



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **O PARTO DESEJADO: EXPECTATIVAS DE UM GRUPO DE GRÁVIDAS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Maria João Jacinto Guerra

Novembro 2010





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **O PARTO DESEJADO: EXPECTATIVAS DE UM GRUPO DE GRÁVIDAS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Maria João Jacinto Guerra

Sob orientação de: Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Sob coorientação de: Mestre Alexandrina Cardoso

Novembro 2010



*“Tudo é pequeno e transitório neste mundo, exceto a humanidade,  
a cadeia ininterrupta, por onde as sucessivas gerações vão transmitindo,  
acrescentando, o tesouro da comum civilização.”*

**José Latino Coelho**



## RESUMO

O parto representa um evento marcante na transição para a maternidade com repercussões a nível da ligação afetiva entre a mãe e o recém-nascido. Sabemos que as expectativas criadas ao longo da gravidez e à volta do parto são fatores de influência positiva ou negativa para a experiência do mesmo. Importa por isso conhecer quais são estas expectativas, para assim orientar as intervenções durante o parto, visando proporcionar uma experiência mais positiva para as mulheres. Foi realizado um estudo qualitativo, do tipo descritivo, com o objetivo de conhecer as expectativas das grávidas em relação ao parto e perceber qual o seu conceito de parto natural. A amostra foi constituída por nove grávidas no segundo e terceiro trimestre de gravidez, a realizar a sua vigilância de gravidez no Centro de Saúde de Paços de Ferreira. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, após o preenchimento de um formulário para caracterização demográfica. Os discursos recolhidos foram analisados com recurso ao programa NVivo8 e utilizando uma metodologia de acordo com a Grounded Theory recorrendo à categorização aberta.

Desta análise surgiu uma categoria principal - as expectativas do parto - com as subcategorias: expectativas face ao local do parto, quanto ao tipo de parto, face ao controlo da dor de trabalho de parto, face ao papel do acompanhante e face aos profissionais. A análise dos dados recolhidos mostra que as expectativas em relação ao parto são de que “tudo corra bem”, o desejo de um parto rápido e sem dor, ou pelo menos com uma dor tolerável, e que a criança nasça sem problemas e saudável. O papel a desempenhar pelo acompanhante será de apoio através da sua presença junto da parturiente. Dos profissionais é espectável um atendimento competente, em que a atenção e valorização das necessidades das parturientes, o acompanhamento individualizado e a disponibilização da informação sobre a evolução do trabalho de parto são considerados essenciais, sendo também valorizada a possibilidade de uma participação nas decisões tomadas durante o processo. A conclusão do estudo realizado salienta que as grávidas que participaram no estudo consideram que as decisões a tomar durante o parto pertencem aos profissionais, e não assumindo como suas essas mesmas decisões.





## **ABSTRACT**

Birth represents a landmark event in the transition to motherhood with an impact on the emotional bond between mother and newborn. The expectations raised during pregnancy around the delivery can be a positive or negative influence on the quality and satisfaction with the experience of birth. The knowledge of these expectations will guide the professional's interventions during labor aiming a more positive experience.

The present study was realized with the aim to know what expectations had pregnant women about their childbirth and realize what their concept of natural childbirth was. It is a qualitative descriptive study. The sample is consisted on nine pregnant women who were in the second and third trimester of pregnancy and were monitoring their pregnancy in the Health Center of Paços de Ferreira. Semi-structured Interviews were conducted after completing a demographic form. The collected speeches were analyzed using the program NVivo 8 and it was used the Grounded Theory methodology using the open categorization. From the analysis emerged a major category - the expectations of childbirth – and the subcategories: expectations regarding the place of delivery, the type of delivery, the control of pain in labor, the role of caregiver and the role of professionals.

The analysis show that the expectations for delivery are that "everything goes well", and the desire of a quick and painless childbirth, or at least with a manageable pain, and that the child will be healthy and without any problems. The presence of the supporting person is considered important. The role of the professionals expected is of a competent service, where the attention and appreciation of the needs of pregnant women, an individualized guidance and the provision of information on the progress of labor are considered essential. Women also valued the opportunity to be involved in the decisions made during the labor and expect to have a good outcome and experience of birth. However the conclusions results that women delegate in the professionals the decisions to be made during delivery considering them the ones in the knowledge to do it.



## Agradecimentos

A todos os que partilharam comigo este percurso de desenvolvimento do curso de Mestrado quero expressar o meu profundo e reconhecido agradecimento, sabendo que sem esse acompanhamento não seria possível a sua concretização.

À Professora Doutora Margarida Vieira pelo seu modelo de profissionalismo e sabedoria, que permitiu a construção deste percurso de aprendizagem.

À Professora Alexandrina Cardoso pela sua colaboração na orientação neste trabalho, paciência e perseverança em todos os momentos deste trajeto da minha aprendizagem, a quem fico eternamente grata pela disponibilidade e apoio, pela confiança e sabedoria que me permitiu chegar ao termo do trabalho, motivando-me constantemente para a temática em estudo.

À minha amiga Felismina Silva pelo incentivo e que possibilitou a minha disponibilidade para a realização deste trabalho.

À minha família, especialmente aos meus pais, pelo carinho, pelo estímulo e pela compreensão demonstrada, sobretudo nas minhas ausências.

Um especial agradecimento às grávidas que aceitaram participar neste estudo, pois sem elas não seria possível a sua realização e concretização.

Ao meu colega e amigo João Amado pela sua preciosa ajuda na formatação e revisão de todo trabalho escrito.

A todos que contribuíram para a realização desse estudo de forma direta ou indireta.

A todos o meu sincero e reconhecido agradecimento.



## ÍNDICE

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	17
2.1	DO CONCEITO DE EXPECTATIVAS.....	17
2.2	DO PARTO DESEJADO AO PARTO REAL .....	19
2.3	AS EXPECTATIVAS DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO PARTO .....	21
2.4	JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO .....	25
<b>3</b>	<b>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	29
3.1	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	29
3.2	O ESTUDO.....	30
3.2.1	Seleção das participantes .....	31
3.2.2	Técnica de recolha de dados: entrevista.....	32
3.2.3	Análise dos dados: análise de conteúdo.....	33
3.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	37
4.1	EXPECTATIVAS RELATIVAS AO PARTO.....	39
4.1.1	O local desejado para o parto .....	45
4.1.2	O tipo de parto desejado .....	47
4.1.3	O controlo da dor de trabalho de parto .....	48
4.1.4	O papel do acompanhante .....	52
4.1.5	Os profissionais .....	53
4.2	PARTO NATURAL versus PARTO NORMAL.....	58
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b> .....	61
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63
	<b>ANEXOS</b> .....	75
	- <b>ANEXO I</b> - Questionário sobre dados demográficos das participantes	
	- <b>ANEXO II</b> - Pedido de autorização	
	- <b>ANEXO III</b> - Registo do consentimento na participação do estudo	

## Índice de Tabelas

---

Tabela 1 - Caracterização da amostra em relação à idade, profissão, freguesia e idade gestacional.....	31
--	----

**Erro! Marcador não definido.**

## Índice de Figuras

---

Figura 1- - Sistematização das expectativas de acordo com as subcategorias .....	38
Figura 2 - O parto na perspetiva das mulheres nulíparas vs primíparas .....	44
Figura 3 - A dor de trabalho de parto: características e expectativas .....	52
Figura 4 - O papel dos profissionais no parto na perspetiva das mulheres .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

---

A chegada de um filho implica mudanças e adaptações na rotina familiar, implicando a construção de uma nova identidade associada ao desempenho de um novo papel e à aquisição de novas competências e habilidades (Meleis, 2010). A antecipação do momento do nascimento cria expectativas, rodeadas de incertezas, de emoções, de receios e de preocupações muitas vezes relacionadas com as experiências de cada mulher e as experiências das pessoas que lhe são próximas (Alves et al., 2007).

Ao longo da gravidez a mulher vai construindo expectativas em relação ao momento do nascimento, ao desempenho do seu papel como mãe, vivenciando emoções muitas vezes contraditórias. A vivência do parto constitui um evento central na transição para a maternidade e no desenvolvimento da identidade materna (Meleis et al., 2000).

As mulheres preparam-se para o desempenho do papel maternal recorrendo a diversas estratégias, nomeadamente a observação, a imitação e o treinar das tarefas maternas tomando como referência modelos de outras mães, de modo a interiorizar os comportamentos necessários ao desempenho do papel maternal e que serão conducentes à ligação afetiva com o filho (Mercer, 2004).

As expectativas das mulheres, em relação ao parto e ao desempenho do papel materno, são fatores que podem ser facilitadores ou inibidores do processo e na transição para o papel maternal (Shumacher e Meleis, 1994). A construção das expectativas tem influência na própria experiência de parto e no percurso da transição para a maternidade, pois as imagens que se vão construindo, sejam elas positivas ou negativas, interferem com a qualidade da experiência vivida, marcando assim a passagem do ser mulher para o ser mãe (Figueiredo et al., 2002; O'Neal, 2001; Coleman et al., 1999).

As expectativas em relação ao parto, que a grávida vai construindo, têm implicações nas dimensões do seu bem-estar e na satisfação com a experiência do mesmo (Cadah, 2000). Os seus medos, a preparação que realiza, o local escolhido, a forma como antecipa a dor de trabalho de parto e as pessoas que estarão junto de si, constituem aspetos presentes na construção das expectativas em relação ao parto.

A maioria das mulheres descreve, nos seus relatos sobre a experiência do parto, um mesmo conjunto de acontecimentos em relação ao parto (Figueiredo et al., 2002). Existem aspetos que são referidos como fazendo parte integrante da experiência de parto, nomeadamente a preocupação com a dor do trabalho de parto (Lozoff et al., 1988). O medo relativamente à dor é a resposta mais presente quando a mulher antecipa a experiência do parto (Figueiredo et al., 2002). A antecipação do parto apresenta-se assim, como uma

situação particularmente ansiogénica que atinge o seu máximo com o findar do período de gravidez (Astbury, 1980).

A institucionalização do parto, que teve um rápido crescimento, inicialmente mais visível nos Estados Unidos e depois na Europa, consistiu na centralização do controle do processo do mesmo através da intervenção médica (Odent, 2003). Este fenómeno contribuiu significativamente para o afastamento da família do processo de nascimento. As estruturas físicas e as rotinas hospitalares instituídas procuraram atender mais as necessidades dos profissionais envolvidos do que as das parturientes e suas famílias. O aumento do recurso a tecnologia no atendimento do parto contribuiu para a melhoria dos resultados perinatais, numa uniformização a nível da utilização dos recursos nos partos de alto risco e baixo risco (APEO, 2009). A Organização Mundial de Saúde (1999) perante esta realidade, recomendou uma mudança no modelo de prestação de cuidados durante o parto promovendo a sua “naturalização” ao propor alterações nos comportamentos padronizados e sobre os quais não se verificou comprovação efetiva de evidência científica. Nesta recomendação a Organização Mundial de Saúde (1999) adverte que é necessário rever estes comportamentos e práticas padronizadas com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada às mulheres. A proposta apresentada deu força a movimentos que visavam o parto natural desencadeando um processo de mudanças por todo o mundo, com o objetivo de, mantendo o parto seguro, torná-lo o mais natural possível.

Considera-se parto natural ou normal, não se fazendo uma distinção conceptual entre estas duas designações, aquele em que o trabalho de parto inicia-se de forma espontânea, que evolui sem recurso à utilização de fármacos ou procedimentos médicos, e que culmina na expulsão do feto por via vaginal, onde o acompanhamento realizado visa a otimização do processo fisiológico da parturição (WHO, 1999; WHO, 2005).

Em Portugal, mais recentemente, tem surgido também esta vontade de alterar algumas das práticas institucionalizadas e tornar as recomendações da Organização Mundial de Saúde, uma realidade no nosso país. A possibilidade da mulher deambular durante o trabalho de parto, a possibilidade de ingerir bebidas açucaradas e a possibilidade de esta levar um plano de parto quando é admitida numa Unidade Hospitalar, fazem parte das alterações já existentes nalgumas Instituições, nomeadamente na Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e no Hospital de São João, no Distrito do Porto.

O aumento da utilização de tecnologia no acompanhamento do trabalho de parto e do parto contribuiu para melhorar os resultados perinatais a nível da mortalidade e morbilidade materno-infantil, mas teve como consequência uma prática, na assistência ao parto, mais intervencionista e uniformizada, retirando à mulher a possibilidade de ser a protagonista do seu parto contribuindo muito para a sua insatisfação e medo com esta experiência (APEO, 2009).

O efeito das expectativas das mulheres em relação ao tipo de parto desejado e em relação aos diferentes aspetos, está relacionado tanto com o nível de satisfação com a experiência do parto como com a perceção das mulheres da sua eficácia para lidar com as



situações futuras, nomeadamente a sua capacidade para cuidar do filho, o que poderá influenciar o estabelecimento mesmo de laços afetivos com o filho (Ayers e Pickering, 2005). Os estudos realizados por Bandura (1997 citado por Ayers e Pickering, 2005) e MacLeod (1999 citado por Ayers e Pickering, 2005), sugerem que as expectativas que não se concretizam podem desencadear estados depressivos.

