eventualmente, realizada pelos profissionais de saúde, com o intuito de providenciar circunstâncias que sejam mais positivas para a mulher.

É consensual que a experiência do parto é influenciada por múltiplas variáveis que são determinantes na qualidade dessa experiência. As expectativas alimentadas em relação ao parto e ao bebé durante a gestação podem influenciar de modo significativo a vivência do parto (Maldonado, 1994). O conhecimento dessas expectativas contribuirá significativamente para melhorar as práticas dos profissionais de saúde envolvidos no processo de nascimento (Kitzinger, 1984).

Foi com o objectivo de conhecer melhor as expectativas das grávidas face ao parto que escolhi esta temática para a minha investigação. Trata-se de um tema actual e pertinente, com implicações na prática de Enfermagem. A nível pessoal a escolha deste tema interessa-me na perspectiva de futuro companheiro e pai.

Com o propósito de uma ampliação de saberes e para uma melhor prática, realizei este trabalho de investigação. Este é remetido à temática do parto, o qual se intitula de “Expectativas da Grávida sobre o Parto”.

Este trabalho de investigação tem como objectivos académicos aprofundar/aplicar os conhecimentos relativos à investigação, assim como relativos à gravidez, mais concretamente sobre as expectativas da grávida face ao nascimento.

Desta forma, foram elaboradas as seguintes questões de investigação: quais as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, perante o parto? e quais os sentimentos das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto? Com o intuito de responder às questões de investigação foram definidos os seguintes objectivos: conhecer as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto e, conhecer os sentimentos das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto.

O presente estudo é descritivo-exploratório e transversal, de natureza qualitativa, tendo sido realizado entre Junho e Outubro de 2009. A amostra é constituída por 7 grávidas primigesta, no terceiro trimestre, presentes nas aulas de preparação para o parto do Centro de Saúde de Vila do Conde. A entrevista foi o instrumento de colheita de dados eleito pelo investigador para este trabalho monográfico.

A análise dos dados foi efectuada através da metodologia de análise de conteúdo.

A nível estrutural, este trabalho de investigação divide-se em três capítulos principais. A fase conceptual, primeiro capítulo, é constituída pela definição e justificação do tema, definição das questões e objectivos do estudo, e por fim, o enquadramento teórico, onde são abordados os principais temas como a gravidez, as expectativas do parto, a preparação para o parto, o momento do parto propriamente dito, mitos e crenças relativos a este e o papel do enfermeiro. O segundo capítulo, fase metodológica, onde é definido: tipo de estudo, variáveis, população, processo de amostragem e amostra, instrumento de colheita de dados (entrevista), entre outros. O terceiro e último capítulo, a fase empírica, onde se apresenta a análise e discussão dos resultados.

De acordo com este estudo as grávidas têm como expectativas face ao nascimento ter um parto eutócico (normal), sem dor, em que nasça um bebé saudável, com a cooperação de profissionais sensíveis e competentes.

## **I – Fase Conceptual**

Parafraseando Fortin (2003, p. 39), “A fase conceptual começa quando o investigador trabalha numa ideia para orientar a sua investigação”, acrescentando Polit, Beck e Hungler (2004, p. 52) que, esta fase “(...) envolve, tipicamente, atividades com um elemento conceitual ou intelectual forte”.

### **1. Tema**

Para Fortin (2003, p. 49), “Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Polit, Beck e Hungler (2004, p. 52) acrescentam que, o primeiro passo dum investigação

(...) é desenvolver um problema de pesquisa significativo, interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o pesquisador em enfermagem deve considerar sua relevância (...)

Assim, o tema definido para esta investigação é: Expectativas da Grávida sobre o Parto.

#### **1.1 Justificação do Tema**

Segundo Fuller (*cit. in* Fortin, 2003, p. 49), “Os campos da prática podem levantar muitas interrogações e construir desta forma uma fonte importante de domínio a explorar”.

Nos últimos anos o acto de parir, naturalmente fisiológico, foi transformado num processo altamente medicalizado, alterando a sua essência que passou de um evento existencial entre a mãe e filho para um acontecimento social em que as decisões, na maioria dos casos, não tem em conta a vontade da mulher (Maldonado, 1994).

As expectativas da grávida em relação ao parto e ao bebé durante a última fase da gravidez podem influenciar a maneira como o parto será experienciado.

O interesse pela temática das expectativas da grávida primigesta face ao parto surge do interesse em conhecer melhor a experiência do ponto de vista da mulher que a vive. Como

futuro enfermeiro interessado numa futura especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, este tema revela-se particularmente pertinente.

## **2. Questões de investigação**

Segundo Fortin (2003, p. 39), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro conceptual às considerações finais. Para a elaboração das questões de investigação é importante o investigador interrogar-se “(...) sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e prático, assim como as suas dimensões metodológicas e éticas”.

Para este trabalho de investigação foram estabelecidas as seguintes questões:

- Quais as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, perante o parto?
- Quais os sentimentos das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto?

## **3. Objectivos da investigação**

De acordo com Fortin (2003, p. 40) “O objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”. Este, para além de estar directamente relacionado com o grau de conhecimentos estabelecidos na área em questão, permite determinar o tipo de investigação a desenvolver.

Assim, os objectivos deste estudo são: conhecer as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto e conhecer os sentimentos das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, relativamente ao parto. De uma forma mais específica foram elaborados objectivos específicos, sendo:

- Conhecer as expectativas das grávidas primigesta, no terceiro trimestre, acerca da assistência dos profissionais de saúde;

- Identificar que informações as grávidas primigesta, do terceiro trimestre, possuem acerca do nascimento;
- Conhecer as implicações da informação recebida, nas grávidas primigesta, do terceiro trimestre, na tomada de decisão relativamente ao parto.

#### 4. Gravidez

De acordo com Lépori (2007, p. 10), “A gravidez é o período da vida da mulher entre a concepção e o nascimento de um novo indivíduo (...)”.

Citando a definição da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (2000, p. 46), gravidez é uma

(...) situação em que se tem no corpo um feto em desenvolvimento e que dura um período de, aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções orgânicas; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, aumento do volume das mamas, pigmentação dos mamilos e por enjoos matinais ocasionais.

Sauders (*cit. in* Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002) e Mendes (1993) são unânimes quando referem que a duração da gravidez normal deve atingir nove meses, aproximadamente 40 semanas após o primeiro dia da última menstruação.

Existem determinados conceitos-chave relativamente à gravidez, esses conceitos devem ser esclarecidos, pois são a base do presente trabalho de investigação. Gestante é uma mulher que se encontra no estado gravídico; quando a mulher está grávida pela primeira vez é denominada de primigesta, secundigesta é uma mulher grávida pela segunda vez; e multigesta é a denominação dada a uma mulher com várias gestações (Burroughs, 1995).

Rezende (1998, p. 114) afirma que, “A prenhez, gestação, gravidez ou empenhido caracteriza-se pela presença, no organismo da mulher, de óvulo fecundado”.

## **4.1 A gravidez como experiência psicológica**

A gravidez caracteriza-se por profundas alterações físicas, psíquicas e emocionais, que evoluem ao longo dos três trimestres, caracterizando-os de modo distinto.

### **4.1.1 Primeiro Trimestre**

O primeiro trimestre é considerado um tempo de alegria e segredo, segredo este que a grávida só conta a quem desejar (Colman e Colman, 1994).

De acordo com Santos (1998), o primeiro trimestre de gravidez é visto como um período onde há grande oscilação de humor podendo variar entre raiva, medo e tristeza até à felicidade extrema e amor pelo outro. Em mulheres mais imaturas e com pouco apoio social, estas perturbações podem prolongar-se além do segundo trimestre.

Neste período da gravidez “(...) podem ocorrer fantasias estranhas e sonhos sobre o organismo desconhecido, invisível e ainda não sentido que cresce no interior do corpo da mulher” (Colman & Colman, 1994, p. 68).

Segundo o autor supracitado, a grávida encontra-se apoderada de atitudes de ambivalência, ou seja, sentimentos opostos de aceitação e rejeição da gravidez, pelo facto de ainda não ter uma confirmação concreta da gravidez.

### **4.1.2 Segundo Trimestre**

O segundo trimestre caracteriza-se por um período mais calmo (Colman & Colman, 1994), e emocionalmente mais estável (Graça *et al.*, 2000). A partir deste trimestre irá haver um investimento acrescido no feto, devendo-se isto à confirmação e aceitação da gravidez (Colman & Colman, 1994).

Durante este trimestre, mais propriamente durante o quinto mês, os movimentos fetais começam a ser sentidos. Segundo Netto (2004, p. 130),

O feto adquire poderes de um tirano na visão da mãe, e passa a dar chutes e pontapés para ditar as regras e proibições. Chuta se não quer que a mãe fale de determinado assunto ou com determinada pessoa, fica quieto se está aborrecido, etc.

A partir deste trimestre, o vínculo grávida-feto começa a ser mais forte, e surgem sentimentos como a ansiedade e medo de abortamento espontâneo ou de o bebê possuir alguma deficiência.

As mudanças corporais começam a ser mais evidentes, dando-se o aumento dos seios e abdômen, sendo frequente a angústia da mudança corporal e o receio de permanecer assim depois do parto. Todos estes factores contribuem para que as grávidas se sintam “(...) feias e a sua libido diminui, o que as deprime e gera fantasias de traição pelo marido” (Netto, 2004, p. 131).

Colman & Colman (1994) não partilha da mesma opinião, referindo que a mulher se sente mais sensual, havendo uma sexualidade acrescida.

De acordo com Canavarro (2001), é nesta altura que a grávida começa a conversar com o seu bebé, assim como a acariciar o seu ventre. Esta atitude é um processo de familiarização entre a mãe e o filho, através de comunicação não verbal. Durante este processo a grávida idealiza o seu filho.

Durante este trimestre surgem os sintomas comuns na gravidez, sendo: náuseas, dores musculares, câibras, enxaquecas, perdas sanguíneas esporádicas, alterações intestinais, as lipotíminas e as alterações na tensão arterial (hipo ou hipertensão). Quando o nível de ansiedade se eleva podem surgir algumas consequências como as fobias, crises hipocondríacas e depressão (Netto, 2004).

Para Netto (2004, p. 131), “Uma boa profilaxia nesse período pode ser a indicação de aulas de relaxamento muscular e respiratório, para ajudar na consciência corporal, além do apoio psíquico”.

#### 4.1.3 Terceiro Trimestre

O terceiro trimestre caracteriza-se pela satisfação em terminar uma gestação bem sucedida e, pela ansiedade resultante da antecipação do parto.

Este trimestre da gravidez é considerado um período activo e, no qual se estabelece uma ligação de maior proximidade entre o feto e os pais. Os desconfortos relativos à mãe aumentam neste período, existindo uma preocupação aumentada por parte da futura mãe relativamente a si e ao seu feto, em crescimento. O medo é crescente, a grávida afigura-se receosa perante as dores e quanto ao poder ser magoada, assim como, com o seu comportamento e a sua capacidade de auto-controlo durante o trabalho de parto e parto (Netto, 2004).

Segundo Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 168),

Os períodos de repouso da mãe são interrompidos com frequência pelos movimentos do feto e por alguns desconfortos físicos. Na fase mais avançada da gravidez, a mulher apresenta com frequência queixas de dispneia, aumento da frequência urinária, dores lombares, obstipação e varizes. (...) Encontrar posição confortável é cada vez mais difícil. A grávida começa a tornar-se impaciente demonstrando ansiedade pelo fim da gravidez.

A frequência das consultas pré-natais aumenta, passando de mensais a quinzenais ou, mesmo, semanais (Direcção Geral de Saúde – Parto, consultado em 03/10/2009).

Trabalho de parto e parto são problemas que a grávida não deixa de pensar e, principalmente numa primigesta, por ser um acontecimento desconhecido, os seus pensamentos estão voltados para os seguintes processos, Como será? De que forma? Onde?, etc. Estes são pensamentos que parecem não querer desaparecer, principalmente no final da gravidez, com o avistamento do momento do parto.

As preocupações relativamente ao parto acentuam-se, reforça assim, Colman e Colman (1994, p. 81), referindo que “A mulher dificilmente consegue evitar concentrar-se nisso e, até, estar obcecada pela forma como a sua criança vai sair”.

No caso das multígestas, não deixa de ser um período marcado pela ansiedade, isto porque é um processo já anteriormente vivenciado e, assim, conseguem perceber no que consiste. No entanto, a mulher sabe que não é controlável, acarretando o medo pelo trabalho de parto (Colman e Colman, 1994).

Uma das questões de eleição da grávida do terceiro trimestre é, «Como vou eu saber que estou a entrar em trabalho de parto?». Orientar a grávida a perceber os sinais e sintomas de trabalho de parto faz com que esta se sinta menos ansiosa e, com estes conhecimentos evita que esta se dirija às urgências em falso trabalho de parto (Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999).

Com a descida do feto para a região pélvica, o mau estar sentido até esta altura tende a desaparecer, dando à grávida uma energia inesperada, investida principalmente nas tarefas domésticas ou profissionais, estando assim ocupada e reduzindo a ansiedade e o receio relativo ao trabalho de parto e parto. Por norma, isto é referente ao nono mês de gravidez (Colman & Colman, 1994).

De acordo com o mesmo autor, no terceiro trimestre, a grávida interroga-se se o seu companheiro ainda a amará, uma vez que o seu aspecto físico se encontra bastante alterado, sentindo-se pouco atraente e desleixada.

## **5. Expectativas relativamente ao parto**

Perante o trabalho de parto e parto existem inúmeros factores que promovem a sua aceitação, sendo que cada cultura possui métodos diferentes para cuidar da gestante e parturiente.

Durante a gravidez, a gestante experiencia diversos sentimentos relativamente a si, ao bebé e à vida, que podem culminar em conflitos inconscientes (Coldebella, 2006).

Vários autores (*cit. in* Coldebella, 2006) referem que, ao longo da gravidez são criadas imagens, fantasias, sentimentos e expectativas relativamente ao futuro bebé.

O parto, como já referido, é uma experiência de inúmera importância na vida de uma mulher, sendo “(...) tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebê serão lembrados nos mínimos detalhes” (Kitzinger *cit. in* Lopes *et al.*, 2005, p. 247).

Desta forma, cada parto facilita o contacto com momentos positivos ou negativos a nível psicológico, que podem culminar em repercussões a curto ou longo prazo, principalmente em primíparas.

As gestantes, de acordo com Dias e Deslandes (2006, p. 2647),

(...) elaboram suas expectativas em relação ao momento do parto a partir de experiências anteriores, de materiais informativos e da televisão, por meio de informações e conversas com outras mulheres e de seu *background* cultural.

No estudo de Lopes *et al.* (2005) foram avaliadas as expectativas das gestantes em relação ao parto, salientando-se no final expectativas positivas, negativas e expectativas tanto positivas como negativas.

No referido estudo, apenas uma grávida referiu uma expectativa positiva relativa ao parto, sendo esta relacionada com a confiança no atendimento dos profissionais de saúde no momento do parto. Relativamente às expectativas negativas, Lopes *et al.* (2005, p. 249), as gestantes referiram

(...) receio de que o bebê nasça prematuro (...) com problemas de saúde (...) preocupação com a dor (...) insegurança quanto ao atendimento que receberão (...) medo de ser incapaz (...) receio de não reconhecer os sinais do parto (...) medo de morrer (...) medo de não ter controle sobre o parto (...)

No que diz respeito às expectativas positivas e negativas referidas em simultâneo, as gestantes mencionam as preocupações relativas a rotinas subjacentes ao parto, como a ida para o hospital e a lavagem intestinal, e não propriamente preocupações com o momento do parto propriamente dito.

Para além das expectativas referidas, Lopes *et al.* (2005) definiu, também, mais três categorias referentes às expectativas, sendo: expectativas em relação a si própria (gestante), expectativas em relação ao bebé e expectativas relativas a ambos. Dentro da primeira categoria, expectativas em relação a si própria (gestante), as grávidas mencionaram insegurança relativa à necessidade de recorrer a analgesia e à necessidade de recorrer a cesariana de urgência, por complicação ou não desenvolvimento do trabalho de parto.

Relativamente às expectativas em relação ao bebé, as gestantes mencionaram desejos de um parto tranquilo, para que o bebé nasça normal e saudável. Por último, nas expectativas relativas a ambos as gestantes mencionam o medo de não serem capazes, assim como o receio de sofrimento fetal durante o trabalho de parto e parto.

Segundo Soifer (*cit. in Pacheco et al.*, 2005, p. 8), e de acordo com o estudo de Lopes *et al.* (2005),

Os últimos dias antes do parto caracterizam-se essencialmente pelo medo da dor, da morte no parto (própria ou do filho) e pelo receio de complicações no parto, tais como o recurso a fórceps ou cesariana.

Em consonância surgem, ainda, Dias e Deslandes (2006, p. 2647-2648), referindo que diversos estudos

(...) têm demonstrado que dentre as principais expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto estão a possibilidade de participação ativa nesses momentos, o autocontrole (durante as contrações) e o controle da situação, além de conhecer o profissional que vai atendê-la, ter segurança acerca do apoio que receberá deste profissional e a expectativa de contar com um acompanhante.

As futuras mães mencionam, ainda, preocupação em não reconhecer o trabalho de parto, ou não chegar a tempo ao hospital e menciona também a dor no momento do parto.

No estudo dos autores supracitados (2006, p. 2652), relativamente à idealização do parto, as gestantes mencionam a competência, profissionalismo, educação e respeito dos profissionais de saúde, num momento tão importante como o parto. São, ainda,

referência a compreensão e auxílio em momentos de medo e dor subjacentes ao trabalho de parto. O trabalho de parto

(...) idealizado deve ser também rápido porque o medo da dor e de uma evolução mais demorada, que exija mais cuidado dos profissionais e mais desgaste para a mulher, é uma questão importante para elas.

Conclui-se assim, e parafraseando Conceição *et al.* (*s.d.*, p. 2), que apesar das técnicas existentes na actualidade que permitem satisfazer as necessidades da grávida para que o parto ocorra com segurança e qualidade, “(...) está provado que quanto maior é a informação passada, mais ela terá autoconfiança e mais tranqüilo será este acontecimento”.

## 6. Evolução sociocultural do nascimento

Ao longo da história, a gravidez e a maternidade ocuparam um lugar fulcral em todas as épocas e, na maioria das culturas, embora o seu ênfase tenha variado com o decorrer dos tempos e com os contextos socioculturais em que se encontrava inserido (Kitzinger *cit. in* Canavarro, 2001).

Desta forma, entende Gil (1998, p. 398) que

O parto é um acto social e cultural que afectando a relação de casal e familiar, é vivido num contexto determinado de costumes, onde têm lugar processos fisiológicos espontâneos e processos psicológicos, cuja realização é considerada essencial ou desejável para que tenha êxito.

Assim, segundo Conceição *et al.* (*s.d.*, p. 3), na Idade Média,

(...) o parto girava em torno de crenças e doutrinas pouco amigáveis para a gestante, e somente a partir dos séculos XVII e XVIII, foi que os homens começaram a entrar no quarto de parir; a cirurgia foi incorporada à medicina e o parto passou a ser estudado como mecanismo físico.

Na perspectiva de Gil (1998, p. 393), o parto

(...) envolto em fantasias e crenças dolorosas ou idealizado como um nascimento em festa, pode fazer esquecer a dimensão fundamental que o parto reveste para a mulher (...)

Através da formação francesa em obstetrícia, o parto passou a ser horizontal tendo conseqüentemente melhores condições para a gestante e para o nascimento do bebé. A evolução obstétrica e científica nesta área deveu-se, também, ao Cristianismo, que permitiram a transferência de poderes das parteiras para os médicos especializados. Assim, e segundo Conceição *et al.* (*s.d.*, p. 3),

(...) ao associar o corpo, especialmente o corpo feminino, ao pecado, eles abriram o caminho para que o corpo da mulher fosse visto como sendo inerentemente defeituoso e sujeito, então, às intervenções (salvadoras) da medicina.

De acordo com Canavarro (2001), engravidar e ser mãe passaram a ser uma opção, devido ao desenvolvimento da ciência e com a democratização dos meios políticos e industriais passou a existir uma liberdade de acesso aos métodos anticoncepcionais. Estes métodos originaram a separação entre a sexualidade e a reprodução permitindo, assim, à mulher ter um maior controlo sobre o seu corpo.

Actualmente, “(...) quase todas as pessoas são literalmente trazidas ao mundo por um profissional de enfermagem” (Roper, Logan e Tierney *cit. in* Couto, 2003, p. 42).

O ambiente onde o parto ocorre é de importância extrema, uma vez que é através deste que o estado psicológico e emocional da parturiente pode alterar-se e, conseqüentemente o trabalho de parto ser influenciado.

Durante anos, o parto domiciliar foi uma prática comum considerada normal na sociedade. Só a partir do século XX, a medicina transformou o parto, que é um evento fisiológico, num evento patológico, que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar ao parto, tornando-o institucionalizado (Crizostomo *et al.*, 2007).

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), com o parto em casa, a família tem a possibilidade de controlar a situação e viver mais intensamente as experiências, transformando o parto num momento fisiológico e natural. Neste tipo de experiência, parto em casa, a gestante está mais relaxada vivendo o parto de forma distinta relativamente ao parto hospitalar.

Na perspectiva de Kitzinger (1984) a própria casa é, sem dúvida, um local excelente para dar à luz embora, evidentemente, nos casos em que existe a probabilidade de surgir complicações, o hospital deve ser ponderado, principalmente para uma questão de segurança.

Para Lurdes e Carvalho (2004, p. 35),

(...) o parto domiciliar foi substituído pelo parto hospitalar, ou seja, o que era caracterizado como um processo natural passou a ser visto como uma doença e, portanto oferece riscos.

As diferenças mais relevantes entre o parto domiciliar e o parto hospitalar, é que no parto domiciliar a gestante, no momento do parto, era acompanhada e rodeada de familiares e amigos, ou seja, num ambiente conhecido de total respeito e apoio emocional. Enquanto no parto hospitalar, a grávida passou a estar num local desconhecido passando, muitas vezes, a ser cuidada por uma técnica fria e impessoal (Lurdes e Carvalho, 2004).

Kitzinger (1984, p. 59) acrescenta que, no parto domiciliário tudo decorre de forma mais natural, sendo que a gestante não se vê absorvida pelo medo, sendo que o parto parece demorar menos tempo, uma vez que a entrega acontece mais tarde. Ainda colocando paralelamente os dois locais de parto, no parto domiciliário a gestante “Tem privacidade – uma coisa que muitas mulheres valorizam e que, a menos que esteja num quarto particular, não pode ter no hospital.”

Relativamente ao parto hospitalar e, segundo o autor supracitado (1984, p. 56), “Não há razão para que os hospitais não sejam lugares onde o nascimento pode ser uma experiência profundamente agradável e compensadora”.

## 6.1 Mitos e crenças relativos ao Parto

Segundo Collière (1989), as crenças são uma forma de conhecimento que, a partir de hábitos de vida representam formas de actuar, provocando orientações que permitam assegurar a continuidade da vida.

Para Lima *et al.* (1979, p. 138)

O mito pode ser a explicação de um facto primordial do passado ou do presente (...) a justificação de uma determinada prática social ou cultural desse mesmo presente ou passado consistindo assim numa espécie de pseudo-racionalização dessa prática (...) e ainda um projecto, elemento aglutinador das forças sociais tendo em vista um objectivo que se apresenta como desejável para todos ou quase todos os membros dessa sociedade.

A família, através das relações interpessoais e, como unidade social primária, influencia e transmite aos seus membros os elementos culturais que intervêm sobre as crenças e, também, sobre o conceito de gravidez.

Existem vários factores que levam à adesão a mitos e crenças, como o grau de aculturação, os níveis educacionais e económicos, assim como o contacto com gerações de idade mais avançada.

Os relatos das experiências vivenciadas por outros vai fazer com que a mulher crie as suas próprias crenças e mitos, que vão determinar os seus comportamentos, gerar receios e medos a partir dos quais ela começa a construir a representação da sua gravidez.

As temíveis descrições de partos, cesarianas, intervenções médicas são tradicionalmente passadas da mãe para a filha, condicionando negativamente o comportamento e as expectativas das futuras mães (Rito, 2004).

Durante a gravidez, existem diferentes mitos e crenças que algumas gestantes se deixam influenciar, sendo elas no seu âmbito geral o medo do mau-olhado e dos maus espíritos.

Muitas grávidas, durante os primeiros meses de gravidez tendem em ocultar a gravidez, com o objectivo de afastar o seu filho do mundo exterior (Collière, 1989).

“São essas histórias que, nessa altura, a gente até acredita, que nos metem muito medo. Passam de pais para filhos e as histórias ficam e as pessoas acreditam” (Couto *cit. in* Monteiro, 2004, p. 4).

Coutinho (2004, p. 34) refere que,

(...) a mulher perante a maternidade apresenta uma grande variedade de sentimentos e emoções, criando inúmeras dúvidas e receios do desconhecido, (...) o medo de ter um filho defeituoso ou nado-morto; o medo das dores do parto.

Em concordância, Couto (2003) afirma que a ansiedade, os medos relativos ao trabalho de parto e à dor, as possíveis malformações que a criança pode ter, são alterações psicológicas sentidas pela gestante no final da gravidez.

## **7. A experiência do parto**

A abordagem de Rezende (1998, p. 286) denomina o parto como sendo “(...) o estágio resolutivo do ciclo grávido-puerperal”, onde se dá “(...) a expulsão do feto vital, para o mundo exterior através das vias genitais”, excluindo assim a extracção do produto conceptual por qualquer outro método.

Lowdermilk e Perry (2008) acrescentam que o parto é um processo onde ocorre a expulsão fetal, da placenta e das membranas através do canal do parto, por influência de contracções regulares e rítmicas da musculatura uterina.

O parto pode ter designações diferentes consoante o tempo de gestação em que ocorre. Em condições normais, o parto apenas ocorre quando está «amadurecido» o feto, na sua vida intra-uterina, designando-se parto de termo. Se o feto nasce antes das 37 semanas, chama-se parto prematuro ou pré-termo. E ainda, quando a gravidez vai para além da data prevista de parto, chama-se parto pós-termo.