O conhecimento das expectativas das grávidas em relação ao parto, não sendo conhecidas em Portugal, ajudará certamente os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica a prepararem as grávidas e seus significativos, por um lado, para a utilização de técnicas para o controlo da dor e diminuição da tensão e da ansiedade, e, por outro, para aumentar a sua perceção de controlo e de satisfação com a experiência do parto (Ayers e Pickering, 2005). De facto, as expectativas estão relacionadas com a qualidade da experiência do parto, verificando-se que a sua não concretização encontra-se associada a uma experiência menos satisfatória, condicionando o bem-estar no pós-parto constituindo-se assim um fator dificultador na transição para a maternidade (Meleis, 2010).

Com a realização deste estudo pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados realizados às mulheres durante o trabalho de parto e parto visando a vivência de uma experiência mais positiva e satisfatória do mesmo. A necessidade de apresentação e divulgação dos resultados obtidos levou à elaboração do presente relatório que está estruturado em três partes. Na primeira parte, apresenta-se o enquadramento conceptual, na segunda parte, apresenta-se o enquadramento metodológico onde são especificadas as opções metodológicas, incluindo as considerações éticas consideradas ao longo da realização deste estudo e na terceira parte apresenta-se os resultados e a sua discussão. Por último apresentam-se as conclusões e as sugestões, que, não podendo ser definitivas nem generalizáveis, contribuem para uma melhor compreensão do objeto de estudo perspetivando as necessidades em cuidados de enfermagem de qualidade.



## 2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

---

Para uma melhor compreensão do objeto estudo pretende-se fazer um enquadramento conceptual que procura clarificar a importância das expectativas na experiência de parto e apresentar o conceito de expectativa. Apresenta-se ainda uma revisão da literatura sobre as expectativas das mulheres em relação ao parto.

### 2.1 DO CONCEITO DE EXPECTATIVAS

A satisfação com a experiência do parto encontrasse condicionada a partir das expectativas criadas em relação ao que é esperado para o parto. Verificasse que expectativas irrealistas, em relação a determinado acontecimento, pelo facto de serem de difícil concretização, condicionarão uma experiência que será desta forma, pouco satisfatória, do ponto de vista do indivíduo. No entanto ter baixas expectativas em relação ao esperado é um fator potenciador de uma maior satisfação com a experiência em causa, pois mais facilmente serão concretizadas (Johansson et al., 2002; Cadah, 2000).

As expectativas são crenças ou ideias sobre o futuro estado das coisas ou hipóteses acerca do futuro, (Harwood, 2004). São como que percepções criadas sobre o que poderá vir a acontecer em relação a eventos que terão lugar no futuro. Todos construímos expectativas em relação a quase todos os aspetos da vida e estas influenciam a forma de pensar, sentir e mesmo o próprio comportamento.

Do Latim *expectare* que significa esperar, estar à espera de..., *expectar associado a -tório* dá origem então à palavra expectativa sendo esta definida como uma esperança fundada em promessas ou probabilidades (Costa e Melo, 1998). Este conceito, que Erikson (1995 citado por Johansson et al., 2002) apresenta encontra-se intimamente associado ao conceito de satisfação, que é definida como uma avaliação subjetiva do paciente da sua reação emocional e cognitiva. A satisfação é assim o resultado da interação entre, tendo em conta as suas expectativas, o cuidado de enfermagem ideal e as suas percepções do cuidado de enfermagem realizado. A insatisfação surge quando as expectativas não são atingidas ou cumpridas (Johansson et al., 2002).

As expectativas, construções imaginárias criadas sobre o que poderá vir a acontecer em relação a um evento que terá o seu lugar num tempo futuro, são influenciadas por fatores como a idade, o género e a educação, assim como pelas experiências anteriores associadas ao evento em questão. Avaliar as expectativas de uma pessoa é algo complexo devido à subjetividade associada ao facto destas estarem imbuídas de crenças, valores, as experiências anteriores e o nível de formação (Cadah, 2000). As expectativas podem, no entanto, ser utilizadas e consideradas como uma maneira de avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Calman (1984) considera mesmo que a qualidade de vida mede a diferença existente, num determinado período de tempo, entre as esperanças/expectativas individuais e as experiências presentes. Uma “boa” qualidade de vida será assim expressa em termos de satisfação, contentamento, felicidade e pela capacidade de lidar com a realidade. Portanto quanto mais próximas forem as expectativas das experiências vividas maior será a satisfação e mais positiva a percepção das mesmas.

O termo expectativa surge sempre em relação a uma projeção futura, reportando-se a experiências passadas, pela experiência direta, mas também pelos relatos ou histórias contadas de experiências de outras pessoas (Vaz-Serra et al., 1986).

Hersey (1986 citado por Simões, 2008), refere que as expectativas são influenciadas pela percepção ou interpretação da realidade e por isso podemos dizer que estas são percepções do comportamento que consideramos adequado para o desempenho de determinado papel. Pieron (1987 citado por Simões, 2008), considera que as expectativas envolvem uma atitude de espera imbuídas de um certo grau de esperança. A adoção dos valores dos padrões de comportamento instituídos, assumem a sua influência na construção das expectativas (Simões, 2008). Assim, em função do quadro de referências individuais e coletivas as mulheres criam as suas expectativas em relação ao parto.

Donabedian (1996 citado por Cadah, 2000) e Greeneich (1992 citado por Cadah, 2000), referem os aspetos que devem ser considerados em relação às expectativas, destacando o facto de os pacientes valorizarem mais a competência humana do cuidado em detrimento da competência técnica, sendo eles os melhores avaliadores da qualidade dos cuidados nas suas vertentes percetivas e sensíveis, valorizando assim aspetos como a simpatia, a paciência, o respeito e a atenção prestada pelos cuidadores (Cadah, 2000).

## 2.2 DO PARTO *DESEJADO* AO PARTO *REAL*

O parto representa não um simples evento biológico mas um evento relevante na transição para a maternidade. De facto, apesar da fisiologia do parto ser semelhante para todas as mulheres, em todos os contextos e ao longo dos tempos, este evento encontra-se imbuído do contexto cultural e social, que condiciona a forma de olhar para este momento e a forma como os enfermeiros e os médicos realizam no acompanhamento das mulheres durante o parto (Lozoff, 1988 citado por Figueiredo et al., 2002). A visão do parto enquanto fenómeno natural ou médico varia de cultura para cultura, variando nomeadamente, a valorização dada à dor no processo de parturição (Figueiredo et al., 2002). Historicamente o acompanhamento do parto era da inteira responsabilidade das parteiras, que eram reconhecidas, na comunidade e na sociedade, pela sua experiência e não pelo seu conhecimento científico (Moura et al., 2007). A partir do século XX o parto passou a realizar-se em contexto hospitalar, permitindo a sua medicalização e afastamento da esfera familiar e privada para passar a ser realizado em instituições de saúde (Moura et al., 2007). Este facto favoreceu a perda da privacidade e da autonomia da mulher durante o parto, ficando esta, sujeita às normas e práticas intervencionistas praticadas em contexto hospitalar (Moura et al., 2007). O período moderno na obstetrícia, trouxe a utilização de todo um conjunto de instrumentos de intervenção no processo do parto, entre eles os fórceps, a ventosa, a utilização da ocitocina na condução do parto, a rutura artificial das membranas, em que se valoriza os aspetos patológicos do parto, transformando-o num processo em que tudo é controlado pelo médico obstetra (Oliveira et al., 2002). Neste modelo intervencionista de assistência ao parto, a mulher deixa de ter a possibilidade de decidir sobre o seu próprio processo de parto, afastando-a do seu ambiente familiar, colocando-a num ambiente desconhecido com pessoas desconhecidas, tornando a experiência do nascimento num evento assustador (Oliveira et al. 2002).

Com a primeira publicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985;1986), surge um novo paradigma que propõe que o “*objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural*” (OMS, 1996:4). O conceito de humanização surge como uma necessidade de alteração no acompanhamento no parto, que segundo a World Health Organization (WHO) (1996), é uma forma de promoção do parto e nascimento saudável e da prevenção da mortalidade materna e perinatal. Nesta perspetiva, o parto humanizado preconiza o respeito pelas necessidades da mulher durante o trabalho de parto e no parto, no

atendimento dos seus desejos e expectativas (Almeida et al., 2005). As intervenções realizadas no acompanhamento no parto devem ser conducentes a um nascimento saudável, no respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica própria do organismo materno no processo de parturição. O acompanhamento da mulher em trabalho de parto e no parto permite assim assegurar uma maternidade segura, através do desenvolvimento de uma prática competente, proporcionando uma experiência onde as expectativas valorizadas (Gotardo e Silva, 2007).

A institucionalização do parto foi, ao longo dos últimos tempos, a forma de acompanhamento das mulheres no trabalho de parto e parto, havendo o recurso a uma série de práticas baseadas em normas implementadas que determinaram todo o processo de nascimento (Brüggemann et al., 2005). Não podemos negar os benefícios que a tecnologia e o conhecimento científico trouxeram para a qualidade na assistência a nível obstétrico, nomeadamente em relação à taxa de mortalidade infantil em Portugal, que segundo Remoaldo (2005), é uma das mais baixas a nível mundial, quer em relação à taxa de mortalidade infantil quer em relação à taxa de mortalidade materna. No entanto a utilização excessiva e generalizada de procedimentos no acompanhamento do parto, de acordo com o modelo intervencionista, trouxe consequências a nível da satisfação com a experiência vivenciada pelas mulheres (Castro e Clapis, 2005). Neste modelo de acompanhamento o processo de nascimento pode ser mesmo traumatizante tanto para a mulher como para a criança que nasce (Castro e Clapis; 2005). Segundo Figueiredo (2002), a experiência do parto é considerada, pelas mulheres, uma vivência difícil interferindo, por esta razão, na adaptação emocional da mulher no pós-parto e na relação estabelecida com o recém-nascido.

A Organização Mundial de Saúde apresenta um conjunto de recomendações contidas em vários documentos, propondo modificações a nível do acompanhamento do parto. As propostas apresentadas nos documentos “*Care in Normal Birth: A practical Guide*” (WHO, 1996) e *Safe Motherhood* (WHO, 1998), trouxeram importantes contributos para o debate, apresentando uma crítica ao excesso de medicalização do parto, apontando para um modelo de assistência onde prevaleça a utilização adequada das tecnologias no trabalho de parto e parto e com base nas evidências científicas. (Tornquist, 2003).

A satisfação da mulher com a experiência de parto está associada principalmente com o facto de esta sentir-se cuidada com respeito e empatia por parte de todos os profissionais (Simkin, 2006). Um parto mais prolongado, mais difícil e complicado, a percepção do desempenho da mulher durante o parto, a vivência de uma intensidade de dor maior do que a esperada e o facto da mulher não se sentir acompanhada durante o trabalho de parto e parto são fatores apontados como razões para a percepção de uma experiência de parto negativa (Simkin, 2006; Peterson, 2008; Soet et al., 2003). O parto é percebido como traumático quando a mulher considera que ela ou o seu filho estão em perigo iminente de sofrer um grave dano físico (Simkin, 2006). A vivência do parto como uma experiência traumática pode ser geradora, eventualmente, de sintomas depressivos ou mesmo de stress pós-traumático, que condicionará eventualmente a mulher de assumir a sua maternidade (Soet et al., 2003).

A *humanização* da assistência ao parto expressa uma mudança no paradigma da compreensão do parto. A humanização na perspectiva de uma prática baseada na evidência aparece em oposição à prática orientada com base em opiniões e tradições (Diniz, 2005). Este movimento procura implementar alterações no acompanhamento das mulheres durante o parto, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ao parto visando a vivência de experiências mais positivas para as mulheres (Diniz, 2005). A organização Mundial de Saúde apresenta o parto humanizado como aquele em que as expectativas e a individualidade da mulher são respeitadas, incentivando o parto vaginal, a presença do acompanhante durante todo o processo, o alojamento conjunto, o recurso a técnicas não-farmacológicas de alívio da dor, como a deambulação e a massagem (WHO, 1996).

## 2.3 AS EXPECTATIVAS DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO PARTO

As expectativas das mulheres em relação ao parto são complexas podendo ser simultaneamente positivas e negativas. As dimensões identificadas são independentes umas das outras e estão relacionadas com a experiência do parto (Ayers e Pickering, 2005). O parto geralmente não ocorre de acordo com as expectativas prévias da grávida – em cerca de metade dos casos corre melhor e os níveis mais elevados de dor durante o parto verificam-se nas grávidas com expectativas irrealistas a respeito do mesmo (Costa et al., 2003).

Durante a gravidez a mulher refere frequentemente os seus sentimentos em relação ao parto, preparando-se para as mudanças e para as novas responsabilidades inerentes ao desempenho do papel maternal, sendo normalmente ambivalentes e coexistindo simultaneamente a ansiedade e o medo em relação ao momento do parto (Kasai et al., 2008).