No que aos diferentes tipos de parto respeita existem dois grandes grupos, os partos eutócicos e os partos distócicos. Por parto eutócico entende-se aquele que acontece fisiologicamente, por sua vez, parto distócico é aquele que acontece aquando da existência de condições anómalas ou patológicas, no qual o feto é retirado do útero materno através de instrumentos, como o caso dos forcéps, da ventosa ou cirurgia por cesariana (Lowdermilk e Perry, 2008; Burroughs, 1995).

A Direcção Geral da Saúde – Parto (consultado em 03/10/2009) menciona que o parto é o momento mais desejado de toda a gravidez, acrescentando Conceição *et al.* (*s.d.*, p. 2) que,

As evidências científicas mostram que o fator determinante para uma boa experiência de parto é o quanto a mulher sentiu-se protagonista do evento, ou seja, qual o nível de controle que ela percebeu ter sobre o processo. Podemos resumir dizendo que a mulher tem necessidade de ser tratada como sujeito ativo e participante de todo o processo e não como mero objeto.

O parto é, então, um acontecimento de grande natureza, tendo subjacentes diversos efeitos na grávida, conseguindo mobilizar grandiosos níveis de ansiedade, excitação, medo, inúmeras expectativas, resultando muitas vezes numa alteração da identidade da mulher pela sua intensidade (Peterson *cit. in* Lopes *et al.*, 2005).

Cordebella (2006) menciona que, o parto é o momento mais importante na transição para a maternidade, uma vez que é neste momento que existe o primeiro contacto visual entre pais-bebé, sendo um momento de adaptação ao bebé real, diferente do bebé imaginário idealizado até então. É, também, através do parto que a mulher se vê «obrigada» a assumir o papel de mãe, deixando para trás o papel de filha.

A experiência do parto pode, para além do momento em si, sofrer influência de alguns factores, como o decurso da gestação e as expectativas alimentadas durante esta gravidez.

Peterson, Simkin e Stern (*cit. in* Lopes *et al.*, 2005, p. 247) acrescenta que

Também é o momento de se deparar com um produto seu, do seu corpo, que mostrará para o mundo sua capacidade ou incapacidade feminina de gerar uma criança. É hora, portanto, de pôr à prova sua competência feminina de gerar, sua competência materna de cuidar, e sua competência física de suportar as dores, resistir à retaliação de seus órgãos genitais e, ainda, nutrir seu filho através da amamentação.

Conclui-se assim, segundo Fisher, Astbury & Smith (*cit. in Lopes et al., 2005*), que o parto possui uma significância a nível psicológico inegável, não sendo apenas um momento em que uma mulher e um homem se tornam pais.

## 7.1 Fases do parto

De acordo com Conceição (*s.d.*), o parto é um momento de grande vulnerabilidade para a grávida, ocorrendo uma série de mudanças significativas, proporcionando diversos níveis de insegurança.

### 7.1.1 Primeiro período: Dilatação

A dilatação é o período mais longo do trabalho de parto, inicia-se com as contracções uterinas regulares e completa-se com a dilatação e apagamento do colo uterino. Segundo Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 294),

A deambulação sem restrições pode ser encorajada se as membranas estão intactas, se a apresentação fetal está encravada após a rotura das membranas e se a mulher não fez terapêutica analgésica.

O toque vaginal tem como finalidade explorar o colo (dilatação, apagamento e consistência), a apresentação (posição, variedade, altura e proporcionalidade) e a bolsa amniótica.

Segundo ACOG (*cit. in Lowdermilk e Perry e Bobak, 2002, p. 308*), esta fase pode prolongar-se até 20h (horas) na grávida nulípara e até 14h nas múltiparas, sendo que “Não existem valores absolutos para a duração normal do primeiro estágio do parto”. Por outro lado, segundo Direcção Geral da Saúde – Parto (consultado em 03/10/2009),

este período “É o período mais demorado do trabalho de parto, podendo demorar de 12 a 16 horas, por vezes mais, num primeiro filho”.

De acordo com diversos autores consultados, o período de dilatação cervical compreende-se em três fases: fase latente, fase activa e fase de transição.

A fase latente, sendo a etapa inicial, caracteriza-se pela sua evolução lenta, com contracções uterinas regulares e de fraca intensidade com duração de 10 a 30 segundos e frequência de uma ou duas contracções a cada dez minutos, na qual a dilatação cervical não ultrapassa os 2 a 3 cm (centímetro). Esta fase é mais caracterizada pelo apagamento do colo uterino do que pela dilatação e descida do feto. Por sua vez, nas seguintes fases, as especificidades são o significativo aumento da dilatação e descida do feto. Este é o momento ideal para os ensinamentos à grávida serem reforçados e, para esta expor alguma dúvida que não tenha ficado esclarecida previamente (Burroughs, 1995; Freitas *et al.*, 2002; Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

Por sua vez, a fase activa é caracterizada principalmente pela cervicodilatação de cerca de 1 cm/h (centímetros por hora), com contracções mais intensas e longas, resultando numa dilatação cervical de 4 a 8 cm. A duração das contracções compreende-se entre 30 a 45 segundos com uma frequência de 3 a 4 contracções, a cada dez minutos. Esta fase tem diferentes graus de desconforto, dependendo também da grávida.

Por último, a fase de transição é a etapa na qual ocorre a dilatação total, 8 a 10 cm, tornando a dilatação completa. As contracções têm uma duração de 45 a 60 segundos, com uma frequência de 4 a 5 contracções em cada dez minutos. Durante esta fase, o limiar de desconforto e dor pode ser ultrapassado, onde a gestante pode demonstrar menor capacidade para suportar estas características (Burroughs, 1995; Freitas *et al.*, 2002).

### **7.1.2 Segundo período: Expulsão**

O período de expulsão inicia-se após a dilatação completa e termina com o nascimento do recém-nascido. As contracções uterinas continuam presentes e são auxiliadas pelas

forças da musculatura abdominal, para empurrarem o feto para a vagina. Esta força oriunda dos músculos abdominais fazem aumentar a pressão intra-abdominal e ajuda a sístole uterina. Para este aumento da pressão intra-abdominal existem técnicas como o encurtamento dos músculos abdominais, inspiração profunda e sustentada que projecta o diafragma para baixo (Mendes, 1993).

Neste período, segundo Burroughs (1995, p. 167), “(...) a gestante sente, geralmente, uma necessidade urgente de fazer força (como se fosse evacuar)”. A fase da expulsão tem uma duração em média de 50 minutos para as nulíparas e 20 minutos para as múltíparas, embora se considere normal um parto com uma duração até 2 horas (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

No segundo estágio foram identificadas e descritas por Simkin e colaboradores (*cit. in* Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002) três fases. Na fase lactente, a grávida ainda não sente necessidade de empurrar o feto, exercendo, apenas, pequenos esforços com as contracções; a fase activa é caracterizada pelo enorme esforço da futura mãe que faz o empurrar o feto; e a fase de transição é aquela em que o coroamento fetal aparece e a mulher já não consegue tolerar o desconforto/dor.

De acordo com Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), a episiotomia é uma incisão perineal, que tem por objectivo aumentar a amplitude vaginal para que a expulsão do feto ocorra sem complicações.

### **7.1.3 Terceiro período: Dequitação**

Segundo Freitas *et al.* (2002,), “Após a expulsão do feto começa o terceiro período do parto (...) caracterizado pelo deslocamento, descida e desprendimento da placenta e membranas”. A placenta descola-se, normalmente, na terceira ou quarta contracção uterina após o nascimento. Este processo pode demorar entre 5 a 20 minutos, embora se possa estender até 1 hora, sendo ainda assim considerado normal.

Embora seja o período mais curto é, também, o período mais perigoso para a mulher. Segundo Cunningham *et al.* (*cit. in* Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002, p. 308), “O risco de hemorragia cresce à medida que aumenta a duração do terceiro estágio”.

A administração de ocitocina à mãe é fundamental após a retirada da placenta, para que se dê a involução uterina e, conseqüentemente, a diminuição da perda sanguínea. Nesta fase ocorre ainda a formação do globo de segurança de Pinard (Burroughs, 1995; Freitas *et al.*, 2002; Mendes, 1993).

De acordo com Mendes (1993, p. 297),

O período da dequitação acompanha-se quase sempre de maior ou menor perda hemática que em condições normais não supera os 500ml (...) O fundo uterino, que atinge o umbigo após a expulsão do feto, baixa durante as contracções da dequitação, volta à altura anterior no intervalo contráctil.

#### **7.1.4 Quarto período: Período de Greenberg**

O último período é o momento em que ocorrem importantes modificações do organismo materno, abrangendo as primeiras 2 horas pós-parto (Lowdermilk, Perry e Bobak 2002).

Segundo Burroughs (1995, p. 168),

A musculatura uterina continua a contrair-se e relaxar-se, comprimindo os vasos sanguíneos no local da placenta. Na primeira hora após o parto, é importante observar a mãe em relação a um possível sangramento excessivo.

Knuppel (1996, p. 243) refere que,

Algumas instituições ainda consideram uma quarta fase, definida como sendo as primeiras uma ou duas horas seguintes à expulsão da placenta. Durante essa fase, observa-se a paciente (parturiente) cuidadosamente, suas perdas sanguíneas, a contractilidade uterina, as alterações da pressão sanguínea e o estado geral.

## 7.2 Tipos de parto

### 7.2.1. Parto Eutócico

O parto eutócico é, normalmente, designado de parto normal ou vaginal, podendo ocorrer com ou sem episiotomia, caracterizando-se essencialmente pela não existência de intervenção instrumental (Guia da Família, consultado em 13/07/2009).

Na expulsão do feto existem dois factores intervenientes de grande relevo, a elasticidade das paredes da vagina e o tamanho da cabeça do feto. A única intervenção por parte da enfermeira especialista em obstetrícia e ginecologia, caso se justifique, poderá ser a realização de uma episiotomia (Vou Nascer, consultado em 13/07/2009).

### 7.2.2 Parto Distócico

De acordo com Guia da Família (consultado em 13/07/2009) “O parto distócico é o parto realizado com intervenções instrumentais tais como fórceps, ventosa ou cesariana”.

Este tipo de parto acontece quando há uma anomalia fisiológica relativamente ao parto normal (Lowdermilk e Perry, 2008).

#### Parto com forcéps

De acordo com Medipédia – Parto Instrumental (consultado em 15/07/2009), o fórceps é um “(...) instrumento metálico semelhante a uma pinça, constituído por dois braços articulados em forma de colher (...)”.

Esse instrumento tem umas extremidades largas e curvas que se adaptam à cabeça do feto. O fórceps é introduzido através do canal vaginal, aplicando cada um dos braços em cada extremidade da cabeça do feto, «abraçando-a» fortemente. Este método exige uma episiotomia de um tamanho considerável (Newnham e Hobel, 1994).

Após estes procedimentos, e segundo descreve Mendes (1991, p. 319) “(...) pretendem-se três fins com a aplicação do forcéps: apreensão, tracção e orientação”.

Tendo estas condições o seguimento do parto deve ser normal. Este tipo de parto apenas deve ser utilizado aquando há detecção de sinais e/ou sintomas de sofrimento fetal (Netto, 2004). Mendes (1991) acrescenta que, mesmo com as condições estabelecidas, este método nunca é desprovido de perigos.

Para que este método se revele adequado, devem respeitar-se algumas condições, como

(...) a cabeça fetal deve estar bem descida na escavação; (...) o colo deve estar completamente dilatado; (...) deve conhecer-se a posição da cabeça fetal; (...) as membranas deverão estar rotas.

#### Parto com ventosa

Segundo Medipédia – Parto Instrumental (consultado em 15/07/2009), a ventosa é um instrumento que “(...) consiste numa espécie de campânula de material moldável, normalmente de silicone, ligado a um aparelho que produza vácuo”.

A ventosa é introduzida por via vaginal e fixada no couro cabeludo da cabeça do feto, após activar o sistema de vácuo, utilizando pressão negativa. Posteriormente a mulher é encorajada a fazer força sincronizada com a aplicação de tracção sobre a cabeça do feto (Newnham e Hobel, 1994; Lowdermilk e Perry, 2008).

Comparativamente ao método supracitado, o presente método não necessita de uma episiotomia tão extensa, sendo que a sua aplicação é mais fácil, não necessitando também de tanta experiência por parte do profissional, uma vez que a rotação e a flexão-deflexão da cabeça fetal são melhor conseguidas.

Quando é necessário recorrer a métodos instrumentais, o recurso à ventosa é considerado mais benéfico comparativamente aos fórceps (Enkin *cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008). No que respeita à dor, pelo facto de o profissional de saúde adequado ter de guiar os forcéps com as suas mãos, este procedimento torna-se mais doloroso,

contrariamente à ventosa, que nem sequer requer analgesia (Newnham e Hobel, 1994; Mendes, 1991).

### Cesariana

Define Mendes (1991, p. 325) que “A operação cesariana consiste na saída do feto através de incisões na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia)”. Newnham e Hobel (1994) especifica, referindo que a cesariana é uma cirurgia executada através de uma incisão transversa, no segmento inferior do útero. Mendes (1991, p. 326) acrescenta que é “(...) uma zona menos vascularizada e a sutura é mais fácil”.

A incisão pode, também, ser vertical ao nível do segmento superior ou inferior do útero, embora estas incisões não se utilizam com tanta frequência (Rezende, 1998).