O conhecimento das expectativas das grávidas em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto têm sido objeto de estudo, havendo diferentes estudos realizados em diferentes populações que procuram nomeadamente identificar o tipo de parto esperado (Oliveira, 2002; Kasai et al., 2008), e conhecer o modo como, durante a gravidez, a grávida antecipa algumas dimensões relevantes da experiência do parto (Pacheco, 2005; Oweis, 2004; Maggioni, 2006). As expectativas influenciam a avaliação da satisfação com a experiência do parto, verificando-se expectativas elevadas em relação ao suporte, quer em relação aos companheiros quer em relação às parteiras, durante o trabalho de parto e parto, e baixas expectativas quanto à sua capacidade/habilidade de controlo da dor (Ipet et al., 2003; Hauck et al., 2007).

As expectativas das mulheres focalizam-se em dois elementos principais: a expectativa de um fácil acesso e uma admissão rápida no hospital/maternidade; a expectativa de um

acompanhamento realizado por uma equipa competente que seja atenta e cuidadosa para com a parturiente e a sua criança, (Dias, 2006).

Tedesco et al. (2004) realizaram um estudo no Brasil, do tipo qualitativo por meio da análise do sujeito coletivo, que incluiu primigestas e verificaram que a via de parto escolhida por 90% das inquiridas era o parto vaginal normal. Os resultados mostram que existe um grande contraste entre a preferência das mulheres inquiridas e os valores elevados de cesarianas efetuadas no Brasil. Poderemos questionar se as práticas existentes derivam de indicações verdadeiramente obstétricas, e se os profissionais e as instituições deverão respeitar e considerar a opção da mulher em relação à via de parto pretendida, partindo do conhecimento de que a experiência do parto pode ser um facilitador ou inibidor do processo de transição do papel maternal.

A insatisfação com o parto referida pelas mulheres e as suas críticas em relação à atuação dos profissionais, são aspetos que surgem nos discursos em mulheres que tiveram partos vaginais, valorizando o conforto físico e a privacidade (Domingues, 2004). O suporte psicológico durante o trabalho de parto e a prestação dos cuidados por um menor número de profissionais sensíveis às suas necessidades e responsivos às perguntas formuladas são aspetos também referidos como desejáveis (Domingues, 2004; Simkin, 2006; Goodman et al., 2004). Estudos referidos por Jomeen (2007) mostram que 80% das mulheres no Reino Unido, estavam satisfeitas com os cuidados recebidos aquando do parto do seu filho mas que teriam preferido poder escolher o tipo de cuidados e a forma de o terem.

A informação disponibilizada, tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto e parto é considerado como fator da maior importância para a satisfação com a experiência do parto, contribuindo na perceção de controlo sobre a situação e por isso uma influência positiva na perceção desta experiência (Domingues, 2004; Green et al., 2003).

Os estudos confirmam que as mulheres expressam sentimentos de ansiedade e medo face à experiência do parto (Costa et al., 2004; Costa et al., 2005). Torna-se, portanto, importante desenvolver estratégias eficazes para ajudar as mulheres a enfrentarem e ultrapassarem esses medos (Fenwick, 2005; Beaton e Gupton, 1990). A experiência do trabalho de parto e parto são eventos complexos e subjetivos e as mulheres percecionam a sua performance como um indicador das suas capacidades maternas (Lavender et al., 1999). Apesar de vários estudos identificarem as variáveis que influenciam as respostas no parto, poucos relacionam a experiência do parto com os comportamentos maternos posteriores (Mercer, 1985).

Durante a gravidez as mulheres referem duas formas de lidar com o evento parto. O acompanhamento por parte dos seus companheiros e a gestão da dor são identificados como os aspetos mais importantes, considerando que a presença do acompanhante constituirá o seu principal suporte (Gibbins e Thomson, 2001). Em relação ao parto, as mulheres expressam sentimentos de ansiedade mas também de confiança, salientando a importância da presença de um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica que as acompanhe durante a



gravidez e durante o parto (Gibbins e Thomson, 2001; Goodman et al., 2004; Ayers e Pickering, 2005).

Assim, a par com as expectativas em relação ao parto, as mulheres desenvolvem ideias de como irão lidar com este evento. Num estudo realizado por Gibbins e Thomson (2001), foram identificados como fatores importantes de sucesso na capacidade de lidar com a experiência do parto, o ser capaz de lidar com a dor associada ao trabalho de parto e parto e o apoio contínuo por parte dos seus acompanhantes e por parte dos enfermeiros ou médicos que as acompanham no parto. A expectativa de um parto de curta duração, e de uma dor de trabalho de parto tolerável, com ou sem recurso a analgesia, surge com os aspetos chave da experiência, sugerindo mesmo a ideia que o parto ideal será um parto rápido e sem dor (Gibbins e Thomson, 2001; Maggioni et al., 2006).

A preocupação, referida por parte das grávidas, em relação à dor do parto e o ter um bebé saudável é apresentada num estudo realizado por Beaton e Gupton (1990). O medo do desconhecido e o de não saber o que esperar estão presentes nos discursos, antecipando o desejo de que a experiência termine o mais depressa possível. Estes autores identificaram como expectativas, o próprio comportamento durante o trabalho de parto e parto, a presença do companheiro, de quem esperavam o apoio para as ajudar a ultrapassar as dificuldades que previam (Beaton e Gupton, 1990). O acompanhamento por parte dos profissionais, médicos ou enfermeiros especialistas, a intensidade da dor e o desconforto associado à experiência e as características do ambiente onde iria acontecer o parto foram também referidos como aspetos considerados nas expectativas das mulheres (Beaton e Gupton, 1990; Costa et al., 2004; Costa et al., 2005). A preocupação com a dor do parto esteve presente nos discursos das mulheres entrevistadas, onde salientam o medo do desconhecido por não saberem o que esperar do parto.

No Brasil, numa amostra de quarenta e oito grávidas, com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos, três responderam, quando questionadas sobre o que pensavam em relação ao parto, que não tinham ainda pensado sobre a sua preferência relativamente ao tipo de parto, no entanto referiram de uma maneira geral preocupações, ansiedade e medo em relação ao parto (Kasai et al., 2008; Oliveira et al. 2002). A perspetiva de uma recuperação pós-parto mais rápida, o medo de uma intervenção cirúrgica, a perspetiva de possíveis complicações e as experiências positivas anteriores de partos não cirúrgicos, são apresentadas como razões para a opção por um parto vaginal (Hotimsky et al., 2002). Em relação à opção do tipo de parto desejado, não existe propriamente um resultado consensual em todos os estudos havendo uma percentagem elevada de mulheres que preferem o parto vaginal notando-se uma associação desta expectativa com o avanço da idade (Tedesco et al., 2004; Gamble e Creedy, 2001; MaCLean et al., 2000).

Durante a gravidez a mulher desenvolve esperanças, expectativas e medos, influenciadas pela sua própria experiência de vida, pela experiência de parto da mãe e amigas e pela influência dos próprios media (Maggione et al., 2006). As expectativas sobre um

determinado evento condicionam as percepções e as reações durante e após o mesmo. As diferenças entre as expectativas e a experiência vivida podem mesmo afetar os sentimentos da mulher, conduzindo a sentimentos de culpa, depressão e mesmo de trauma em relação à experiência vivida (Maggione et al., 2006; Simkin, 2006; MacLean et al., 2000).

A expectativa de ser mãe, a vivência de um filho a crescer dentro si, filho que ainda não conhece mas que já faz parte da sua vida, gera um conjunto de ideias no seu imaginário, em que convivem, ao mesmo tempo, a ansiedade, a alegria, o medo e mesmo a insegurança, sobre o seu desempenho do papel maternal (Canaval et al., 2007; Alves et al., 2007)

Tornar-se mãe é um processo de intensa transformação na vida da mulher em que é necessário haver uma reorganização das rotinas da própria família para receber o novo elemento. A notícia da chegada de um filho transporta um conjunto de fantasias e realidades dadas às mudanças e alterações no dia-a-dia da vida familiar, procurando soluções possíveis para a adequação e satisfação das necessidades da criança (Alves et al., 2007).

Segundo a Teoria das Transições, o processo de ter um filho, e todas as mudanças inerentes que implica este “tornar-se mãe”, são influenciadas por um conjunto de fatores internos e externos que têm repercussões quer na transição quer na forma como se processa o assumir da maternidade, e que vão determinar se esta vai desenvolver-se de uma forma saudável ou não (Shumacher e Meleis, 1994).

A transição para o papel maternal tem no parto um momento crítico e marcante, implicando o estabelecer de uma nova identidade pessoal, que Mercer (2004) descreve como um processo progressivo iniciado durante a gravidez.

No modelo apresentado por Chick e Meleis (1986, citado por Canaval et al., 2007) são identificadas as condições influenciadoras dos processos de transição que incluem os significados que os intervenientes atribuem aos eventos causadores da transição, as expectativas que são criadas em relação ao desenvolvimento do processo de transição, nomeadamente no caso de transições de desenvolvimento, onde são assumidas novas tarefas e novos papéis. Os níveis de conhecimento e de destreza necessários para o desempenho desses novos papéis e tarefas, o ambiente, o nível de planificação sobre os acontecimentos desencadeantes da transição e o bem-estar físico e emocional fazem também parte do conjunto de condições que influenciam o processo de transição (Meleis, 2010).

As expectativas construídas durante o processo de transição para a maternidade constituem condições facilitadoras ou inibidoras da mesma. Identificar as expectativas que estão presentes contribui para a compreensão da sua influência positiva ou negativa, na adaptação psicológica a uma nova identidade e no assumir de novos papéis (Harwood, 2004; Meleis, 2010). Quando os indivíduos têm conhecimentos e experiência em relação ao que está para acontecer a ansiedade diminui, mas quando o que vai acontecer é totalmente desconhecido, a pessoa constrói uma panóplia de possibilidades e ideias sobre como tudo vai acontecer e de que modo vai conseguir ultrapassar as dificuldades que poderão ocorrer, numa antevisão do desempenho do novo papel (Canaval et al., 2007). Estas ideias acerca do futuro,

podem ser realistas ou não em virtude do que pode ser possível vir a concretizar-se, podendo influenciar, por si só, a vivência da transição (Canavalet al., 2007).

As variáveis maternas identificadas por Mercer e Walker (2006), como influenciadoras da transição para a maternidade, do desempenho do papel maternal e do apego maternal, incluem a idade, a relação com o pai da criança, o status socioeconómico, a experiência de parto, o apoio exterior disponível, entre outras. A satisfação com a experiência do parto será portanto uma variável importante a ter em conta no processo de transição, ou seja na aquisição das competências para o desempenho do papel maternal e na relação estabelecida com o filho (Gardern e Deatrick, 2006).

## 2.4 JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADE DO ESTUDO

O nascimento de uma criança é um momento marcante na vida de uma família, mas principalmente na vida de uma mulher, sendo uma experiência profundamente influenciada pela cultura e pela sociedade/ comunidade em que se encontra inserida (Simkin, 1996).

Kitzinger (2007) refere, no seu livro "*Birth Crisis*", que o parto foi desde sempre considerado uma experiência marcante no percurso de vida da mulher. A autora acrescenta ainda que o parto pode ser considerado um evento traumático, não necessariamente devido à presença de dor mas sim associado ao facto de as mulheres serem tratadas como "*máquinas*" que estão em "*risco constante de partir*" ou seja que a mulher durante o trabalho de parto está em constante "*risco de algo correr mal*". Esta visão do parto implica um acompanhamento das mulheres durante o parto, em ambiente hospitalar controlado, pelos profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, com recurso a um conjunto de intervenções. A necessidade de controlar todo o processo de trabalho de parto e parto implica a utilização de todo um conjunto de procedimentos estandardizados utilizados para, nesta perspetiva, tornar parto seguro (Kitzinger, 2007).

Durante a gravidez a mulher prepara-se para o momento do parto criando expectativas sobre tudo o que envolve este momento antecipando emoções e vivências. As expectativas criadas podem afetar a forma como a mulher vivencia a experiência do parto e o período pós-parto (Gibbins e Thomson, 2001). A satisfação com a experiência do parto é influenciada pelas expectativas construídas durante a gravidez que por sua vez condicionam o desempenho do papel maternal (Fenwick et al., 2005). O conhecimento das expectativas em relação ao parto permitirá encontrar estratégias de intervenção com o objetivo de ajudar as mulheres a lidar com a dor do trabalho de parto e com o medo em relação ao parto (Fenwick et al., 2005). Peterson (1993) refere que a experiência do parto influencia a autoestima da mulher, tendo um impacto

importante na sua disponibilidade emocional em relação ao recém-nascido, logo após o nascimento. Sendo assim, durante a gravidez, as mulheres deverão ser ajudadas a preparar-se para o trabalho de parto e para o parto, a criar expectativas realizáveis. Por seu turno, Remer (2008) identifica quatro fatores que mais contribuem para o grau de satisfação em relação à experiência de parto: o acompanhamento efetivo pelos cuidadores, o estabelecimento de uma relação de qualidade com estes, o ser envolvida na tomada de decisão em relação ao cuidado e ter uma experiência de parto melhor do que a esperada.