Actualmente, a cesariana encontra-se muito aperfeiçoada, não provocando praticamente quaisquer riscos para a mãe e seu filho. Desta forma, em caso de complicação, como dificuldade no decorrer do parto vaginal que acarrete risco para a mãe ou feto, a cesariana é uma solução sem riscos para ambos. A cesariana pode também ser eleita noutras situações, como sendo a detecção de uma

“(...) desproporção entre o tamanho do feto e o diâmetro da pélvis da mãe ou perante algumas apresentações anómalas do feto, situações que dificultam ou impossibilitam o parto vaginal”.

Outros problemas que afectem somente a grávida ou o feto, ou ambos podem ser motivos a recorrer a uma cesariana (Medipédia – Cesariana, consultado em 16/07/2009).

### **7.3 Dor no Trabalho de Parto e no Parto**

Antes do filho nascer, as grávidas já anseiam o maravilhoso momento do nascimento, tendo subjacente o medo do desconhecido, o medo do sofrimento que as espera. A dor é

subjectiva e cada grávida tem uma experiência única relativamente a este parâmetro vital (Lopes *et al.*, 2005).

De acordo com a interpretação de vários autores, a dor relaciona-se com uma experiência iminente particular, dependente da aprendizagem cultural e do significado atribuído à situação, assim como a outros factores essenciais.

A dor, segundo Maccaferri (*cit. in* Valadas, 2003, p. 19) “(...) é tudo aquilo que a pessoa que vive diz que é, e existe da forma que a pessoa diz que existe”.

Para Lowdermilk, Bobak e Jensen (1999), o parto pode relacionar-se com as culturas em que as pessoas estão inseridas, sendo o mesmo percebido de forma diferente em contextos culturais distintos, sendo a dor subjacente a todas elas. Segundo o mesmo autor (1999, p. 306),

A dor durante o parto é exclusiva de cada mulher e influenciada por uma série de factores. Entre eles estão a cultura, a ansiedade e o medo, a experiência de parto anterior, a preparação para o parto e o apoio.

Aquando do momento tão esperado, um momento que deveria ser de alegria, o nascimento do seu filho, a preocupação das gestantes e a dor que sentem no parto, limitando as suas atitudes, imobilizando-as no momento de reagir e de lidar com essa dor (Bachman *cit. in* Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

Conceição *et al.* (*s.d.*, p. 5) afirma que

Poucas mulheres têm parto sem dor. Na verdade, algumas a descrevem como insuportável, dilacerante, extenuante e exaustiva. Um estudo internacional realizado com mulheres primíparas e múltiparas demonstrou que 15% sentiram pouca ou nenhuma dor, 35% tiveram dor moderada, 30% referiram dor intensa e 20% sentiram dores muito fortes.

No sentido de garantir o melhor resultado possível para todos os envolvidos, o papel do enfermeiro no apoio à grávida e respectiva família é crucial, afirma Piotrowski (*cit. in* Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

As tomadas de decisão devem ser fundamentadas e não circunstanciais, pois uma tomada de decisão não pensada pode causar “(...) angústias, inseguranças e inquietação (...) levando a permanentes conflitos e insatisfações” (Ciampone, 1991, p. 194).

Silva (2002, pp. 26-27) defende que, neste momento da tomada de decisão

(...) a gestante precisa ter alguém a seu lado, não só com conhecimento técnico e científicos (...), mas também com conhecimentos adequados de comunicação e com capacidade de ouvi-la, apoiá-la e de oferecer elementos para ajudá-la na tomada de decisão e incentivá-la para que as assumas (...).

Um dos papéis das aulas de preparação para o parto é a aprendizagem dos métodos de preparação para o parto, que defendem a redução do medo, tensão e dor. A mulher, ou o casal, não devem esperar um parto sem dor, mas sim um parto onde a dor é controlada usando as várias técnicas e métodos de preparação para o parto (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

### **8.1 Métodos de preparação para o parto**

Segundo Koehn (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 360),

Ainda não é completamente compreendido o modo como a preparação para o nascimento influencia a resposta da mulher à dor. Contudo, os resultados de vários estudos sugerem que a confiança da mulher aumenta não só após a realização desta formação, mas que esta confiança aumenta a capacidade da mulher lidar com o trabalho de parto e parto.

Julgam os defensores da preparação para o nascimento que, a dor no trabalho de parto é devida à tensão e ao medo. Portanto, a matéria de incidência destas aulas é o aumento do conhecimento da mulher relativamente ao trabalho de parto e parto, no aumento da sua auto-confiança, preparação para o controlo da respiração e controlo de si própria.

Lowdermilk e Perry (2008), em consonância, realçam que a grávida não deve esperar um parto sem dor, mas sim, com o auxílio das aulas de preparação para o parto, um parto com a dor controlada através dos métodos ensinados.

Actualmente, com o desenvolvimento dos métodos psicofiláticos e de controlo da dor, as gestantes não necessitam de temer o trabalho de parto e parto (Conceição *et al.*, *s.d.*).

### 8.1.1 Métodos psicofiláticos

Segundo a Cambiaghi (*cit. in* Conceição *et al.*, *s.d.*, p. 9),

A psicofilaxia na maternidade visa educar a mente e o corpo da mulher para o ato da parturição. (...) O círculo vicioso medo-tensão-dor seria o responsável pelas queixas das pacientes. O conhecimento por parte das mulheres da fisiologia da gestação e do parto, ou seja, “o desconhecido” eleva o limiar da sensibilidade à dor.

Os métodos psicofiláticos permitem que a parturiente em momentos de tensão, como acontece em momentos de contracção uterina, com relaxamento corporal diminuam a tensão e tudo o que está subjacente.

#### 8.1.1.1 Método de Lamaze

Este é um método psicofilático desenvolvido a partir do trabalho clássico de Pavlov sobre o condicionamento, pois o autor deste método entende que “(...) a dor é um reflexo condicionado, pelo que as mulheres também podem ser condicionadas para não sentir dor durante o trabalho de parto” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 360).

Para enfrentar e superar esta dor, Lamaze (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008) descreve várias estratégias de *coping*, como a fixação da mulher num padrão do seu gosto, ocupando assim as suas vias nervosas, impedindo as mesmas de responder aos estímulos de dor.

Relativamente à respiração, Lamaze (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 360) acredita que “(...) a respiração torácica afasta o diafragma do útero em contracção, concedendo-lhe mais espaço para se expandir”. Este método visa, também, o acompanhamento de uma pessoa significativa no momento do parto.

### **8.1.1.2 Método de Dick-Read**

Como objectivo principal, este método tem como intuito informar a grávida, de modo a que o medo do incógnito seja substituído pela confiança e compreensão (Dick Read *cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008).

Este método inclui orientações sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdómen e, técnicas de relaxamento. Outro realce cabe na importância da parturiente não permanecer sozinha, porque estar só gera medo, portanto a presença de uma pessoa significa no momento do parto é essencial (Burroughs, 1995).

### **8.1.1.3 Método de Bradley**

O método de Bradley é baseado, segundo Bradley (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 360)

(...) em observações do comportamento animal, durante o parto, e enfatiza a necessidade de trabalhar em harmonia com todo o corpo, utilizar o controlo da respiração, a respiração abdominal e o relaxamento corporal generalizado.

Bradley não deixou de parte a presença do marido ou companheiro, que participando activamente ajuda a mulher a relaxar e a usar as técnicas respiratórias eficazmente. Para que tudo se desenvolva da melhor forma, o ambiente necessita de ser o mais natural possível, logo o ruído, a falta de privacidade e toda a gestão do ambiente físico devem ser cuidados.

## **8.1.2 Métodos não farmacológicos de controlo da dor**

### **8.1.2.1 Concentração e relaxamento**

Parafrazeando Enkin *et al* (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 361), “A concentração da atenção e as técnicas da distração são formas de cuidar que têm probabilidade de serem benéficas no controlo da dor durante o trabalho de parto”.

Esta técnica consiste na concentração num objecto agradável, seja ele simbólico ou não para a grávida. Esta focalização num determinado objecto faz com que desvie a sua atenção no momento das contracções reduzindo, assim, a dor.

### **8.1.2.2 Técnicas respiratórias**

As técnicas de respiração têm por objectivo a distração da grávida e, por conseguinte, reduzir a percepção da dor. As técnicas respiratórias devem ser adaptadas consoante o estágio do trabalho de parto em que a mulher se encontra. No primeiro estágio a grávida deve aumentar o tamanho da cavidade abdominal, relaxando os músculos abdominais e, reduzindo a fricção entre o útero e a parede abdominal. No segundo estágio, a respiração deve aumentar a pressão abdominal com o intuito da expulsão do feto.

Refere Aida (2000, p. 10) que as mulheres devem “(...) aprender a respirar e a serem capazes de se manterem tranquilas durante as longas horas do parto”.

Existem vários padrões de respiração, mas todos eles seguem a regra de “(...) uma inspiração profunda (...) para «receber a contracção» e terminam com uma expiração lenta «sopro suave para acabar suavemente com a contracção»” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 361). À medida que as contracções aumentam a respiração deve ser mais superficial, aumentando para o dobro a sua frequência respiratória habitual.

Para qualquer mulher manter a concentração nas técnicas respiratórias é de uma dificuldade imensa, mesma para aquela grávida que participou nas aulas de preparação para o parto (Lowdermilk e Perry, 2008).

### **8.1.2.3 Effleurage e contrapressão**

A effleurage e a contrapressão são duas técnicas usadas com efeito no alívio da dor, no primeiro estágio de trabalho de parto. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 362), “A effleurage consiste numa massagem com ligeiras percussões habitualmente no abdómen, sincronizada com o ritmo da respiração durante as contracções”. A sua função é distrair a grávida da dor provocada pelas contracções.

Ainda, de acordo com o mesmo autor (2008, p. 362), “A contrapressão é a pressão constante aplicada na região sagrada, (...) com o punho ou com as costas da mão”, fazendo com que a mulher suporte a sensação de pressão interna e de dor na parte inferior da região lombar.

#### **8.1.2.4 Hidroterapia**

A hidroterapia é uma técnica não farmacológica para aumentar o relaxamento e conforto durante o trabalho de parto. Julga-se que os banhos de banheira, chuveiro ou hidromassagem estimulam a produção de ocitocina (estimula as contracções uterinas) e de endorfinas (reduz a percepção de dor) (Lowdermilk e Perry, 2008). Também, os mamilos ao entrarem em contacto com as bolhas de água levam à produção de ocitocina.

De acordo com Simkin & O’Hara (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 363),

(...) a hidroterapia durante o trabalho de parto tem também efeitos positivos na diminuição da necessidade de analgesia, na diminuição da instrumentação do parto, na condição do períneo e na satisfação pessoal da mulher com o parto.

No entanto, afirma Benfield (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 363), “(...) não existe evidência que esses efeitos possam ser atribuídos somente à hidroterapia”.

Contudo, Mackey (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008) defende que a hidroterapia com jacto de água deve, apenas, ser usada em mulheres que se encontrem na fase activa do primeiro estágio de trabalho de parto, pois se a grávida estiver na fase lactente, as contracções podem abrandar.

#### **8.1.2.5 Estimulação nervosa eléctrica transcutânea**

Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 363) “A estimulação nervosa eléctrica transcutânea envolve a colocação de dois pares de eléctrodos de cada lado da coluna dorsal e sagrada”. Os eléctrodos são colocados em cima dos nervos que enervam o

útero, para diminuir a percepção de dor, aquando de contracções menos dolorosas (Couto, 2003).

A sua função é a estimulação através de impulsos eléctricos contínuos, de baixa intensidade. A cada momento de contracção a grávida aumenta a potência do estímulo, de forma a libertar endorfinas.

Esta técnica não provoca quaisquer riscos para a mãe e para o feto e, a sua função é conseguida com sucesso “(...) acreditando-se que reduz ou elimina a necessidade de recorrer a analgesia e aumenta a percepção da mulher controlo da situação” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 363).

#### **8.1.2.6 Acupressão e Acupunctura**

De acordo com Florence & Palmer (*cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008, p. 364) embora haja “(...) evidência comprovada de que a acupunctura pode ser benéfica no alívio da dor do trabalho de parto, contudo, continuam a ser necessários mais estudos”.

Esta técnica deve ser utilizada por um terapeuta qualificado e treinado e consiste na colocação de agulhas em áreas específicas do corpo, restaurando o fluxo de energia e diminuindo a dor (Lowdermilk e Perry, 2008).

A acupressão consiste na aplicação de pressão, calor ou frio em pontos específicos, chamados de *tsubos*. Os pontos específicos são zonas de grande densidade de neuro-receptores e de condução eléctrica aumentada. A estimulação destes pontos provocará um aumento dos níveis de endorfinas.

Dizem Lowdermilk e Perry (2008, p. 364),

Os pontos de acupressão encontram-se no pescoço, nos ombros, punhos, parte inferior das costas incluindo a região sagrada, ancas, área sob as rótulas, tornozelos, unhas dos dedos mínimos e plantas dos pés.

Por sua vez, a aplicação pode ser efectuada com a palma da mão, punho, extremidades dos dedos, ou então com a utilização de bolas de ténis ou outros objectos.

#### **8.1.2.7 Aplicação de calor e de frio**

A aplicação de calor com cobertores, compressas ou outros elementos quentes alivia a isquémia muscular e aumenta o fluxo sanguíneo para a área de desconforto.

Relativamente à aplicação de frio, podendo recorrer-se a um pano frio ou a gelo, este pode aumentar o conforto quando a grávida sente calor e pode também ser aplicado nas áreas onde a mulher sente dor, reduzindo a temperatura e os espasmos musculares (Lowdermilk e Perry, 2008).