O exercício da profissão de enfermagem procura a excelência do cuidado através de uma relação terapêutica entre o profissional e a pessoa cuidada (OE, 2001). Os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica precisam de conhecer quais os receios que as mulheres têm em relação à experiência de parto e qual a sua influência para poderem ajudar as mulheres a prepararem-se para esta experiência de uma perspetiva positiva a partir das suas expectativas sobre o parto (Fenwick et al., 2005). O conhecimento das expectativas permitirá perceber as necessidades de formação e informação das mulheres em relação ao parto com o objetivo de aumentar as possibilidades de uma experiência positiva do mesmo. Pela pesquisa efetuada, percebemos que não existe, em Portugal, um conhecimento aprofundado sobre as expectativas das mulheres e o que elas pensam e sentem sobre o parto. Este conhecimento poderá contribuir para fundamentar e reforçar a necessidade de implementar as mudanças necessárias no modelo de atendimento durante o trabalho de parto com o objetivo de aumentar as possibilidades de proporcionar uma experiência positiva durante o parto com a perspetiva de promover uma transição para o desempenho do papel maternal mais saudável (WHO, 1996, Meleis, 2010).

A partir do conhecimento das expectativas das mulheres em relação ao parto poderemos direcionar o acompanhamento das mulheres e a sua preparação com o objetivo de otimizar e valorizar a sua satisfação com a experiência de parto, numa procura constante pelo cumprimento das expectativas que as mulheres apresentam, com o objetivo de obter experiências mais positivas, contribuindo assim para um melhor autoconceito e conseqüentemente uma maior confiança no desempenho do papel maternal (Vaz-Serraet al., 1986). Este conhecimento permitirá aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica ajudar e preparar as mulheres para uma experiência positiva do parto contribuindo para uma transição saudável.

Um processo de transição saudável envolve a utilização de diferentes recursos para conseguir a mestria no desempenho das tarefas decorrentes do novo papel, dependendo da aquisição das habilidades e dos comportamentos necessários. A enfermagem tem um papel facilitador neste processo de aprendizagem das habilidades e na aquisição dos comportamentos necessários para o desempenho de mestria do novo papel proporcionando um suporte interativo com as mulheres que deve iniciar-se na gravidez, manter durante o parto e no pós-parto, contribuindo para a aquisição das competências necessárias para a consecução do papel maternal (Mercer e Walker, 2006). A mulher adquire a competência no

desempenho do papel e integra os comportamentos maternos no seu quadro de referências atingindo um estado de bem-estar em conformidade com a sua identidade como mãe. Este processo é influenciado pelas experiências anteriores, pelas expectativas e pela própria preparação recebida para o assumir do papel de mãe, sendo portanto necessário o conhecimento destes diferentes fatores para delinear corretamente as intervenções de enfermagem com o objetivo de concretização de uma transição saudável (Copeland e Harbaugh, 2004).

Muitos dos procedimentos realizados durante o parto, em contexto hospitalar, têm como objetivo controlar a evolução do parto. Cahill (2001) analisa a apropriação e a medicalização do parto, por parte dos médicos, como um processo que serve os interesses da medicina aumentando a focalização nos indicadores de doença em detrimento da experiência individual de saúde/doença. As recomendações da WHO (1985) em relação ao parto afirma que toda a mulher tem direito a uma preparação pré-natal adequada e a ter um papel central em todos os aspetos relacionados com o parto, incluindo a participação na planificação, execução e avaliação de todo o acompanhamento no trabalho de parto e parto. O nascimento é definido como um processo normal e natural sendo necessária uma mudança nas atitudes face ao parto do ponto de vista dos profissionais, enfermeiros e médicos que assistem as mulheres durante o parto (WHO, 1985).

O parto pode ser uma experiência negativa e até mesmo traumática. Durante a gravidez a mulher desenvolve esperanças e medos em relação ao momento do parto que pode afetar o seu bem-estar no pós-parto e a sua perceção sobre a experiência do parto (Maggioni et al., 2006). Hodnett (2002 citado por Waldenström et al., 2004) apresenta quatro fatores relacionados com a satisfação em relação à experiência do parto: as expectativas pessoais, o suporte recebido pelos cuidadores, a qualidade relacional entre o cuidador e o paciente e o envolvimento nas decisões. As expectativas não cumpridas nomeadamente em relação à manutenção do controlo durante o trabalho, têm sido associadas a uma perceção negativa da experiência de parto (Maggioni et al., 2006) onde este sentido de controlo está relacionado com o envolvimento da parturiente nas decisões, na informação disponibilizada sobre as intervenções e procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto. Green et al. (1990) afirmam que as expectativas não cumpridas podem mesmo ser a causa de uma depressão pós-parto concluindo que este facto interfere com o estado psicológico da mulher após o parto.

Alguns autores têm apontado, como metodologia para promover uma experiência positiva do parto, a existência do acompanhamento presencial constante por parte dos profissionais que assistem a mulher durante o trabalho de parto e a resposta efetiva às necessidades destas, considerando que as expectativas pessoais constituem um dos fatores que mais contribuem para a construção da perceção, positiva ou negativa, e da avaliação da experiência do parto (Waldenström et al., 2004; Soet et al., 2003; MaCLean et al., 2000).

O conhecimento das expectativas em relação ao parto é importante para a identificação das necessidades na preparação para o parto, permitindo perceber em que medida é que podem interferir na experiência do parto (Gibbins e Thomson, 2001). As experiências negativas de parto, onde se verifica que as expectativas não foram cumpridas, desencadeiam sentimentos de culpa, raiva, depressão e sintomas próprios de desordem psicológica associados ao stress pós traumático (Kao et al., 2004; MaCLean et al., 2000; Soet et al., 2003).

Nesta perspetiva, trabalhar as expectativas na preparação para o parto, aumentando o conhecimento das mulheres em relação às possibilidades disponíveis nomeadamente em relação ao tipo de parto, ao acompanhamento possível por parte de pessoas significativas, os diversos recursos disponíveis para o alívio da dor, permitirá à mulher ter uma participação mais ativa nas decisões em relação ao parto, aumentando a satisfação com o mesmo.

Nesta perspetiva pretende-se:

- contribuir para um acompanhamento mais personalizado das parturientes, por parte dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, revelando a sua importância sentida como critério de qualidade da experiência vivenciada pelas mulheres,

- contribuir para um maior conhecimento sobre as intervenções que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica para a promoção de uma transição saudável para a maternidade, através da identificação e conhecimento das expectativas relacionadas com o parto, ampliar o conhecimento sobre este tema, segundo as indicações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) capacita as mulheres para uma decisão livre e responsável em relação à sua experiência de parto,

- contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica durante o acompanhamento das mulheres no trabalho de parto e parto.

### 3 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

---

Ao longo do enquadramento metodológico procede-se a uma contextualização da temática do estudo, indicando as decisões metodológicas efetuadas, nomeadamente a justificação do estudo, as questões de investigação, o desenho e a seleção dos participantes do estudo, a técnica de recolha de dados e os procedimentos que guiaram a sua aplicação, por último, o método de análise dos dados.

Dada a natureza da realidade que se pretendia estudar, a metodologia qualitativa surge como paradigma orientador da abordagem do objeto de estudo. Assim pretendia-se compreender e explicitar as realidades sociais através do conhecimento do constructo subjetivamente vivido (Guerra, 2008) – as expectativas das mulheres face ao seu parto. Numa abordagem qualitativa considera-se que os sujeitos interpretam as situações e agem em conformidade com os significados que lhes atribuem. Assim, conhecer os significados atribuídos e as interpretações individuais permitem compreender os comportamentos dos sujeitos (Guerra, 2008). Esta ideia está em conformidade com o que defende Turato (2005:509) que diz: “*No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, [...] não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.*”. Assim, pode dizer-se que conhecer as expectativas das mulheres em relação ao parto contribui para a compreensão do significado da experiência do parto a nível individual e coletivo.

#### 3.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No contexto atual verifica-se, através das alterações de comportamento dos profissionais e das mudanças implementadas nas Instituições, uma tendência em implementar medidas sugeridas pela WHO (1996) em relação ao acompanhamento no parto, medidas como: a possibilidade de as parturientes beberem chá açucarado durante o trabalho de parto, como já acontece na Maternidade Alfredo da Costa, a permissão para deambular durante o trabalho de parto, constituem atividades que já têm vindo a ser implementadas em várias Instituições Hospitalares do nosso país.

Após revisão da literatura constatou-se que existem poucos estudos que se tenham centrado nas expectativas das mulheres grávidas em relação ao seu parto. Tomando por

referência a finalidade do estudo pretende-se responder às seguintes questões de investigação:

- Qual o conceito que as grávidas têm de um parto natural/normal?
- Quais as expectativas das grávidas em relação ao trabalho de parto do ponto de vista do que imaginam como desejável?
- Como se sentem as grávidas em relação à participação nas decisões sobre o seu parto?
- Como imaginam o seu próprio parto?
- Quais as condicionantes, na sua perspetiva, para a concretização do parto ideal?

As questões de investigação apresentadas pretendem identificar as expectativas das mulheres em relação à vivência do parto.

### 3.2 O ESTUDO

Dada a natureza do objeto de estudo e procurando dar resposta às questões de investigação, a escolha metodológica caiu sobre uma abordagem qualitativa – Turato (2005:509) a propósito da metodologia qualitativa diz-nos que “*No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, [...] não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.*”. Efetivamente, procurava-se conhecer as expectativas das grávidas em relação ao momento do parto..

Assim, partiu-se para um estudo qualitativo de natureza exploratória descritiva.

A pesquisa descritiva tem por objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o fenómeno que se pretende compreender, pretendendo descrever identificando as características do mesmo (Gil, 2002). A pesquisa qualitativa pode ser considerada uma metodologia de campo, percebendo-se que os estudos de vertente social pretendem compreender fenómenos associados a grupos (Gil, 2002). O delineamento da pesquisa permite a caracterização dos estudos de acordo com a opção de como é concretizada a colheita e análise de dados. Neste contexto, este estudo enquadra-se dentro dos estudos descritivos exploratórios, pois pretende-se descrever a importância, as dimensões e as variações que as expectativas sobre o seu próprio parto têm na vida da grávida, procurando descrever a forma como antecipa o seu parto nos seus diferentes aspetos.



### 3.2.1 Seleção das participantes

A seleção dos participantes é uma etapa importante do processo de pesquisa. Nos estudos qualitativos o processo de seleção tem por base a necessidade de obter a informação necessária para a compreensão do fenómeno em estudo (Polit et al., 2004).

A seleção das participantes teve por base os critérios de amostragem não probabilística de conveniência, também designada de acidental, que resulta da facilidade de acesso, por parte do investigador, dos potenciais participantes no estudo e por essa razão, disponíveis para a apresentação de convite para participar no estudo (Polit et al., 2004). A opção por uma amostra de conveniência, é aceitável em estudos exploratórios, na medida em que não tem como finalidade a generalização dos resultados ou qualquer tipo de consideração estatística ou representativa (Fortin, 2004).

O critério de seleção das participantes incidiu sobre as grávidas acompanhadas no Centro de Saúde de Paços de Ferreira e que aceitaram participar no estudo, tendo a instituição autorizado a abordagem das mesmas pela investigadora (Anexo I).

Foram inicialmente convidadas vinte grávidas, através de contacto presencial ou contacto telefónico, tendo aceitado ser entrevistadas nove grávidas sem uma ordem em relação ao momento em que foi efetuado o convite, e que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: grávidas no segundo ou terceiro trimestre de gravidez (nesta fase da gravidez já não existe um risco tão elevado de abortamento espontâneo) e sem diagnóstico de patologia da gravidez, podendo ser primigestas ou não.

Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização do grupo de grávidas entrevistadas, construída atendendo às variáveis idade, escolaridade, estado civil, freguesia de residência, profissão, idade gestacional à data da entrevista, referência a intercorrências na gravidez atual, paridade, número de filhos vivos nas situações aplicáveis, tipo de parto anterior nas situações aplicáveis e as complicações eventuais associadas ao parto anterior elaborado a partir do questionário utilizado no início de cada entrevista, para a caracterização das participantes (Anexo II).

**Tabela 1** - Caracterização das participantes em relação à idade, profissão, freguesia e idade gestacional

Participantes	Idade	Profissão	Freguesia	Idade gestacional
Entrevista 1	26	Costureira	Freamunde	36 s + 4 dias
Entrevista 2	30	Enfermeira	Seroa	32 s + 3 dias
Entrevista 3	22	Estofadora	Ferreira	30 s + 4 dias
Entrevista 4	32	Escriturária	Raimonda	28 s + 2 dias
Entrevista 5	24	Desempregada	Penamaior	19 s + 4 dias
Entrevista 6	26	Empregada têxtil	Ferreira	37 s + 1 dia
Entrevista 7	35	Empregada escritório	Paços Ferreira	30 s + 4 dias
Entrevista 8	28	Podologista	Sousela	31 semanas

As idades das participantes encontram-se entre os 24 e os 35 anos. Todas as participantes residem na cidade de Paços de Ferreira, em diferentes freguesias sendo a freguesia de Paços de Ferreira a única com características mais urbanas, pois pertence à cidade sede do Concelho. Todas eram casadas, com exceção de uma. Relativamente à escolaridade tinham nove anos de escolaridade, o que corresponde à escolaridade obrigatória, duas tinham doze e as outras duas eram licenciadas.

Em relação à idade gestacional à data da entrevista, as participantes encontram-se no segundo e terceiro trimestre da gravidez variando entre as 19 semanas e as 37 semanas. Para cinco das participantes era o primeiro filho, logo ainda não tinham qualquer experiência de parto, e para as quatro restantes era a segunda gestação havendo, conseqüentemente, um parto anterior, sendo cesariana apenas para uma das participantes. Somente uma grávida referiu complicação no parto anterior: uma fratura do cóccix.

Em relação às intercorrências na gestação atual, três referiram episódios de contractilidade uterina, uma referiu a ocorrência de infeções urinárias, uma teve uma hemorragia no 1º trimestre da gravidez e uma referiu uma situação de descolamento inicial da placenta.

Assumindo o número de participantes e o carácter do tipo de amostragem, pode-se considerar alguns constrangimentos, no entanto espera-se, com esta amostra subscrever a argumentação de Streubert e Carpenter (2002:66) quando referem que *“a lógica e o poder da amostra (...) está na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade, facilitando a colheita de dados e a obtenção do máximo de informação sobre o assunto de interesse da investigação”*.

### **3.2.2 Técnica de recolha de dados: entrevista**

A recolha de dados surge após a definição do fenómeno a estudar, e a clarificação dos objetivos e das características do estudo. Assim, para responder às questões de investigação decidiu-se pela entrevista como técnica de recolha de dados.

A entrevista semiestruturada, também designada por entrevista aberta ou não dirigida, é uma técnica utilizada em pesquisas descritivas e exploratórias para obter dados diretamente dos participantes, criando-se condições para um discurso mais livre em que as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas de resposta (Boni e Quaresma, 2005). A *não-directividade* na entrevista é conseguida através da utilização de perguntas abertas procurando ressaltar os aspetos específicos que determinam e especificam o significado do fenómeno para o participante no estudo nas suas próprias palavras (Flick, 2005).

Este tipo de entrevista permite uma maior abertura e proximidade entre o entrevistador e o entrevistado sendo, por essa razão, facilitadora na abordagem de aspetos afetivos e valorativos para o entrevistado, conseguindo assim contribuir para um maior conhecimento dos significados atribuídos pelos entrevistados aos fenómenos que se pretende compreender (Boni e Quaresma, 2005).

As entrevistas, embora utilizando questões orientadoras de forma a responder aos objetivos, decorreram respeitando a interação pessoal, a flexibilidade e liberdade dos entrevistados. Para guiar a entrevista, elaborou-se então um guião:

- O que é para si um parto natural? Como descreve?
- Como imagina para si o seu parto?
- Como se sente em relação aos procedimentos que se fazem durante o trabalho de parto e parto? (por ex. ter soro, ter de estar deitada, a episiotomia...)
- Onde gostaria de ter o parto? Já pensou no local onde ter o(a) seu filho(a)?

Foram realizadas nove entrevistas, após contacto prévio para marcação do local para realização das mesmas, decorrendo, quase na sua totalidade, nas residências das entrevistadas com exceção de duas que preferiram deslocar-se ao Centro de Saúde para a sua realização. As entrevistas foram gravadas com consentimento expresso das entrevistadas (Anexo II).

A realização de entrevistas implica a organização e estruturação do material narrativo para posterior análise do seu conteúdo de forma a extrair os significados à luz da análise qualitativa (Polit et al., 2004:358).

### **3.2.3 *Análise dos dados: análise de conteúdo***

A análise de conteúdo toma por objeto de estudo os discursos individuais e atuais, trabalhando sobre estes discursos proferidos pelos emissores participantes na pesquisa (Bardin, 2008). A análise de conteúdo procura conhecer e perceber o que está por trás das palavras que constituem os discursos numa procura dos significados individuais atribuídos ao fenómeno em estudo.

A análise dos dados é o método de análise de conteúdo *que* consiste num conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise dos dados, utilizando o método indutivo no sentido de conduzir à interpretação e categorização dos dados (Strauss e Corbin, 2008).

Após a realização da entrevista, procedeu-se à transcrição das gravações. De seguida foram realizadas várias leituras dos discursos procurando encontrar no texto palavras ou expressões que apontassem para as expectativas em relação ao parto.

Após a organização e estruturação do material narrativo teve lugar a análise do seu conteúdo utilizando como recurso informático para a organização o Nvivo 8 que permitiu a organização sistemática e de fácil visualização facilitando a análise comparativa dos discursos e, por essa via, contribui para maior rigor na análise processual (Bazeley, 2007).

A análise dos discursos obtidos implica uma interpretação dos textos que de acordo com Strauss (1987 citado por Flick, 2005) tem dois objetivos principais: por um lado, é revelar e contextualizar as afirmações presentes no texto e, por outro procura reduzir o material de texto resumindo-o e categorizando-o (Flick, 2005). Utilizaram-se então duas estratégias na análise do texto, uma a codificação que procura categorizar as afirmações analisadas e a análise sequencial que tem por objetivo reconstituir a estrutura do texto (Flick, 2005).

A codificação aberta procura analisar os fenómenos e os dados sob a forma de conceitos (Flick, 2005). Consiste em decompor, analisar, comparar e assim categorizar os dados. Strauss e Corbin (2008) indicam que a análise por comparação de incidente por incidente ou de objeto por objeto, na procura de similaridades e diferenças nas suas propriedades permite identificar as categorias e desenvolvê-las. O primeiro passo ao iniciar a codificação aberta será, após decompor em unidades de análise, utilizando a questionação e a comparação constante (Strauss e Corbin, 2008), implicando diferentes níveis de profundidade na análise do texto, segmentar e compreender o texto em pormenor (Flick, 2005). O resultado do processo de codificação aberta é uma lista de categorias, complementadas com anotações que procuram explicar e definir o conteúdo colocado nas categorias consideradas (Flick, 2005).

A codificação axial decorre numa fase posterior à codificação aberta consistindo num conjunto de procedimentos através dos quais os dados já conceptualizados e categorizados são reorganizados com base nas ligações entre as categorias (Strauss e Corbin, 2008).

Ao iniciar o procedimento de análise procurou-se codificar as categorias emergentes iniciais, analisando todos excertos de discurso que contassem elementos relacionados com as expectativas, tendo em consideração o conceito, e as ideias construídas em relação ao parto desejado. À medida que a análise foi decorrendo foram identificadas outras categorias que indicavam condições identificadas anteriormente, nomeadamente o local do parto, o tipo de parto, a presença e papel do acompanhante durante o parto, o acompanhamento dos profissionais, médicos e/ou enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, o controlo da dor durante o trabalho de parto.

### 3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A enfermagem é uma profissão que lida constantemente com situações que implicam uma complexidade de aspetos éticos e morais. Atualmente, o conceito de ética nos cuidados de saúde está intimamente ligado ao conceito de autonomia da pessoa, procurando garantir o respeito das pessoas autónomas. Esta autonomia refere-se à capacidade de decisão da pessoa, de forma consciente e responsável, sobre o que considera ser adequado para si. O princípio da autonomia determina o direito à privacidade que, para ser garantida, requer o respeito pela confidencialidade de toda a informação gerada (Queirós, 2001). Para que o consentimento seja realizado em autonomia, é necessário garantir que a pessoa é livre de escolher, garantir que tem realmente a opção de decidir por um caminho ou por outro (Neves e Pacheco, 2004). O respeito pela autonomia é a base dos direitos fundamentais do Homem e por isso da investigação envolvendo seres humanos (Neves e Pacheco, 2004).

A investigação envolvendo seres humanos, sendo uma atividade de grande responsabilidade ética, deve ter em conta que é uma atividade realizada pelo Homem, sobre o Homem e para o Homem (Santos, 2004). A promoção da autonomia implica a livre decisão que pressupõe a correta compreensão da informação fornecida (Queirós, 2001). Neste contexto o consentimento informado é uma autorização livre e autónoma dada pelo próprio para a realização da pesquisa.

Durante todo o processo de investigação deve ficar salvaguardada a confidencialidade dos dados e a privacidade dos participantes da pesquisa (Martins, 2007).

Assim, foi entregue às participantes do estudo um documento que continha a descrição e natureza do estudo, os objetivos e finalidade, onde se pedia o consentimento para a realização de uma entrevista gravada, garantindo-se a confidencialidade em relação à identificação de cada participante, salvaguardando que, em qualquer momento da entrevista, a participante poderia desistir sem qualquer prejuízo próprio (Anexo III). No mesmo documento estava pedida a autorização para a utilização dos dados para divulgação do estudo após apresentação das transcrições às participantes. Foi dada a indicação às participantes que as gravações das entrevistas seriam destruídas após a conclusão do trabalho.

Tendo em conta o respeito e o direito de decidir livremente a sua participação no estudo, foi assinado um documento de consentimento pelo entrevistador e entrevistado (Anexo III) e entregue a parte com a descrição do estudo e com o contacto da investigadora para qualquer necessidade de algum esclarecimento por parte da participante, ficando em posse de cada uma este documento assinado pela investigadora.

O princípio da beneficência, inclui o da não-maleficência, ou pelo menos a obrigação de, pela sua intervenção, o enfermeiro promover o bem e, segundo alguns autores (Queirós, 2001), de acordo com a utilidade da ação. Assim, torna-se legítimo realizar ações das quais possam resultar um efeito bom e outro negativo. A realização das entrevistas teve um efeito positivo ao contribuir eventualmente para uma maior consciencialização e preparação das participantes para o momento do parto. No entanto surgiu, numa das participantes, a consciencialização de um momento que poderia ser doloroso e do qual não tinha pensado como possível. Considera-se que esta consciencialização terá contribuído para uma preparação para o parto.

A abordagem efetuada com o objetivo de propor a participação no estudo aconteceu em contexto de Centro de Saúde pelo que se considerou importante apresentar um requerimento a pedir autorização ao Diretor do Centro de Saúde de Paços de Ferreira em funções, para contactar as grávidas a realizar a vigilância de saúde (Anexo II).

A apresentação dos resultados é uma obrigação a concretizar por parte do investigador pelo que foi indicada verbalmente a disponibilização da publicação dos resultados do estudo às participantes. A divulgação dos resultados é uma obrigação de todo aquele que faz trabalho de investigação, pelo que é um objetivo em relação a este trabalho a sua divulgação.

## 4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

A experiência do parto é um marco importante no processo de transição para a maternidade (Meleis, 2010). Larkin et al. (2007) no seu estudo sobre as experiências das mulheres sobre o trabalho de parto e parto consideram que esta experiência é invariavelmente descrita pelas mulheres como um momento crítico constituindo como que um rito de passagem, uma intensa e poderosa experiência que antecede o início do exercício do papel maternal, percebido por uma das participantes deste estudo que dizia: “(...) *depois do bebê nascer modifica tudo, tudo muda, não é?*” (E2), indicando o momento do parto como um ponto a partir do qual tudo fica diferente na vida da mulher.

Durante a gravidez a mulher antecipa o momento do parto construindo as suas projeções sobre como irá acontecer este momento. A antecipação de um momento que é considerado pelas mulheres como difícil, pode determinar a forma como estas irão conseguir lidar com as condições impostas (Beaton e Gupton, 1990). As expectativas, em relação ao parto desejado identificadas, dizem-nos que as mulheres têm como expectativa principal que tudo corra bem, dizendo com esta expressão que o importante é que no âmbito geral, em relação a tudo que envolve o trabalho de parto e parto, aconteça tudo dentro do que é considerado normal, sem complicações para si próprias ou para o seu filho. O desejo de um parto rápido, de curta duração, encontra-se associado também à noção de inevitabilidade da presença de dor no trabalho de parto e parto e por essa razão a expectativa da duração deste torna-se fundamental.