#### **8.1.2.8 Hipnose**

A hipnose é uma técnica que necessita de ser praticada, já antes do trabalho de parto, durante o período pré-natal (Gentz *cit. in* Lowdermilk e Perry, 2008). Esta técnica visa o relaxamento da grávida, a diminuição do medo, da ansiedade e da percepção da dor.

Em consonância com as autoras Barrett e Pitman (*cit. in* Couto, 2003, p. 88) “(...) quando uma pessoa está hipnotizada, fica temporariamente mais relaxada, mais receptiva à sugestão e mais predisposta a alterar a sua percepção de dor”.

Segundo as mesmas autoras (*cit. in* Couto, 2003), existem dois inconvenientes deste método, sendo, um deles, o tempo de condicionamento da grávida para esta técnica e o outro a presença e actuação de um elemento hipnótico durante todo o parto. Quanto à duração do parto não existe qualquer diferença entre um parto com hipnose e um outro sem hipnose.

### 8.1.3 Método farmacológicos de controlo da dor

De acordo com vários autores, existem vastos métodos de controlo da dor farmacológicos, mas o usualmente utilizado é a analgesia epidural, por isso, apenas será retratado este método de controlo da dor.

#### 8.1.3.1 Analgesia epidural

De acordo com Burroughs (1995), analgesia é a utilização de um agente analgésico para atenuar a percepção da dor durante o trabalho de parto e parto, mas sem perda de consciência.

A Direcção Geral da Saúde – Parto (consultado em 03/10/2009) defende que a epidural é “(...) uma técnica utilizada para o tratamento da dor no parto.”

A vantagem deste método é a provocação de um bloqueio à percepção da dor, conservando as acções motoras da mãe, e não interferindo na zona perineal, mantendo igualmente o reflexo de puxar (Direcção Geral da Saúde – Parto, consultado em 03/10/2009).

Brazão (*cit. in Graça et al.*, 2000) refere que este método é o mais eficaz para o alívio da dor, em qualquer uma das fases do trabalho de parto e, quando utilizada minuciosamente, é a que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materno-fetal.

No entanto, segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 5)

O método da analgesia varia de acordo com a situação e escolha da mãe e as preferências dos prestadores de cuidados. (...) Existem filosofias contrárias no que diz respeito à analgesia durante o trabalho de parto. Enquanto algumas mulheres referem ter as sensações do nascimento com pouca ou nenhuma analgesia; outras optam por uma analgesia epidural que lhes proporciona conforto e controlo do seu comportamento durante a experiência.

## 9. O Papel do Enfermeiro

Na Enfermagem da maternidade, segundo Lowdermilk e Perry (2008), os cuidados prestados são relativos às mulheres e respectivas famílias, em período gravídico, no parto e, nas 4 primeiras semanas do pós-parto.

Enfermagem materna inclui, assim, um vasto número de procedimentos implícitos nestas etapas importantes da vida. Burroughs (1995) refere que, nestes momentos, a orientação e ensino são partes essenciais na prática dos cuidados de Enfermagem.

Parafraseando Lowdermilk e Perry (2008, p. 3) “O papel do enfermeiro evoluiu do principal prestador de cuidados para líder da equipa interdisciplinar, tendo-se tornado essencial o registo dos resultados do utente (...)”.

Na área até agora referida, a saúde materna, a gestante pode optar entre o médico obstetra e o enfermeiro obstetra para principal prestador de cuidados, sendo que as grávidas que optam pelo enfermeiro obstetra demonstram maior participação nas decisões relativas ao parto, sofrendo menos intervenções dos profissionais (analgesia epidural, etc.) (Cambiaghi *cit. in* Conceição *et al.*, *s.d.*).

No entender de Wear (1989, pp. 43-44)

O ideal seria os cuidados começarem mesmo antes da concepção, antes da evolução para o período pré-natal. (...) Ao perspectivar a preparação de uma mulher para o parto, três aspectos têm de ser considerados: o psicológico, o físico e o educacional.

A relação estabelecida entre a parturiente e o Enfermeiro deve ter por base a relação de ajuda, fundamentada por uma linguagem verbal e não verbal. No primeiro encontro com a parturiente o enfermeiro deve trata-la pelo seu nome próprio, criando assim uma relação de proximidade que promova a relação de ajuda.

Num momento importante na vida da mulher como é o parto são mais relevantes para esta os gestos, o respeito, a delicadeza, a ajuda, o interesse por parte do Enfermeiro, do que propriamente a parte instrumental realizados por este (Conceição *et al.*, *s.d.*).

Coutinho (*cit. in* Couto, 2003, p. 41) acrescenta que o Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, por permanecer 24 horas por dia junto da parturiente deve manter uma “(...) verdadeira e eficaz relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto”.

Assim, e segundo Preto e Oliveira (2003, p. 50) “O enfermeiro deve ser um «porto seguro» para a grávida”, esclarecendo as suas dúvidas, diminuindo os seus medos, apoiando-a emocionalmente e transmitindo-lhe confiança.

Desta forma, torna-se importante que o Enfermeiro mostre disponibilidade perante a parturiente, explicando antecipadamente todos os procedimentos e possíveis ocorrências. É, então, importante que os profissionais de Enfermagem possuam vastos conhecimentos conseguindo ter domínio na situação, transmitindo confiança e segurança à parturiente, uma vez que a Enfermagem “(...) precisa saber interpretar e agir sabiamente a cada manifestação verbal ou corporal da paciente” (Conceição *et al.*, *s.d.*, p. 3).

Gandara e Lopes (*cit. in* Coutinho, 2004, p. 30), referem que

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados. De alguém com quem falar, de alguém que a ouça activamente, ou então simplesmente que lhe segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha.

Actualmente é conhecido que, uma gestante devidamente acompanhada, apresenta diminuição dos problemas e complicações, assim como o nascimento do bebé ocorre sem complicações, obtendo-se melhores níveis de saúde maternos e fetais (Cordebella, 2006).

Coutinho (2004, p. 31) afirma que,

É importante que a parturiente acredite nos profissionais de saúde e em si própria, para que numa verdadeira relação terapêutica, de amizade e companheirismo, vivencie uma experiência de vida, de prazer e amor.

O Enfermeiro deve estar envolvido emocionalmente com a grávida, segundo Swanson (*cit. in* Coutinho, 2004), levando assim a uma maior eficácia na relação de ajuda, permitindo a exposição de sentimentos, uma vez que a mulher em trabalho de parto se torna uma mulher mais sensível e vulnerável, com exteriorização do medo, da ansiedade e da insegurança.

Refere Couto (2003) que, a grávida deve ser vista como alguém que necessita de cuidados, de ensinamentos relativos à gestação e parto uma vez que vive situações novas e distintas, surgindo questões e dúvidas que devem ser esclarecidas prontamente.

Desta forma, cabe aos Enfermeiros promover a educação da gestante ao longo da gravidez, de forma a possibilitar uma vivência de experiências mais positivas. Com as informações transmitidas a grávida sente-se mais acolhida, diminuindo os níveis de ansiedade e medo, controlando no momento do parto os níveis dolorosos de forma mais ponderada (Figueiredo, Costa e Pacheco *cit. in* Pacheco *et al.*, 2005).

Conclui-se assim, segundo Collaço (Conceição *et al.*, *s.d.*, p. 3), que

A enfermeira participará do processo, respeitando a visão de mundo do casal, suas crenças e valores, ou seja, sua cultura e evitando imposição cultural (etnocentrismo) e, por fim, compartilhando e descobrindo o melhor caminho para um processo de parir saudável.

## II – Fase Metodológica

Na visão de Fortin (2003, p. 352), a fase metodológica

(...) diz respeito às etapas no decurso das quais foram tomadas decisões pelo investigador sobre a maneira de responder às questões de investigação ou às hipóteses formuladas na fase conceptual.

No decorrer da fase metodológica “(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p. 40).

Polit, Beck e Hungler (2004) resumem referindo que, nesta fase o investigador toma decisões que permitem responder às questões e objectivos, planeando ainda o instrumento de colheita de dados.

### 1. Tipo de estudo

Parafraseando Fortin (2003, p. 133)

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

É fundamental a escolha do tipo de estudo quando se investiga um problema, pois descreve a estrutura a utilizar para atingir os objectivos. Por esta razão, para atingir os objectivos pretendidos o presente estudo é descritivo-exploratório, transversal, de natureza qualitativa (Fortin, 2003).

Tal como refere Fortin (2003, p. 162), um estudo descritivo

(...) limita-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa (...) consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo

Sendo que os estudos exploratórios, de acordo com Polit e Hungler (1995, p. 119) caracterizam-se por,

(...) explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual se manifesta e outros factores com os quais se relaciona, além de procurar «observar e registar, a incidência dos fenómenos»

Um estudo descritivo deve reger-se segundo vários critérios, o conhecimento sobre o desenvolvimento do problema, a pergunta e os objectivos de estudo e, ainda, o método para concretizar estes.

Transversal porque se pretende descrever e explorar um fenómeno específico num determinado momento, não havendo comparação dos dados ao longo do tempo.

Foi escolhido o método de investigação qualitativo uma vez que é através deste método que o investigador mostra preocupação pela “(...) compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los” (Fortin, 2003, p. 22).

### **1.1 Meio de estudo**

O investigador deverá definir o meio onde decorrerá o estudo, tendo ainda o dever de fundamentar as suas opções. Parafraseando Fortin (2003, p. 132) meio natural “(...) significa que eles se efectuem em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.”

É pertinente referir que este estudo decorreu em meio natural, especificamente, no Centro de Saúde de Vila do Conde, em Agosto de 2009 (Anexo 1). A escolha do local de realização do estudo deve-se à melhor acessibilidade para o investigador.

## **2. Variáveis**

No estudo científico que se expõe considera-se a existência de variáveis atributo. As variáveis atributo, são elementos que compreendem as características dos elementos que

compõem um estudo (Fortin, 2003), estando neste contexto específico representadas pela idade, habilitações académicas, estado civil, número de semanas de gestação, se fez e onde fez a vigilância pré-natal, se fez e quantas aulas frequentou de preparação para o parto e, onde vai realizar o parto.

### **3. População**

População é definida como um conjunto de sujeitos com características comuns. De acordo com Fortin (2003, p. 133), “As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”.

Ainda de acordo com a mesma autora (2003, p. 202), “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para que o investigador deseja fazer generalizações.”

Desta forma, a população definida para este estudo são as grávidas primigesta, no terceiro trimestre, presentes nas aulas de preparação para o parto no Centro de Saúde de Vila do Conde.

### **4. Processo de amostragem**

Polit, Beck e Hungler (2004, p. 225) definem o processo de amostragem como “(...) um processo de selecção de uma porção da população para representar a população.”

Para a selecção da amostra recorreu-se a uma amostragem não aleatória accidental. Não aleatória, uma vez que segundo Fortin (2003), a amostra pode não ser representativa da população.

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p. 226) a amostragem accidental, designada também amostragem por conveniência, “(...) acarreta o uso das pessoas mais convenientes disponíveis como participantes do estudo”.

## **5. Amostra**

A amostra é um sub-conjunto da população e, “deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada” (Fortin, 2003, p. 202).

A amostra é constituída por 7 grávidas primigestas, do terceiro trimestre, que frequentam as aulas de preparação para o parto no Centro de Saúde de Vila do Conde.

## **6. Instrumento de colheita de dados**

Através do instrumento de colheita de dados, o investigador vai colher informação necessária para a investigação. O instrumento de colheita de dados elaborado para este trabalho de investigação foi uma entrevista (Anexo 2).

Segundo Fortin (2003, p. 245), uma entrevista

(...) é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.

Esta entrevista é formulada em duas partes, e foi aplicada a 7 grávidas primigestas, do terceiro trimestre, que frequentam as aulas de preparação para o parto no Centro de Saúde de Vila do Conde. As questões desenvolvidas são abertas, tentando assim responder melhor às questões e objectivos da investigação.

A primeira parte da entrevista permite fazer a caracterização da amostra, através de questões como: a idade, habilitações académicas, estado civil, número de semanas de gestação, se fez e onde fez a vigilância pré-natal, se fez e quantas aulas frequentou de preparação para o parto e, onde vai realizar o parto.

A segunda parte da entrevista é formada por questões de resposta aberta, onde através de quatro questões as grávidas transmitem as expectativas relativas ao parto.

### **6.1. Pré – teste**

O pré-teste “(...) é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 254).

Fortin acrescenta que (2003, p. 253),

(...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.

O guião da entrevista foi sujeito a pré-teste no sentido de validar o instrumento de colheita de dados elaborado para este estudo. Para o efeito, foram entrevistadas três grávidas primigestas, do terceiro trimestre, que frequentam as aulas de preparação de um Centro de Saúde do distrito de Viana do Castelo, não tendo estas, posteriormente, sido incluídos na amostra que constitui o estudo.

A partir da informação recolhida, concluiu-se que não havia necessidade de reformulação, pelo que o mesmo foi considerado adequado para a colheita de dados.

### **7. Método de tratamento e análise de dados**

Segundo Fortin (2003, p. 306) após a colheita de dados

(...) há, em todas as abordagens qualitativas, uma fase preliminar à análise propriamente dita. Esta fase é a de organização dos dados (...) para que possam ser analisados.

Após proceder à recolha de informação inicia-se o processo de tratamento de dados. A caracterização da amostra foi realizada segundo o tratamento estatístico (Microsoft Office 2007<sup>®</sup>), permitindo assim caracterizar de forma mais real a amostra de gestantes primíparas, pertencentes à amostra. Os restantes dados foram tratados através da análise

de conteúdo, possibilitando uma melhor análise e tratamento da informação fornecida pelas grávidas.

De acordo com Bardin (1997), a análise de conteúdo é dividida em 3 fases: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise corresponde à fase de organização, onde o investigador operacionaliza e sistematiza as ideias iniciais, tendo como objectivo a estruturação de conteúdo. A exploração do material diz respeito às “(...) operações de codificação, desconto ou enumeração (...)” (Bardin, 1997, p. 101).

Na terceira fase, e última fase, é realizado o tratamento dos resultados, onde os resultados brutos são organizados de modo a adquirirem significado e validade.

No caso das entrevistas é importante proceder à transcrição das entrevistas, permitindo assim reavivar o momento da entrevista e tudo o que foi transmitido pelos inquiridos. Segundo a Fortin (2003) é importante efectuar a codificação, com o objectivo de decompor as declarações em unidades de sentido.

Parafraçando Fortin (2003, p. 364), a análise de conteúdo é uma “Estratégia que serve para identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito”.

Os resultados advêm dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados sendo, posteriormente, “(...) analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto” (Fortin, 2003, p. 330).

Com o objectivo de facilitar a compreensão dos dados, estes foram agrupados em categorias e subcategorias e apresentados em tabelas, com a respectiva análise. Após a apresentação e análise dos resultados da investigação torna-se pertinente efectuar a interpretação dos mesmos.

## **8. Princípios éticos na investigação**

Para Fortin (2003, p. 114),

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

A investigação pode trazer danos para o sujeito que participam na investigação. Desta forma existem direitos e princípios que protegem os participantes da investigação, sendo o consentimento informado livre e esclarecido e possuem cinco princípios.

### **8.1. Consentimento Livre e Esclarecido**

Este consentimento dá o direito à pessoa de ser informada sobre tudo o que envolve a investigação e de optar sobre a sua participação de forma esclarecida e livre.

De acordo com Fortin (2003, p.120),

O consentimento é livre se é dado sem nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação

### **8.2. Direito à autodeterminação**

Segundo este princípio, a pessoa tem o direito de decidir o que quer e qual o futuro, sendo possível escolher sobre a sua participação e envolvimento na investigação. Antes de qualquer investigação, a pessoa deve ser informada sobre a existência deste princípio.

Segundo Fortin (2003, p. 116), o direito à autodeterminação “Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”.

### **8.3. Direito à intimidade**

Durante uma investigação todos os sujeitos se expõem e partilham parte da sua intimidade, parte do ser biopsicossocial que são. Desta forma, este direito possibilita à pessoa a oportunidade de escolher o que quer transmitir durante a investigação. “O anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados devem ser salvaguardados.” (Fortin, 2003, p. 117)

### **8.4. Direito ao anonimato e à confidencialidade**

Neste princípio está subjacente o tratamento dos dados com confidencialidade e rigor, de forma a manter o anonimato do sujeito, mesmo perante o próprio investigador. Desta forma, os dados não podem ser expostos, a menos que exista autorização por parte dos sujeitos.

Todo este direito implica que os dados de qualquer sujeito não podem ser expostos sem a sua autorização.

### **8.5. Direito à protecção contra desconforto e prejuízo**

Ao longo da investigação a pessoa pode sofrer inconvenientes que a prejudiquem ou façam mal. Este direito protege a pessoa de qualquer desconforto.

Desta forma Frankena (*cit. in* Fortin, 2003, p. 118),

Este direito é baseado no princípio do «benefício» segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam.

### **8.6. Direito a um tratamento justo e equitativo**

“Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo.” (Fortin, 2003, p. 119).

Este princípio estabelece o direito do sujeito saber tudo sobre a investigação, como os objectivos, método, duração e finalidade. Permite, também, à pessoa aceder à informação em qualquer momento, bem como desistir em qualquer momento da investigação.

### III – Fase Empírica

A presente fase do trabalho de investigação, fase empírica, “(...) inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados” (Fortin, 2003, p. 41).

Na análise dos resultados devem ser tidos em conta os objectivos e questões previamente estabelecidos, sendo que posteriormente deve ser elaborada uma explicação coerente dos dados comparativamente com a bibliografia existente.

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da entrevista a 7 grávidas primigestas, do terceiro trimestre, que frequentam as aulas de preparação para o parto no Centro de Saúde de Vila do Conde.

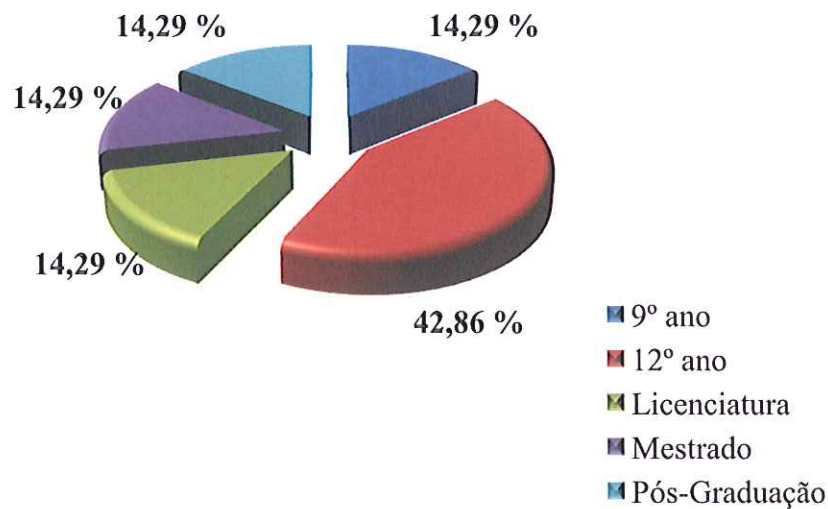
#### 1. Tratamento de Dados

A amostra deste estudo de investigação foi formada por 7 grávidas primigestas, apresentando idades compreendidas entre os 24 e os 35 anos (tabela nº 1), sendo que a média de idades é 28,71.

**Tabela nº 1 – Caracterização da amostra segundo idade**

	<b>n = 7</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
24 anos	1	14,29
27 anos	1	14,29
28 anos	1	14,29
29 anos	3	42,86
35 anos	1	14,29

Relativamente às habilitações académicas (gráfico nº 1) pode ver-se que a 42,86 % da amostra possui o 12º ano de escolaridade, sendo que as restantes distribuem-se uniformemente (14,29 %) pelo 9º ano, licenciatura, mestrado e pós-graduação.



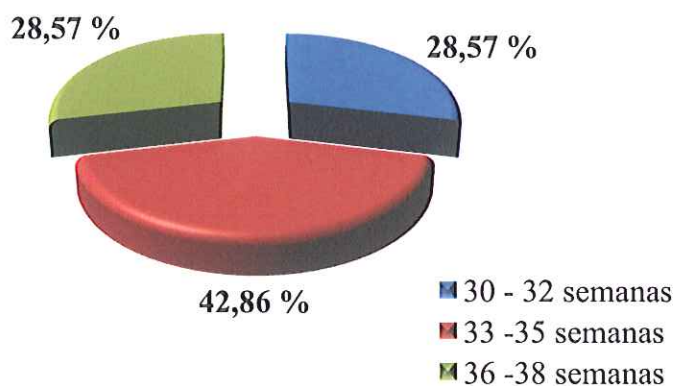
**Gráfico nº 1** – Caracterização da amostra segundo habilitações académicas

Segundo a análise de resultados, relativamente ao estado civil (tabela nº 2) pode ver-se que 6 grávidas (85,71%) são casadas e, apenas, 1 grávida vive em união de facto.

**Tabela nº 2** - Caracterização da amostra segundo estado civil

	n = 7	%
<b>Estado Civil</b>		
União de facto	1	14,29
Casada	6	85,71

Como já referido, a amostra é formada por 7 grávidas primigestas, todas elas do 3º trimestre de gestação (gráfico nº 2). Desta forma, 42,86 % apresentam-se entre as 33 e as 35 semanas de gestação e, as restantes distribuem-se uniformemente (28,57%) entre as 30-32 semanas e as 36-38 semanas.



**Gráfico nº 2** - Caracterização da amostra segundo número de semanas de gestação

Todas as grávidas inquiridas realizaram Vigilância Pré-Natal (tabela nº 3), sendo que a maioria o fez em Médico Privado (71,43%) e as restantes no Centro de Saúde (42,86%).

**Tabela nº 3** - Distribuição da amostra segundo local de Vigilância Pré-Natal

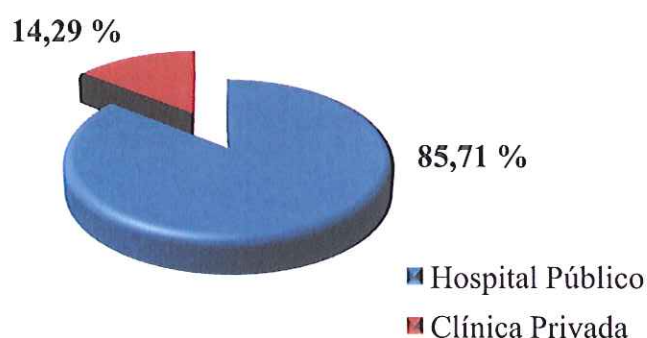
	n = 7	%
<b>Local de Vigilância Pré-Natal</b>		
Centro de Saúde	3	42,86
Médico Privado	5	71,43

Tal como na Vigilância Pré-Natal, todas as grávidas inquiridas realizam aulas de preparação para o parto (tabela nº 4), sendo que apenas 1 grávida frequentou 1-2 sessões e as restantes (85,71%) frequentaram 8 ou mais sessões das aulas de preparação para o parto.

**Tabela nº 4** - Distribuição da amostra segundo número de sessões frequentadas nas aulas de preparação para o parto

	n = 7	%
<b>Nº de Sessões frequentadas</b>		
1 - 2 sessões	1	14,29
≥ 8 sessões	6	85,71

Quando questionadas sobre o local eleito para o parto (gráfico nº 3), 85,71% das grávidas demonstra preferência pelo hospital público, sendo que apenas 14,29% refere a clínica privada.



**Gráfico nº 3** - Distribuição da amostra segundo local de eleição para o parto

Relativamente à entrevista propriamente dita, o parto ideal divide-se em subcategorias, sendo “parto de termo”, “sem dor”, “não instrumentalizado”, “bebé saudável” e “parto normal” (tabela nº 5). Dentro das expectativas do “partos de termo” apenas uma grávida referiu que gostaria de "(...) chegar ao fim das 38/40 semanas e fazer o rebentamento das águas e no tempo previsto a criança nascer" (G1).

Relativamente à subcategoria “sem dor”, 4 grávidas mencionaram que o parto ideal seria aquele onde houvesse o mínimo de dor ou mesmo nenhuma. Na categoria

seguinte, parto “não instrumentalizado”, 2 gestantes demonstram algum receio de recorrer ao parto instrumentalizado, em caso de necessidade.

Retratado pela grávida, na idealização do parto, é o nascimento do “bebé saudável”, sendo que esta subcategoria é referida por 3 grávidas. Por último, e não menos relevante, surgem preocupações relativas a “Que tudo corra bem, seja rápido (...)” (G5), “(...) seja fácil e corra bem, que não haja complicações (...)” (G6) e “(...) que seja um parto normal (...)” (G7), agrupando-se estas na subcategoria “parto normal”.

**Tabela nº 5 – Expectativas relativas à idealização do parto**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Sentido</b>
<b>Parto Ideal</b>	<b>Parto de Termo</b>	"(...) chegar ao fim das 38/40 semanas e fazer o rebentamento das águas e no tempo previsto a criança nascer." G1
	<b>Sem Dor</b>	"(...) que fosse um parto sem dor (...)” G2
		"(...) houvesse menos dor possível (...)” G3
		"É um parto sem dor (...)” G4
	<b>Não Instrumentalizado</b>	"A dor desejava que fosse a mínima possível." G5
		"(...) tenho muito medo de ter de decorrer às ventosas e aos ferrinhos." G6
<b>Bebé Saudável</b>	"(...) que não tenha de recorrer ao parto instrumental." G7	
	"(...) e o bebé fosse saudável." G3	
	"(...) que o bebé seja saudável." G5	
<b>Parto Normal</b>	"(...) que o bebé nasça com saúde (...)” G7	
	"Que tudo corra bem, seja rápido (...)” G5	
	"(...) seja fácil e corra bem, que não haja complicações (...)” G6	
		"(...) que seja um parto normal (...)” G7

No que às preocupações subjacentes ao parto diz respeito agruparam-se as respostas obtidas em 2 subcategorias distintas: “com a mãe” e “com o bebé” (tabela nº 6).

Nas preocupações “com a mãe” pode ver-se que a preocupação mais evidente é a dor, referida por 5 gestantes, evidenciando esta como a principal preocupação consigo mesma. O parto distócico (instrumentalizado e cesariana) é também preocupação, mas apenas de 2 grávidas. Outra preocupação é “(...) não fazer dilatação suficiente para o bebé nascer” registada, apenas, pela G1.