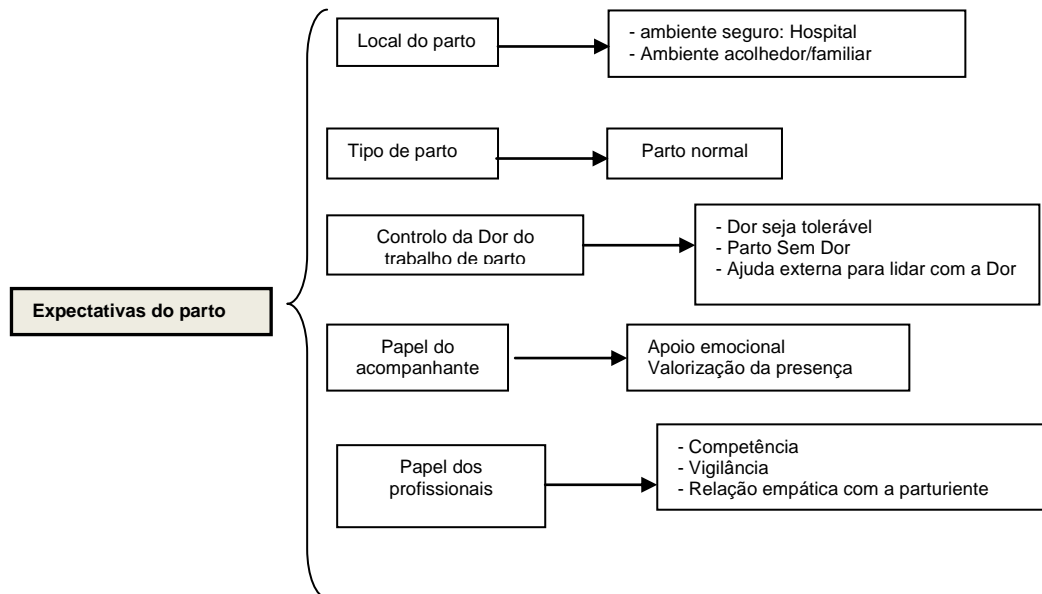
A partir da categoria *expectativas do parto*, onde se incluem os aspetos mais gerais sobre as expectativas em relação à experiência do parto, foram identificadas subcategorias. A subcategoria *local do parto* representa o local desejado para que ocorra o parto, surgindo o Hospital como local de eleição. Esta opção encontra-se associada a uma perceção e necessidade de segurança por parte das mulheres que referem como um aspeto importante no ambiente, o ser acolhedor e familiar. O *tipo de parto desejado* constitui outra subcategoria identificada sendo o parto normal o tipo de parto preferencial.

O *controlo da dor durante o trabalho de parto* surge como um aspeto muito presente nos discursos, salientando-se a importância dadas pelas mulheres em relação à inevitabilidade da sua presença, surgindo, a dor, associada à noção de sofrimento.

A presença do acompanhante surge naturalmente presente nos discursos como inquestionável, pela importância do apoio junto da mulher. O papel dos profissionais constitui outra subcategoria pela importância referida pelas mulheres que salientam a competência, o

acompanhamento através da vigilância, a atenção e a relação estabelecida como aspetos por elas considerados importantes.

Na Figura 1 apresenta-se esquematicamente a categorização realizada procurando sistematizar os resultados da análise efetuada, surgindo relacionadas com a categoria principal, as subcategorias e suas principais características.



**Figura 1** – Sistematização das expectativas de acordo com as subcategorias

A partir da análise dos discursos das participantes e tendo presentes as questões de investigação, foram consideradas as categorias: conceito de parto normal versus conceito de parto natural, a partir da análise das afirmações das participantes sobre o seu conceito de parto normal e natural. Foram colocadas numa mesma categoria por verificar-se que se encontram intrinsecamente misturados nos discursos, não se encontrando clarificadas as particularidades em relação a um ou a outro. Esta categoria resulta a partir da contextualização apresentada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) no atendimento ao parto normal, considerando-se importante perceber o que é um parto normal e/ou natural na perspetiva das mulheres e de que forma se encontram associadas as expectativas em relação a este conceito.



## 4.1 EXPECTATIVAS RELATIVAS AO PARTO

As expectativas são referidas com expressões gerais positivas em que as mulheres verbalizam o desejo de que tudo corra bem, que a criança nasça sem problemas, que seja um parto sem dores ou sem sofrimento e de curta duração. Uma das participantes referindo-se a este momento dizia: *“Para mim o importante é mesmo que as coisas corram bem, evoluam e que não surjam complicações (...).”* (E2) que seja: *“Um parto sem dores.”* (E2). Outra grávida referiu: *“Que corra tudo bem comigo com o meu filho, (...) Rápido ...Chegar lá e nascer (...).”* (E6), salientando a importância de ser um evento que ocorra de forma rápida e sem complicações.

O desejo de um parto rápido ou de curta duração é verbalizado principalmente pelas mulheres que já tiveram uma experiência de parto (Maggioni et al., 2006). O parto ideal é referido como um evento “rápido e sem dores ou pelo menos com um nível de dor tolerável (Maggioni et al., 2006, Remer, 2008)). Estas referências são concordantes com as expectativas referidas pelas participantes e identificadas na análise efetuada.

A expectativa de que “corra tudo bem”, quer em relação a si própria, quer em relação ao seu filho surge como critério para uma experiência positiva do parto onde outros aspetos menos agradáveis acabam por ser desconsiderados perante estes: *“Nunca pensei muito nisso...sinceramente nunca pensei nisso...para mim o importante é mesmo que as coisas corram bem, evoluam e que não surjam complicações... e que corra tudo bem.”* (E2).

A perspetiva de um evento onde o sofrimento próprio poderá estar presente e a possibilidade do filho sofrer durante este processo de nascimento, em que existe a noção da existência de perigo constante (Simkin, 2006; Beaton e Gupton, 1990) é referido como uma preocupação dizendo uma das participantes: *“(...) eu não queria era sofrer muito (...).”* (E5). Sendo a dor uma sensação física e o sofrimento uma experiência emocional, diz-nos Remer (2008), que ao conseguirmos diminuir o sofrimento experienciado, aumentaremos o grau de satisfação, não estando esta, no entanto, diretamente relacionada com a presença da dor física provocada pelas contrações. Esta associação da dor a uma experiência de sofrimento aparece portanto associada nos discursos proferidos. A dor experienciada durante o trabalho de parto varia de acordo com a experiência pessoal, a cultura e outros fatores envolventes, não parecendo, no entanto, haver qualquer relação entre as expectativas em relação à dor de trabalho de parto e a experiência em si (Capogna et al., 1996).

O ser bem recebida e no local onde decorrerá o parto, a necessidade de ser acolhida e de ter apoio por parte das parteiras ou enfermeiras parteiras, que acompanham as mulheres

durante o trabalho de parto, é apresentada e referida nos estudos, salientando a importância que estes aspetos têm na satisfação com a experiência do parto (Lavender et al., 1999; Gibbins e Thomson, 2001; Armellini e Luz, 2003). Nesta perspetiva uma das participantes referiu-se a estes aspetos, dizendo: *“Na hora que estiver o nascimento para acontecer, ir para o hospital, ser bem recebida, bem tratada, principalmente bem tratada (...)”* (E9).

A expectativa de que a criança que vai nascer seja perfeita e saudável é apresentada como um aspeto importante (Beaton e Gupton, 1990), apresentado por uma participante que dizia: *“Que o meu filho fosse perfeitinho e com saúde (...)”* (E9), em detrimento de outros aspetos que acabam por ser considerados de menor importância em relação ao nascimento de uma criança saudável e sem malformações: *“Quer tivesse dor quer não tivesse...o que eu queria era (...) que o meu filho seja perfeitinho e com saúde.”* (E9).

A expectativa de um parto rápido ou seja de curta duração, é outro dos aspetos apresentados como desejável referindo-se a necessidade de ser um momento que não se alongue no tempo. Esta expectativa surge nos estudos como uma característica importante do parto e por isso desejável (Gibbins e Thomson, 2001; Tedesco et al., 2004; Maggioniet al., 2006; Lopes et al., 2005) referindo-se a este aspeto uma das participantes dizendo: *“Que fosse fácil, e (...) que durasse pouco tempo...”* (E8).

As expectativas em relação ao parto e a forma como este é considerado, determina a própria experiência de parto. Figueiredo et al. (2002), num artigo de revisão da literatura, identificam os fatores suscetíveis de influenciar a experiência de parto: a presença de uma pessoa significativa durante o parto, o tipo de parto, e a dor presente no parto. Gibbins e Thomson (2001), realizaram um estudo com o objetivo de descrever e compreender as expectativas durante a gravidez e as experiências de parto em primíparas, e identificaram duas principais expectativas em relação ao parto: um parto rápido e em que a dor fosse tolerável, surgindo a mesma descrição nas afirmações das participantes sem experiência anterior de parto.

O desejo de que “tudo acontecesse como leu nos livros” apresenta-se como uma ideia chave nas expectativas positivas referidas: *“Era ter isso tudo como a gente lê nos livros (...) Tem lá tudo direitinho, uma pessoa pode fazer o que quiser...pode pedir o que quiser...”* (E4), não sendo encontrada nenhuma referência semelhante em outros estudos. A disponibilização de documentos de leitura que apresentam o parto como uma experiência positiva, onde os diferentes aspetos e opções possíveis são apresentados, pode contribuir para a construção das expectativas das mulheres em relação ao que realmente desejavam para o seu parto.

O parto é definido como um evento difícil, no sentido em que é um evento doloroso, mas principalmente em que não é valorizado o esforço realizado pela mulher: Esta não valorização do esforço realizado pela mulher implica a necessidade de existir como que um registo do mesmo, para que todas as pessoas verifiquem o esforço dispendido nos momentos e as dificuldades que as mulheres passam durante o nascimento, com o objetivo de se verificar

---

um reconhecimento social do mesmo: *“O meu sonho é, por exemplo, eu gostava de a gente estar lá e...cada parto de uma pessoa filmarem para verem o que a gente, o que as mães sofrem, para filmarem para depois ter sempre uma recordação.”* (E5). Em relação a este aspeto não foi encontrada nenhuma referência semelhante nos estudos encontrados e consultados.

As grávidas que o são pela segunda vez, apresentam expectativas, em relação ao momento presente, condicionadas pela experiência anterior. A experiência anterior, e essencialmente a satisfação com a experiência anterior de parto, condiciona as expectativas criadas em relação ao parto. Este aspeto não tem sido muito explorado pois a maioria dos estudos sobre as expectativas do parto são realizados a primíparas onde esta questão não surge. Nas referências encontradas em relação à experiência anterior, estas surgem como que em contraposição às expectativas em relação à experiência presente. Essas diferenças referem-se sobretudo a expectativas de que o parto seja espontâneo, que evolua com o mínimo de intervenções de modo a que o processo fisiológico evolua espontaneamente: *“A expectativa que tenho para este parto: que seja diferente. (...) que fosse o mais espontâneo possível.”* (E1), descrevendo mesmo as diferenças concretas, com expressões longas sobre a imagem construída sobre o evento: *“Para mim neste parto era bom, (...) ao dar entrada no hospital que não me colocassem lá a soro, (...) deixassem o meu organismo (...) dilatar por ele, (...) entrar em trabalho de parto naturalmente, (...) que me deixassem mexer, que não me pusessem ali numa posição deitada, estática, (...) que me pudesse mexer, levantar, andar ali de um lado para o outro (...) estar à minha vontade. (...)”* (E7). Perspetivando a possibilidade de ficar em casa durante o início do trabalho de parto e só recorrendo ao hospital quando já tudo estiver mais adiantado: *“Se não me rebentar a bolsa desta, (...) e me começar a dar a dor, eu não vou para o hospital, nem pensar...fico em casa (...) quando estiver o aperto então aí sim... vamos lá.”* (E7). A indução de parto encontra-se identificada como um fator preditivo de insatisfação com a experiência do parto (Waldenström, 1999) o que vai de encontro ao referido pelas participantes que tinham um parto anterior. Waldenström (1999) apresenta como conclusão no seu estudo, que o primeiro parto encontra-se associado a níveis mais baixos de satisfação com a experiência, o que também surge nos discursos das participantes através da expectativa de que o parto presente seja uma experiência oposta em relação ao primeiro que é apresentado como uma experiência negativa, essencialmente pela dor presente que associam ao facto de ser induzido, e Stadlmayr et al. (2004) sugerem que existem fatores importantes que podem sistematicamente estar relacionados com a paridade tais como alguns modelos de parto, a duração variável do parto e trabalho de parto e da idade materna, mas que por si só a paridade não é uma variável importante.

A noção da imprevisibilidade surge como uma característica do parto, onde não é possível prever e antecipar todas as circunstâncias o que está principalmente presente nas nulíparas, onde não existe uma experiência anterior que possa servir de referência (Bezerra e Cardoso, 2006). Esta imprevisibilidade associada ao parto e em particular, o desconhecimento e a incapacidade de controlar e de antever os acontecimentos são apresentadas como fatores

que condicionam a forma como se interpreta o evento. Sendo uma experiência nova, sem comparação com nada que anteriormente tenham experienciado, e por isso considerado assustador, em que os relatos e discursos de outros são apresentados como um obstáculo e não como um facilitador na projeção do evento: *“Eu só no dia é que vejo...Seja o que Deus quiser...”* (E5), *“Uma pessoa não sabe (...) Não sei para o que é que vou (...) porque é assim isto para mim tudo é novo (...)”* (E6), *“Quando uma pessoa vai, por exemplo, para um primeiro filho vai completamente às cegas(...).”* (E7) e ainda: *“Na hora o que tiver de ser será (...) Vamos lá ver como é que vai correr...”* (E9). Beebe e Humphreys (2006), num estudo qualitativo realizado a primigestas, apresentam nos seus resultados esta questão da imprevisibilidade associada à inexperiência com o parto, em que as expectativas são construídas a partir de diferentes fontes de informação identificadas que são as aulas de preparação, conversas com outras mulheres, experiências anteriores de eventos dolorosos, atitudes e desejos. As expectativas identificadas prendem-se então com o que se deseja que aconteça e como lidar com a situação em si (Beener e Humphreys, 2006).

As nulíparas parecem apresentar maior ansiedade em relação ao parto pois não têm referencial de comparação próprio. A possibilidade de um desfecho adverso afigura-se como assustador e como um fator preditivo de insatisfação com a experiência do parto (Soet et al., 2003; Green et al., 1990; Gibbins e Thomson, 2001).

A informação adquirida através da experiência relatada por outras mulheres é apresentada pelas participantes como um reforço dos aspetos negativos da experiência: *“As mulheres ficam em trabalho de parto horas imensas, em que os obstetras insistem, tem que tem de nascer de parto normal, e há mulheres que já não podem mais, já não têm forças para mais nada (...)”* (E2)

Esta influência tem particular significado para as nulíparas pois não têm outro referencial balizador da sua construção da experiência do parto, surgindo esta influência também em relação ao tipo de parto: *“Tenho uma tia minha que não me aconselha cesariana, que ela teve 3 cesarianas e diz que é mesmo...tenho uma prima minha que teve 2 cesarianas e ela diz que não lhe custou nadinha (...)”* (E3) mas também aparece a indicação oposta: *“Daquilo que me dizem do parto normal, a cesariana custa mais a recuperar.”* (E4).

As participantes referem os discursos de outras pessoas em relação ao momento que estão a viver, afirmando que são normalmente informações negativas e que contribuem de alguma maneira para o aumento da ansiedade em relação ao parto: *“Muita gente mete medo...que a gente sofre muito antes de os ter (...)”* (E5), *“Toda a gente me diz: “ Ah tu não sabes onde te foste meter, ai meu Deus o que é que vai acontecer.”* (E9).

A experiência relatada por pessoas significativas para a grávida, normalmente pessoas da sua família, surge como a fonte e razão para os temores mencionados pelas próprias: *“Eu sei que tem muitas colegas minhas que tiraram assim a ferros e assim (...) e a minha irmã, por exemplo, por causa disso teve problemas, por causa dos ferros, (...) Ela ia ter acho que é a cesariana e fizeram parto normal de propósito, só para ela sentir a dor...”* (E5)

---

nomeadamente em relação à anestesia: *“Tenho uma irmã que teve duas filhas com anestesia e faz-me muita confusão porque ela disse que não sentia as pernas, (...)”* (E7).

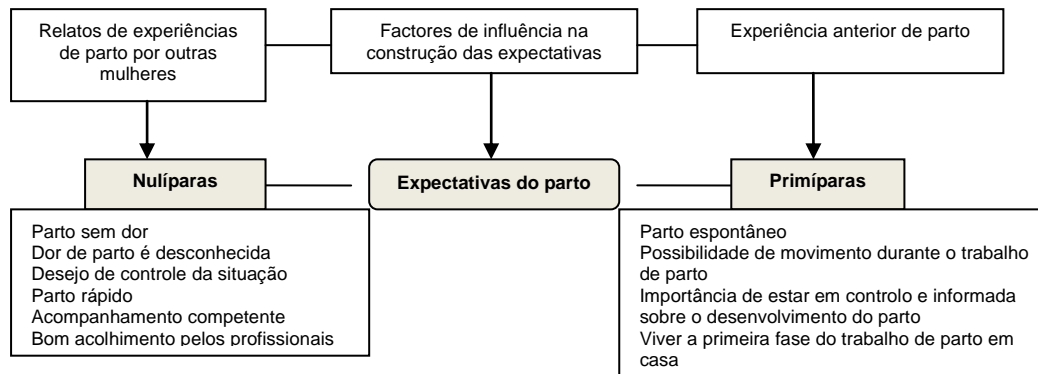
A ansiedade durante a gravidez surge associada quer com a experiência anterior de parto quer com os relatos das experiências de parto de outras mulheres (Waldenström, 1999).

As mulheres tendencialmente descrevem a sua experiência de parto como um momento de grande importância espiritual (Simkin, 2006; Remer, 2008) em que a visualização da criança nascida supera todas as dificuldades, dizendo uma das participantes: *“...é um momento tão importante para nós...”* (E1), falando da expectativa e da emoção que pressentem em relação ao seu filho, dizendo: *“Estou mortinha por ver a carinha dele, sei lá...parece que nada me intimida...”* (E6), verbalizando o que a criança significa na sua vida: *“Ele, para mim, significa tudo (...) é fruto do amor (...)”* (E8) antecipando as emoções que estarão presentes nesse momento: *“Uma alegria muito grande (...) Ansiedade, dor, alegria depois de ver o meu filho, de tudo um pouco...”* (E9), verbalizando um misto de felicidade e ansiedade por antecipação em relação ao momento em que irão ver pela primeira vez o seu filho considerando que com o nascimento inicia-se uma nova etapa: *“Para mim vai ser uma grande felicidade... de certa forma estou um bocadinho ansiosa de poder sentir o bebé nos nossos braços, não é...e poder ver o rosto e... tudo o resto...vai ser uma nova etapa...”* (E8). As expectativas em relação à criança por nascer prendem-se com a necessidade de ver se é uma criança sem problemas (Lopes et al., 2005). Não foram encontradas referências específicas em relação aos sentimentos presentes nas mulheres associados ao momento do nascimento em nenhum dos estudos consultados.

A constatação de que é o seu filho que irá nascer é de tal forma importante que tudo o que está inerente ao evento se torna desproblematizado: *“Só de saber que é o meu filho que vai sair dali não há problema nenhum...”* (E5). Uma das participantes referiu o desejo de que colocassem o seu filho, após o nascimento, em contacto consigo: *“Gostava que mo pusessem na barriga.”* (E7), não sendo também encontrada qualquer referência semelhante nos estudos consultados. Podemos concluir que o momento do nascimento tem um efeito marcante na experiência do parto. É o momento em que se concretiza do objetivo de todas as expectativas criadas em volta do filho que tem uma grande carga emotiva positiva. Este momento, dada a sua intensidade de carga emotiva relega para segundo plano todos os outros aspetos associados ao parto.

O conhecimento adquirido através dos relatos das experiências de outras mulheres que já tiveram a experiência de parto, são referidas como fontes de informação que têm um impacto negativo na perceção do parto. Os discursos apresentados ilustram as mensagens sobre o trabalho de parto e parto dadas às mulheres grávidas participantes deste estudo. Não foi encontrado qualquer referência sobre a influência por parte de terceiros nas expectativas das mulheres nos estudos consultados.

Na figura 2 apresenta-se em esquema as ideias sobre o parto apresentadas pelas participantes tendo em conta as diferenças em relação à paridade tendo em conta as fontes que as influenciam.



**Figura 2** – O parto na perspectiva das mulheres nulíparas vs primíparas

Ayers e Pickering (2005) apresentam, num estudo, as diferenças entre as expectativas e a experiência entre nulíparas e múltíparas, embora não as apresentando de forma consistente, concluem que as expectativas estão associadas à experiência de parto, sendo difícil a interpretação dos dados tornando-se necessário associar a questão do risco na gravidez e o papel das intervenções.

A experiência pessoal anterior assume relevância no discurso reportando-se, na construção das expectativas apresentando-as mesmo em oposição à primeira experiência: *“A ideia de parto que eu tenho, do primeiro, foi de muito sofrimento. Tudo muito, muito rápido. (...) As contrações foram sempre muito fortes. (...) No caso do primeiro parto, se eu tivesse alguém comigo, nem conseguiria prestar atenção à pessoa que estava, nem reparava na pessoa que estava ao meu lado. (...) Um trabalho de parto muito longo.”* (E1).

As expectativas são assim moldadas pela experiência anterior e pela experiência relatada de terceiros, mas é verbalizada a consciência da individualidade e o carácter único de cada parto e de cada mulher: *“Eu nunca passei pela experiência... não sei exatamente aquilo que me espera ... já vi outras mulheres em trabalho de parto, mas não sei como vai ser o meu.”* (E2).

As expectativas construídas em relação ao parto, por um lado exacerbam fantasias e ansiedades face a um momento muito esperado, mas também se encontra cercado de uma imprevisibilidade reconhecida por parte das grávidas. Esta antecipação do momento do parto é, por assim dizer, carregada de sentimentos quer positivos quer negativos, muitas vezes marcada por uma experiência anterior negativa aumentando a ansiedade em relação ao momento presente.

#### 4.1.1 *O local desejado para o parto*

A opção pelo local do parto está diretamente relacionado com a necessidade de a mulher em trabalho de parto sentir segurança e confiança (Gibbins e Thomson, 2001).

As participantes identificaram essencialmente dois locais como possíveis: o hospital, que foi considerado o local que oferece maior segurança, em que as razões indicadas pela opção foram: a presença de tecnologia, a proximidade de diferentes recursos, quer profissionais quer tecnológicos, referindo nos seus discursos: *“Não me ocorre outra coisa a não ser hospital. Penso que o hospital está equipado com as máquinas, com tudo, com os gráficos, com aquilo tudo que nós fazemos antes de ter o bebé, não é!”* (E4). O Hospital surge portanto como o local a que se associa a segurança sendo esta fundamental, dizendo uma das participantes: *“Local? Hospital, aqui em casa fora de questão...Acho que no hospital uma pessoa está mais...tem outras pessoas...sei lá...não sei explicar, aqui em casa acho que não queria...estamos mais próximos de tudo o que é preciso...”* (E6). As participantes ao considerarem o local onde podia ocorrer o parto apresentaram-no como a opção mais segura, e onde eventualmente sentiriam essa segurança pela presença de todos os recursos tecnológicos, dizendo: *“Dar entrada no hospital, porque tê-los em casa acaba por ser um...risco grande... Ir efetivamente para um hospital.”* (E7). A questão da segurança surge assim como uma necessidade e critério para a escolha do local onde ocorrerá o parto: *“A única coisa que pensava era um local seguro.”* (E3).

A possibilidade de ter o parto em casa é apresentada como opção ponderando-se que poderá ser a mais concordante com o desejo de um parto com menos intervenções e mais satisfatório como experiência, tendo em conta, no entanto, algumas condições A presença de um profissional experiente e competente para acompanhar o parto, havendo a percepção que a condição à priori para ser considerada esta opção é que se perspetive sem complicações, onde o ambiente familiar é apontado como facilitador e importante para a experiência do parto, dizendo uma das participantes *“Se houvesse possibilidade de ser em casa, com acompanhamento médico, penso que seria diferente, sem dúvida.”* (E1) e ainda *“Penso que se for um parto que, em princípio não demonstre que haja complicação nenhuma, não tinha problema nenhum em ser feito em casa. Acho que deve ser mais fácil, pelo menos para a pessoa se sentir melhor...não sentir tanto medo...”* (E1). No entanto a segurança foi associada inevitavelmente à presença de recursos médicos e tecnológicos. É interessante verificar que a questão da segurança surge associada à escolha para o local do parto, pois esta necessidade de segurança é intrínseca ao processo fisiológico da parturição (Odent, 2003).

Hanson et al. (2001) apresentam um paralelismo entre o parto e uma peça de teatro. Identificaram os atores, o cenário, os adereços, e os figurantes que fazem parte de um argumento com uma determinada duração e encenação, surgindo assim uma descrição quase fantasiosa do parto. Num dos discursos das participantes, foi encontrado algum paralelismo

com este tipo de descrição na descrição do que seria o seu parto ideal: *“Acaba por ser a minha própria casa...porque acaba por reunir o tal ambiente que eu referi. Gostava, não tenho nenhuma cascata, mas...no jardim ou isso...às vezes podia ser possível...ou na piscina.”* (E8). A construção de expectativas irrealistas, no sentido de que a probabilidade de serem realizadas é muito reduzida, aumenta a probabilidade de uma experiência de parto menos satisfatória pelo não cumprimento dessas mesmas expectativas.

Gibbins e Thomson (2001), realizaram um estudo, no norte de Inglaterra, a oito mulheres grávidas, primigestas, em que as participantes identificaram vários fatores que as ajudaram a sentirem-se confiantes e que as ajudaram a lidar com os seus partos:

- a continuidade de cuidados pelo mesmo profissional ao longo de toda a gravidez, trabalho de parto e parto;
- a confiança na competência do profissional que as acompanhava no parto,
- a informação disponibilizada durante o decorrer do trabalho de parto e parto,

onde a questão do local do parto, como espaço físico, não surge como um aspeto importante, mas antes é referida a importância do ambiente no seu aspeto mais geral.

Apesar da referência a um espaço físico onde se deseja que o parto tenha lugar, os dados sugerem a importância de outros aspetos que deverão também estar presentes e que irão contribuir para o sentimento de segurança necessário para a perceção de uma experiência de parto positiva (Bezerra e Cardoso, 2006; Longworth et al., 2001; Beaton e Gupton, 1990). Aparece assim na descrição do parto desejado a importância de um ambiente acolhedor, familiar, em que a tranquilidade aparece como um fator importante para uma experiência positiva do parto, surgindo também nos discursos das participantes que diziam: *“Se calhar o próprio ambiente familiar era mais fácil mesmo...do que um ambiente hospitalar.”* (E1).