Na subcategoria “com o bebé”, a preocupação mais evidente das grávidas é o nascimento de um bebé saudável, demonstrada por 4 gestantes. Por último, nas preocupações relativas a ambos, pode ver-se que a G1 menciona “(...) não fazer a dilatação suficiente para o bebé nascer e depois no decorrer do parto não surjam imprevistos nem com a mãe nem com o bebé (...)”.

O desejo de um parto normal sem imprevistos é referido pelas grávidas, em todas as subcategorias.

**Tabela nº 6 – Principais preocupações relativamente ao Parto**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Preocupações relativas ao Parto</b>	<b>Com a Mãe</b>	"(...) não fazer a dilatação suficiente para o bebé nascer e depois no decorrer do parto não surjam imprevistos nem com a mãe nem com o bebé (...)" G1
		"Outra preocupação seria a dor mas esta já nós sabemos que não vamos estar isenta da mesma." G1
		"(...) o uso de ventosas ou ferros (...)" G2
		"A dor está implícita nas minhas preocupações." G2
		"(...) as dores são a minha principal preocupação." G3

	<p>"(...) outras preocupações que envolva cirurgia, porque à partida irei fazer cesariana." G4</p> <p>"(...) preocupação recai nas dores que eu posso sentir, espero que as dores sejam as menores possíveis." G6</p> <p>"As dores (...)" G7</p>
<p><b>Com o Bebê</b></p>	<p>"Uma outra preocupação que tenho é que quando o bebe nascer tenha o cordão umbilical em volta do pescoço." G1</p> <p>"(...) depois no decorrer do parto não surjam imprevistos nem com a mãe nem com o bebé (...)" G1</p> <p>"Tem a ver com o nascimento propriamente dito se o bebe será saudável ou não." G4</p> <p>"(...) alguma anomalia relativa ao bebe (...)" G4</p> <p>"(...) haja qualquer falha com o bebé e que ao retirar o mesmo não o façam com delicadeza." G5</p> <p>"(...) espero também que o bebé nasça saudável." G6</p> <p>"(...) saúde do bebé (...)" G7</p>

Na categoria das informações obtidas pelas gestantes primíparas, estas foram agrupadas em 3 subcategorias, sendo “Fontes de informação”, “Informação recebida” e “Relevância na decisão” (tabela nº 7).

No que concerne à primeira subcategoria é visível que as informações foram obtidas, maioritariamente, pelo Enfermeiro nas aulas de preparação para o parto. Outros meios como a internet, leituras diversas ou, mesmo, o senso comum também são referidos por alguns elementos da amostra.

Quando questionadas qual a “Informação recebida”, as gestantes mencionam, com ênfase, as informações relativas ao tipo de parto, assim como o tipo de analgesia a que podem recorrer.

Relativamente à última subcategoria, as gestantes mencionam que a informação é importante, principalmente, na tomada de decisão quanto ao tipo de parto pelo qual vão optar.

**Tabela nº 7 – Relevância das informações obtidas para o parto**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Sentido</b>
<b>Informação</b>	<b>Fontes de Informação</b>	<p>"(...) obtive foi através do meu ginecologista e do enfermeiro nas aulas de preparação para o parto e também muita pesquisa na internet, isso é muito importante." G1</p> <p>"(...) foram recebidas pelo enfermeiro nas aulas de preparação para o parto, embora muitas destas informações também são do conhecimento do senso comum." G2</p> <p>"(...) minha medica privada e do meu medico de família e agora com o enfermeiro nas aulas de preparação do parto." G3</p> <p>"(...) com a minha obstetra e enfermeiro nas aulas de preparação para o parto. E também algumas leituras e pesquisas que faço (...)" G4</p> <p>"(...) foram dadas pelo enfermeiro nas aulas de preparação para o parto e também pela minha mãe que é enfermeira." G5</p> <p>"O enfermeiro nas aulas de preparação para o parto (...)" G6</p> <p>"(...) pelo enfermeiro nas aulas de preparação para o parto (...)" G7</p>
	<b>Informação recebida</b>	<p>"(...) todas as informações são importantes para depois formarmos a nossa própria opinião e perspectiva (...)" G1</p> <p>"Tenho informação de que posso escolher o tipo de parto (...)" G2</p> <p>"As informações que eu tenho recebido são relativas às células estaminais, que sou aconselhada a guardar, explicou que poderia escolher o tipo de parto em que me aconselhou o parto normal à cesariana." G3</p>

	<p>"Tenho informação relativamente ao tipo de parto, às etapas do parto." G4</p> <p>"(...) tenho obtido relativamente ao nascimento (...) ao tipo de parto, à escolha de epidural ou não, assim como a escolha onde quero dar à luz a minha criança." G5</p> <p>"(...) informação relativa à nossa tomada de decisão no momento do nascimento (...) o tipo de parto que eu posso escolher, assim como a opção de escolha de epidural ou não." G6</p> <p>"(...) foram ao nível do tipo de parto, como o uso ou não de epidural." G7</p>
<p><b>Relevância na decisão</b></p>	<p>"(...) para depois formarmos a nossa própria opinião e perspectiva sobre o nascimento do bebe e decidir qual o tipo de parto que é mais adequado para nós." G1</p> <p>"A cesariana é um parto com menos dor, pelo menos, mas também tem os seus inconvenientes e há que ter conhecimento sobre eles e ponderar bem a situação no caso de a mãe querer escolher um ou outro. Embora haja outras situações em que seja necessário à partida ser uma cesariana porque parto normal nunca ocorreria nos parâmetros normais, neste caso é o que vai acontecer comigo porque tenho um problema no esterno no entanto estou a preparar-me para um parto normal pois nunca se sabe o que poderá acontecer." G1</p> <p>"(...) a minha opção iria para o parto normal porque quero saber o que é ser mãe. E acho que se for uma cesariana nunca irei saber o significado de ser mãe." G2</p>

Por último, no que ao desempenho dos profissionais diz respeito, as respostas foram divididas em 3 subcategorias, “respeito”, “competência” e “humanização” (tabela nº 8). Na “Competência” dos profissionais de saúde, as gestantes referem que estes devem ser eficazes, bons profissionais e competentes.

**Tabela nº 8** – Expectativas relativamente ao desempenho dos profissionais de saúde no parto segundo as grávidas

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Desempenho dos Profissionais de Saúde no TP</b>	<b>Respeito</b>	"(...) respeito." G3 "(...) sentir-me respeitada, pelos mesmos." G4 "Sentir-me respeitada (...)" G5 "(...) respeito (...)" G7
	<b>Competência</b>	"(...) Que sejam profissionais e que façam o melhor que sabem e podem para que tudo corra bem." G1 "Que sejam bons profissionais e que façam um bom parto." G2 "Eficácia (...)" G3 "Um bom trabalho (...)" G4 "(...) e que façam um trabalho competente." G5 "(...) e façam perfeitamente o seu trabalho." G6 "(...) um trabalho competente deviam ser sempre tarefas dos profissionais de saúde. G7
	<b>Humanização</b>	"(...) que eles sejam humanos (...)" G5 "(...) sejam humanos (...)" G6

## 2. Discussão de Resultados

A interpretação/discussão dos resultados “(...) é a tentativa do investigador de explicar os resultados, à luz do que é conhecimento sobre a teoria, dos resultados anteriores na área (...)” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 55).

Assim, comparando os dados obtidos com a revisão bibliográfica vai ser elaborada a discussão de resultados, respondendo assim aos objectivos e questões delineadas para a investigação.

A partir da caracterização da amostra pode ver-se que esta é constituída por 7 grávidas, com idades compreendidas entre os 24 e os 35 anos, sendo a média 28,71 anos. Das grávidas constituintes da amostra, uma vive em união de facto e as restantes são casadas. No que respeita às habilitações académicas, estas são de alguma heterogeneidade, uma vez que variam entre o 9º ano e a pós-graduação, sendo que a maior percentagem, 42,86% possuem o 12º ano.

Toda a amostra é formada por grávidas primigestas, do 3º trimestre, que realizaram vigilância pré-natal, sendo que 71,43% o fizeram em Médico Privado e 42,86% no Centro de Saúde. Da mesma forma, todas frequentaram as aulas de preparação para o parto, sendo que 6 grávidas já participaram em 8 ou mais aulas.

Ainda referente à caracterização da amostra pode ver-se que 85,71% das gestantes questionadas elegem o Hospital Público como provável local do parto.

A segunda parte da entrevista diz respeito às expectativas da grávida perante o parto, iniciando-se com uma questão relativa à idealização do parto pela grávida.

Coutinho (2004, p. 30) refere que,

“Dar à luz” é sem dúvida uma nova etapa na vida de cada mulher. A situação implica um certo estado de dependência parcial, facto que associado a cada vivência, constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes.

De acordo com Dias e Deslandes (2006, p. 2647), as gestante idealizam várias expectativas relativamente ao parto, a partir de expectativas anteriores ou “materiais informativos e da televisão, por meio de informações e conversas com outras mulheres e de seu *background* cultural.”

Para as grávidas deste estudo, o parto ideal seria um parto de termo, sem dor, não instrumental e, onde nasça um bebé saudável. Pode, assim, ver-se que as respostas obtidas vão de encontro ao pensamento de Colman e Colman (1994), mencionando que o momento do nascimento é esperado ansiosamente pelas grávidas, uma vez que estas o relacionam não só com o bebé mas, também, com o sofrimento/dor que advém deste momento, entre outros factores.

A dor no trabalho de parto, e segundo os diversos autores consultados, é tudo aquilo que é percebido, divergindo de gestante para gestante sendo influenciado por inúmeros factores. De acordo com as respostas obtidas pode ver-se que as grávidas entrevistadas consideram a analgesia como atenuador ou controlador da dor, uma vez que as gestantes referem o parto ideal como aquele, de entre outros, onde há o mínimo de dor possível.

Este pensamento vai de encontro às reflexões de inúmeros autores, ao referem que, nos dias de hoje, a dor é algo ultrapassável tornando-se menos significativa, devido ao aparecimento da analgesia (epidural). Da mesma forma Barros (2008) refere que o controlo da dor traz benefícios para o parto, uma vez que tanto a parturiente como o companheiro estão mais empenhados no nascimento do bebé.

De acordo com Colman e Colman (1994, p. 81), paralelamente à dor, a grávida está “(...) obcecada pela forma como a sua criança vai sair”. De acordo com o estudo e as respostas obtidas, todas as grávidas anseiam o nascimento de um bebé saudável.

Ainda dentro das expectativas relativas ao parto ideal, as gestantes mencionam que o parto deve ser rápido, fácil e sem complicações, permitindo concluir e em consonância com o pensamento de Dias e Deslandes (2006, p. 2652) que, para as grávidas o trabalho de parto e parto

(...) idealizado deve ser também rápido porque o medo da dor e de uma evolução mais demorada, que exija mais cuidado dos profissionais e mais desgaste para a mulher, é uma questão importante para elas.

Comparativamente à idealização do parto, quando as grávidas foram questionadas sobre as principais preocupações relativas ao momento do parto, estas mencionam novamente a dor e a saúde do bebê, com grande frequência.

No que respeita à preocupação presente nas grávidas, a dor é referida com maior frequência pelas grávidas. Das 5 gestantes que mencionam preocupação com a dor, todas vão de encontro ao pensamento de Cordebella (2006), mencionando que o momento do nascimento é esperado ansiosamente pelas grávidas, uma vez que estas o relacionam não só com o bebê mas, também, com o sofrimento/dor que advém deste momento.

Dentro das preocupações referentes à subcategoria “com o bebê”, como já referido, a saúde do bebê é a preocupação mais evidente. Assim, de acordo com o estudo de Lopes *et al.* (2005) o receio com o nascimento de um bebê saudável é uma expectativa e, como uma preocupação patente na grávida na gestação e no momento do parto. Uma preocupação presente na grávida é, também, a forma delicada como o bebê é cuidado.

As decisões relativas ao momento do nascimento devem ser tomadas de forma consciente e informada, sendo aqui importante o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, tal como refere Burroughs (1995, p. 81) dizendo que a “Orientação e ensino são partes importantes dos cuidados de enfermagem (...)”.

De acordo com estes pensamentos estão as grávidas questionadas quando referem que as informações obtidas são fornecidas pelo médico assistente mas, essencialmente, pelo Enfermeiro ao longo da gestação.

Ankrett (*cit. in* Couto, 2003, p. 66) cita que a preparação para o parto é um “(...) programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que

encoraja a participação activa no processo de parto”, onde se incluem ensinamentos que possibilitem tomadas de decisão pertinentes e consciencializadas.

Desta forma, as informações recolhidas às grávidas inquiridas permitem perceber que os esclarecimentos mais importantes são relativos aos tipos de parto existentes, as etapas do mesmo e, ainda, aos esclarecimentos relativos à analgesia pelas quais a grávida pode optar.

No que concerne à analgesia, a mais referida pelas gestantes é a epidural, que segundo Direcção Geral de Saúde – Parto (consultado em 03/10/2009) é bastante vantajosa, uma vez que provoca um bloqueio à percepção da dor, não interferindo nas actividades motoras realizadas pela grávida, incluindo os reflexos necessários para a expulsão do feto.

No que respeita às expectativas acerca do desempenho dos profissionais de saúde as mais relevantes são o respeito, a competência e a humanização.

A Saúde Materna inclui um vasto número de etapas e actividades implícitas do ciclo gravídico onde, segundo Wear (1989) a gestante pode optar entre o médico obstetra e o enfermeiro obstetra para principal prestador de cuidados, sendo que as grávidas que optam pelo enfermeiro obstetra demonstram maior participação nas decisões relativas ao parto.

As características mais importantes para as grávidas são: eficácia, respeito, profissionalismo, competência e humanismo, tal como afirma Conceição *et al.* (s.d.), dizendo que num momento importante na vida da mulher como é o parto são mais relevantes para esta os gestos, o respeito, a delicadeza, a ajuda, o interesse por parte do Enfermeiro, do que propriamente a parte instrumental realizados por este. Preto e Oliveira (2003) acrescentam que o profissional de saúde é “um porto de abrigo” para a grávida.

Parafrazeando Lowe (*cit. in* Barros, 2008, p. 9), através das rotinas estabelecidas para os profissionais desta área,

(...) as medidas de conforto, ambiente seguro, privacidade, informação, sustentação emocional, acompanhamento (...) foram relatados por mulheres, como sendo fontes de apoio e alívio da dor.

Gandara e Lopes (*cit. in* Coutinho, 2004, p. 30), acrescenta, assim, que

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados. De alguém com quem falar, de alguém que a ouça activamente, ou então simplesmente que lhe segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha.

## Conclusão

Concluindo este trabalho monográfico torna-se relevante fazer algumas reflexões. A Enfermagem é uma profissão de enorme valor e humanismo, onde o sucesso da relação Enfermeiro-Doente determina o êxito de todos os caminhos traçados.

Com a finalização deste trabalho de investigação pode constatar-se, através dos dados obtidos, que as principais expectativas das grávidas, para o momento do parto, são relativas à dor e ao nascimento de um bebé saudável, sendo desejado, também, um parto rápido, fácil e sem complicações.

Sendo a atitude da gestante de uma enorme ambiguidade devido aos diversos sentimentos subjacentes ao parto, é importante realçar o papel do Enfermeiro neste momento. O acompanhamento do Enfermeiro deve ser feito de forma holística, não olhando apenas para a parturiente a nível físico, mas sim como um todo.

Como referido, as grávidas anseiam um acompanhamento humanizado e profissional, tendo sempre presente o respeito e competência do Enfermeiro. Assim, este trabalho permite concluir, e de acordo com Conceição (*s.d.*, pp. 5-6), que

(...) a enfermagem está diretamente ligada à disciplina e profissão humanística e científica, dedicando-se não apenas ao trabalho de parto (puramente fisiológico), mas também nas atividades de cuidado humano à família e recém nato no processo de parir, com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou permitir um trabalho de parto, parto e um pós-parto saudáveis e com o mínimo de intercorrências e intervenções possíveis, de modo culturalmente significativo e benéfico (...)

A finalização deste trabalho de investigação permitiu conhecer as expectativas das grávidas relativamente ao parto, nas quais o Enfermeiro pode ter um papel preponderante e decisivo na atenuação dos seus medos e receios. A intervenção do Enfermeiro na área obstétrica é de enorme relevância, uma vez que proporciona o sucesso de muitos procedimentos.

Desta forma, pensa-se que os objectivos inicialmente proposto foram atingidos com sucesso, sendo que foram obtidas respostas para as questões da investigação.

Ao longo do desenvolvimento do estudo foram sentidas dificuldades na selecção da bibliografia, visto que a abordagem encontrada era algo genérica não existindo, em alguns casos, correlação dos assuntos. Assim, a pesquisa bibliográfica tornou-se exaustiva, e as dificuldades sentidas estão relacionadas com a falta de fundo documental adaptado à realidade portuguesa.

A realização deste trabalho tornou-se, assim, um enorme desafio, tendo consciência que a inexperiência foi uma barreira encontrada, mas que com esforço e empenho foi possível de ultrapassar.

Assim, segundo Mayeroff (*cit. in* Coutinho, 2004)

(...) cuidar o outro é ajudá-lo a crescer, e é através do crescimento do outro que eu também cresço, 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.

## Bibliografia

- Aida, D. (2000) Água – o treino mais completo. *Revista Bebê d'Hoje*, 33(7), p. 10.
- Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Barros, M. (2008). Comportamentos na dor do trabalho de parto em primíparas. *Revista Nursing*, 236(8), p. 9.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L. e Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na maternidade*. 4ª Edição. Loures, Lusociência.
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. 6º Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Canavarro, M. *et al.* (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Editora Quarteto.
- Ciampone, M. H. T. (1991). Tomada de decisão em enfermagem. *In: Kuregant, P. Administração em enfermagem*. São Paulo, EPU, pp.191-206.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures, Lusociência.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa, Edições Colibri.
- Conceição, E. *et al.* (s.d.). A preparação da gestante para o pré-parto e parto. [Em linha]. Disponível em

<[http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista\\_enfermagem/artigo012.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo012.pdf)>. [Consultado em 02/10/2009].

Concelho Internacional de Enfermeiros (2000). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão β1*. Lisboa, Gráfica 2000. p. 46.

Cordebella, N. (2006). Expectativas e Sentimentos Acerca do Bebê em Gestantes Primíparas e Secundíparas. [Em linha]. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000659548&loc=2008&l=960080d164f5aa12>>. [Consultado em 03/10/2009].

Coutinho, E. C. (2004). A experiência de ser cuidada na Sala de Partos. *Millenium – Revista do ISPV*, 30(10). [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>>. [Consultado em 05/08/2009].

Couto, G. (2003). *Preparação para o parto*. Loures, Lusociência.

Crizostomo, C. D. *et al.* (2007). A Vivência de Mulheres no Parto Domiciliar e Hospitalar. *Esc Anna Nery Enfermagem*, 11(1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. [Consultado em 06/10/2009].

Dias, M. e Deslandes, S. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n12/13.pdf>>. [Consultado em 06/10/2009].

Direção Geral da Saúde – Parto. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/parto.htm>>. [Consultado em 03/10/2009].

Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. 3º Edição. Loures, Lusociência.

Freitas, F. *et al.* (2002). *Rotinas em obstetrícia*. 4ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Gil, M. J. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3(16). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a05.pdf>>. [Consultado em 18/10/2009].

Graça, L. M. *et al.* (2000). *Medicina Materno Fetal I*. Lisboa, Lidel Editora, pp. 399-407.

Guia da Família. [Em linha]. Disponível em <<http://www.guiadafamilia.com/guiadagravida/cronica.php?id=39>>. [Consultado em 13/07/2009].

Kitzinger, S. (1984). *A experiência do Parto*. Lisboa, Instituto Piaget.

Knuppel, R. A. e Drukker, J. E. (1996). *Alto Risco em Obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2º Edição. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 243.

Lépori, L. (2007). *Gravidez. S.l.*, Magnum 33, p. 10.

Lima, A. *et al.* (1979). *Introdução à Antropologia Cultural*. Lisboa, Editorial Presença.

Lopes, R. *et al.* (2005). O Antes e o Depois: Expectativas e Experiência de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>>. [Consultado em 02/10/2009].

Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ª Edição. Loures, Lusodidacta.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. e Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Lurdes, I. e Carvalho, E. (2004). Conhecimentos e expectativas de gestantes nulíparas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto. *Revista Nursing*, 69(2), pp. 34-40.

Maldonado, M. T. P. (1994). *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro, Vozes.

Medipédia – Cesariana. [Em linha]. Disponível em <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=781>>. [Consultado 16/07/2009].

Medipédia – Parto Instrumental. [Em linha]. Disponível em <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=780>>. [Consultado em 15/07/2009].

Mendes, M. L. (1991). *Curso de obstetrícia*. Coimbra, Centro Cultural da Maternidade dos HUC.

Mendes, M. L. (1993). *Curso de obstetrícia*. Coimbra, Livraria Almedina.

Monteiro, A. (2004). A visão da mulher na antropologia: mitos da criação e crenças em relação à gravidez. *Millenium – Revista do ISPV*, 30(10). [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>>. [Consultado em 16/07/2009].

Netto, H. (2004). *Obstetrícia básica*. São Paulo, Atheneu Editora.

Newnham, J. e Hobel, C. (1994). Parto cirúrgico. *In*: Hacker, N. e Moore, J. *Fundamentos de ginecologia e obstetrícia*. 2ª Edição. Artes Médicas, Porto Alegre, pp. 216-220.

Pacheco, A. *et al.* (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1). [Em linha]. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4725/1/Antecipa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Experi%C3%Aancia%20de%20Parto%20Mudan%C3%A7as%20Desenvolvimentais%20ao%20longo%20da%20Gravidez.pdf>>. [Consultado em 07/10/2009].

Polít, D. F., Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artmed.

Preto, A. e Oliveira, O. (2003). Acompanhamento ao Bloco Operatório. Que significado? *Revista Sinais Vitais*, 51(11), pp. 49-50.

Rezende, J. (1998). *Obstetrícia*. 8ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.

Rito, A. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. 2ª Edição. Lisboa, Editora Fim do Século, p. 10.

Santos, P. (1998). Perturbações Psíquicas na Gravidez e Puerpério, *Revista Psiquiatria Clínica*, 19 (1), pp. 61-69.

Silva, W. V. (2002). *A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal*. 1ª Edição. São Paulo, Manole Editora, pp. 26-27.

Valadas, M. (2003). A monitorização da dor como quinto sinal vital. *Revista Sinais Vitais*, 51(1), pp. 19-20.

Vou Nascer. [Em linha]. Disponível em <[http://www.vounascer.com/?ref=tipos\\_de\\_parto](http://www.vounascer.com/?ref=tipos_de_parto)>. [Consultado em 13/07/2009].

Wear, A. (1989). Problemas do trabalho de parto. *Revista Nursing*, 16(5), pp. 39-44.

**Anexos**

## Anexo I - Cronograma

Romeu, P. (2009). *Expectativas da grávida sobre o parto*. FCS – UFP, Porto

Tempo Actividades	2009				
	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Pesquisa Bibliográfica	X ✓	X ✓	X ✓	X ✓	X ✓
Questões Investigação	X ✓				
Objectivos	X ✓				
Tipo de Estudo	X ✓				
Amostra	X ✓				
Instrumento de colheita de dados	X ✓				
Pré-teste		X ✓			
Colheita de Dados			X ✓		
Tratamento de Dados			X ✓		
Resultados			X ✓		
Discussão do Resultado			X ✓	X ✓	
Conclusão				X ✓	
Entrega Orientador				X ✓	
Revisão Final					X ✓
Entrega à Universidade					X ✓
Defesa da Monografia					X

Legenda:

X – Actividade Planeada

✓ - Actividade Realizada

**Anexo 2 – Instrumento de Colheita de Dados**

Pedro Miguel dos Anjos Romeu

# Entrevista

“As expectativas da grávida sobre o parto”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

**Cara grávida:**

Eu, Pedro Miguel dos Anjos Romeu, aluno a frequentar o 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa - Porto, encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado de “As expectativas da grávida sobre o parto”.

Para dar resposta aos objectivos, solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista. A entrevista é estritamente anónima e confidencial.

Em média, a duração da entrevista é de 25 minutos.

Para proceder à cooperação da entrevista deve preencher os campos relacionados com a caracterização da grávida lendo atentamente cada questão e assinalar com uma cruz (X) nos campos correspondentes à resposta desejada. Nas perguntas que irei realizar deve responder de forma sincera.

Com a sua permissão irei realizar a entrevista com o auxílio de um gravador.

Porto, Agosto de 2009

**Grato pela sua disponibilidade, apresento os melhores cumprimentos:**

---

## I – Caracterização da Amostra

### 1. Idade:

\_\_\_\_\_anos

### 2. Habilitações académicas: (Seleccione a resposta correcta)

12º ano

Licenciatura

Mestrado

Outras \_\_\_\_\_

### 3. Estado Civil: (Seleccione a resposta correcta)

Solteira

União de Facto

Casada

Divorciada

Viúva

### 4. Nº de semanas de gestação: (Seleccione a resposta correcta)

27-29 semanas

30-32 semanas

33-35 semanas

36-38 semanas

≥ 38 semanas

**5. Fez vigilância pré-natal? (Selecione a resposta correcta)**

Sim

Não

**5.1. Se respondeu sim, onde fez vigilância pré-natal? (Selecione a(s) resposta(s) correcta(s))**

Medico Privado

Centro de Saúde

Hospital

Outra: \_\_\_\_\_

**6. Fez preparação para o parto? (Selecione a resposta correcta)**

Sim

Não

**6.1. Se respondeu sim, qual o número de sessões? (Selecione a resposta correcta)**

1-2 sessões

3-4 sessões

5-6 sessões

6-7 sessões

≥ 8 sessões

**7. Onde vai realizar o parto? (Selecione a resposta correcta)**

Hospital Público

Hospital privado

Clínica Privada

Domicílio

**II – Expectativas sobre o parto**

1. Descreva o que seria para si o parto ideal?
2. Descreva quais as suas principais preocupações relativas ao parto?
3. Considera que tem recebido informações suficientes que lhe permitam tomar decisões relativas ao nascimento. Onde e de que modo tem obtido essas informações? Que informação considera mais importante?
4. O que espera dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto?

**Obrigado pela sua disponibilidade e atenção!**