A importância de ser um espaço acolhedor, e até familiar aparece associado a descrições pormenorizadas sobre o local idealizado: *“Porque acaba por ser mais acolhedor porque acaba por ser um espaço nosso (...) mais confortável, é como se estivesse em casa (...)”* (E8). Johansson et al. (2002) no seu estudo sobre a satisfação das mulheres em relação ao parto refere a importância de um ambiente acolhedor e familiar como um aspeto relevante para uma experiência de parto positiva. Num estudo realizado por Singh e Newburn (2006), o local onde o parto acontece e o ambiente envolvente e familiar, é apresentado como um fator que pode facilitar o processo de parturição e influenciar a própria qualidade da experiência de parto.

A vivência do parto em contexto hospitalar surge nos discursos das participantes como o melhor lugar para ter um filho. Esta opção surge dada à necessidade sentida da presença de médicos e até do ambiente próprio hospitalar. Esta noção de necessidade de recursos encontra-se inserida numa visão que considera o momento do nascimento numa perspectiva de risco constante de morte. Esta forma de “olhar” para o parto implica então a necessidade da existência de um modelo interventivo para assegurar o controlo do processo, surgindo a opção pelo hospital como a mais segura pois aí encontram-se os recursos



necessários, quer tecnológicos quer humanos, para intervir a qualquer momento (Teixeira e Pereira, 2006).

A necessidade de privacidade surge verbalizada através da afirmação do desejo de estar num quarto individual, sem interferências externas, num ambiente calmo, dizendo uma das participantes: *“Por exemplo um quarto individual (...) já é diferente. (...) Muito mais calmo. (E1).* A questão da privacidade é também referida como um aspeto importante salientando-se a necessidade de um número reduzido de pessoas presentes no momento do parto: *“Eu preferia que estivesse num quarto sozinha, assim os médicos à minha volta, mas não com mais grávidas (...)” (E9).* Esta questão da privacidade é referido por Odent (2002) como um aspeto importante para a vivência do parto. A importância da privacidade encontra-se relacionada com a necessidade de existir um certo isolamento durante o trabalho de parto e parto para que o processo fisiológico da parturição ocorra sem interferências externas que possam bloquear a libertação hormonal necessária à evolução do trabalho de parto (Odent, 2002). A referência por parte das grávidas em relação à importância deste aspeto como um aspeto que pode fazer a diferença na vivência da experiência, esta percepção da necessidade de estar isolada, revela a necessidade desta solidão para a vivência do parto.

A expectativa em relação ao local do parto surge assim relacionada com a percepção das mulheres sobre a sua capacidade de parir, e tem sido sugerido que as mulheres com uma gravidez de baixo risco que optam por um parto hospitalar antecipam a possibilidade de ocorrerem complicações durante o parto (Hulst et al., 2004).

A necessidade de privacidade durante o parto, de um ambiente acolhedor e não perturbador é identificado por Odent (2002) como um fator fundamental para o processo fisiológico da parturição. É portanto interessante verificar a sua referência nos discursos das grávidas como um aspeto importante para a sua experiência de parto.

#### **4.1.2 O tipo de parto desejado**

A preferência por uma cesariana sem haver uma indicação obstétrica aparece sem haver uma percepção exata das razões dessa preferência pelo que a interpretação é de que as razões que estão na base dessa preferência serão de menor importância (Gamble e Creedy, 2001). Assim, a questão da “vantagem” associada à possibilidade de programação do evento, com a percepção de que será, eventualmente, um processo que irá demorar menos tempo, portanto mais rápido, é assim e por essa razão referido como opção: *“Gostaria que fosse cesariana. Preferia que fosse assim, por exemplo, no dia X vem cá faz-se o parto e pronto...” (E9).* Não foi encontrado qualquer paralelismo nos estudos consultados.

A preferência por um parto normal encontra-se por vezes condicionada pela manipulação da informação prestada pelos profissionais, sobre os riscos envolvidos nos

procedimentos do parto (Tedesco et al., 2004). A preferência por um parto vaginal surge em oposição à cesariana, em que as razões apontadas são a rapidez da recuperação, e a percepção de que não estarão capazes para cuidar do seu filho tão rapidamente no caso de serem submetidas a uma cesariana (Tedesco, et al., 2004). A opção por um parto normal, leia-se vaginal surge então como preferencial, verbalizando assim a sua preferência: *“Cesariana...não... pelo que eu ouvi, é melhor parto normal...”* (E3), apresentando-se também como uma expectativa desejada, ponderada no sentido de não colocar a criança em perigo. A experiência anterior acaba por ter influência na opção pelo tipo de parto, em que a percepção de uma experiência positiva anterior orienta a opção no mesmo sentido: *“É assim, eu gostava de ter um parto normal.(...) no meu primeiro gostava de ter parto normal e neste, se tudo correr pelo bem, gostava de ter um parto normal.”* (E4).

Kasai et al. (2010), referem que os sentimentos de medo referidos pelas mulheres estão associados com a duração do trabalho de parto, o bem-estar do feto e a dor, sendo esta a razão da escolha por uma cesariana como tipo de parto desejado.

A opção por um parto normal surge muitas vezes associado a uma ideia de natural, revelando a importância do momento do nascimento como um tipo de experiência mais intensa, percebendo que o parto é o início do exercício da maternidade: *“Como princípio gostava de o ter por parto normal. É o natural...é o natural que eu quero! Acho que a cesariana...não sei...acho que não deve ser a mesma emoção de ter um filho (...)”*(E6).

A expectativa em relação ao tipo de parto recai preferencialmente sobre a opção pelo parto normal, opção essa que surge naturalmente nos discursos das mulheres, havendo um pequeno número que apresenta a sua preferência por uma cesariana. (Fenwick et al., 2005; Gamble e Creddey, 2001). As razões apontadas para a preferência por uma cesariana são essencialmente questões de segurança baseadas no medo e na falta de informação, que cria uma sensação de maior segurança na opção de parto por cesariana (Gamble e Creddey, 2001; Tedesco et al., 2004). As expectativas em relação ao tipo de parto direcionam-se preferencialmente para um parto vaginal.

A noção dos riscos associados a uma cirurgia é um dos argumentos referidos conjuntamente com o facto de que o pós-operatório as impossibilitará de cuidar de imediato do seu filho, limitando-as assim no exercício do seu papel maternal, mesmo que temporariamente.

#### **4.1.3 O controlo da dor de trabalho de parto**

A presença da dor associada ao parto é considerada, pelas grávidas, como um obstáculo que dificulta a experiência do nascimento. As expectativas em relação à dor surgem associadas à perspectiva da possibilidade de controlo da mesma, através da utilização de

recursos externos para a sua diminuição ou mesmo eliminação (Lopes et al., 2005; Lavender et al., 1999; Green et al., 1990; Beaton e Gupton, 1990)

Green et al. (1990) concluem, no seu estudo, que as expectativas em relação à intensidade da dor são irreais no sentido de que a dor esperada é muito mais intensa do que aquela que acabam por experienciar durante o parto. No entanto as nulíparas referem uma grande incerteza quanto à quantificação da dor que devem esperar pois não têm qualquer experiência anterior para servir de referencial para o que podem esperar, mostrando também vontade de serem realistas em relação à sua capacidade de lidar com a mesma, surgindo assim nos discursos das participantes: *“Porque a dor não sei como vou reagir, não sei que dor é, e não sei como vou é que vou reagir a essa dor. Eu não sei quantificar a dor que vou sentir, cada um sente à sua forma...”* (E2).

Ter o controlo sobre a situação, e portanto conseguir gerir a dor, é identificado com um fator chave que pode interferir na qualidade da experiência do parto (Larkin et al., 2007). A perceção que as mulheres têm sobre controlo não tem o mesmo significado conceptual quando associado à necessidade de estar envolvida ativamente no parto. A dificuldade em lidar com a dor surge associada à necessidade de se sentir em controlo durante o parto. Ter controlo é visto como um fator positivo na experiência de parto (Lavender et al., 1999). As características individuais são referidas na eventualidade de não conseguir gerir a dor do trabalho de parto: *“Mas o problema é se tiver as dores, começa logo o meu sistema nervoso a mexer comigo... Se tiver dores e se chegar lá e se estiver quase para ter e aguentar, (...) se chegar lá, se for com as dores e tiver quase a ter, prefiro tomar logo a epidural...”* (E3).

O medo é o sentimento que surge associado às respostas quando as mulheres são questionadas em relação à dor do trabalho de parto e parto. Esse medo reporta-se à intensidade da mesma, e à antecipação de uma intensidade de dor intolerável. O parto é assim perspectivado como uma experiência difícil. Figueiredo et al (2002) concluem que a maior parte das mulheres esperam vir a sentir e efetivamente sentirão dor durante o parto, sendo a dor uma das dimensões mais importantes do parto.

A dor parece ser reconhecida como fazendo parte do parto e por isso inevitável, sendo esta uma expectativa que se pode considerar negativa pelo facto de não ser desejável. No entanto a sua presença surge como um fator adverso na experiência, sendo muitas vezes apontado como o responsável pela perceção de uma experiência negativa do parto (Soet et al., 2003; Stark, 2003) surgindo nos discursos: *“O que é que eu hei de pensar, são as dores normais...são dores normais numa situação daquelas (...) São dores normais, temos é que...para mim, temos é que aguentar naquela altura, naquela hora tem que se aguentar, não é.”*(E4). A dor é assim vista como intrínseca ao processo de parturição mas, ao mesmo tempo, existe o desejo de a evitar. A dor física surge também associada a uma sensação emocional de sofrimento (Bezerra e Cardoso, 2006).

A presença de dor no parto é identificada então como um fator associado à perceção da experiência de parto. Assim as mulheres que vivenciam um parto com menor nível de dor

apresentam normalmente um maior nível de satisfação com a sua experiência de parto (Goodman et al., 2004). Em 1998, Mackey (citado por Goodman et al., 2004), realizou um estudo onde 40% das mulheres identificaram a dor como o pior aspeto do trabalho de parto e do parto. Lally et al. (2008) referem que os estudos sobre as expectativas das mulheres em relação à dor concluem que o alívio efetivo da dor surge como esperado e desejado. A expectativa de não recorrer a qualquer tipo de medicação durante todo o trabalho é considerada como importante mas a necessidade de utilização de medicamentos na quantidade suficiente para uma experiência tolerável a nível da dor ou mesmo uma experiência sem dor surge também como uma expectativa desejável, sempre com a expectativa de um parto sem dor (Lally et al., 2008).

A perceção da dor é vivenciada diferentemente pelas mulheres durante o parto sendo esta condicionada por diferentes fatores.

As experiências anteriores condicionam de alguma maneira a expectativa em relação à dor do parto. Num estudo em 1988, Niven (citado por Figueiredo et al., 2002) identificou que a memória da dor sentida durante o parto condiciona as expectativas em relação ao parto. O parto é visto como uma experiência difícil pelo facto de implicar dor aparecendo nos discursos das mulheres referindo-se à expectativa atual em contraposição à experiência vivida: *“Sejam umas dores mais fáceis de controlar e que me vá habituando aos poucos às dores...”* (E1)

A utilização de medicação para alívio da dor limita-se à utilização da epidural, que surge, no entanto, como um último recurso a ser utilizado, na eventualidade de não conseguir tolerar a dor. As participantes demonstram desconhecimento sobre outros métodos, nomeadamente não farmacológicos, de alívio da dor. A preferência pela anestesia por epidural surge associada à facilidade de acesso a este recurso. O facto de as mulheres considerarem utilizar este método como recurso para alívio das dores, torna maior a probabilidade de se concretizar a sua utilização (Stark, 2003). As referências à utilização da analgesia por epidural surge como a opção inequívoca como forma de controlo da dor: *“A epidural, sou muito sincera, eu gostava de ter que era para não sofrer tanto...”* (E9).

As intervenções associadas a um parto realizado em ambiente hospitalar tais como: utilização de monitorização contínua, a perfusão de soroterapia, a monitorização do bem-estar materno-fetal contínuo com recurso ao cardiotocografo, implica a permanência da parturiente na cama, limitando a sua mobilidade. O recurso a estes procedimentos é considerado como rotina a nível hospitalar. Segundo MacLean et al. (2000), as mulheres que têm o seu parto de forma instrumentalizada referem a experiência de parto como um evento extremamente stressante para o qual terá certamente contribuído a realização de uma inesperada, dolorosa e invasiva episiotomia.

A possibilidade ou não de as mulheres deambularem durante o trabalho de parto, e de poderem movimentar-se livremente, tem sido referida como um aspeto desejável pelas mulheres (Singh e Newburn, 2006). A possibilidade de mudar de posição frequentemente, o poderem caminhar, principalmente na primeira fase do trabalho de parto é referida como

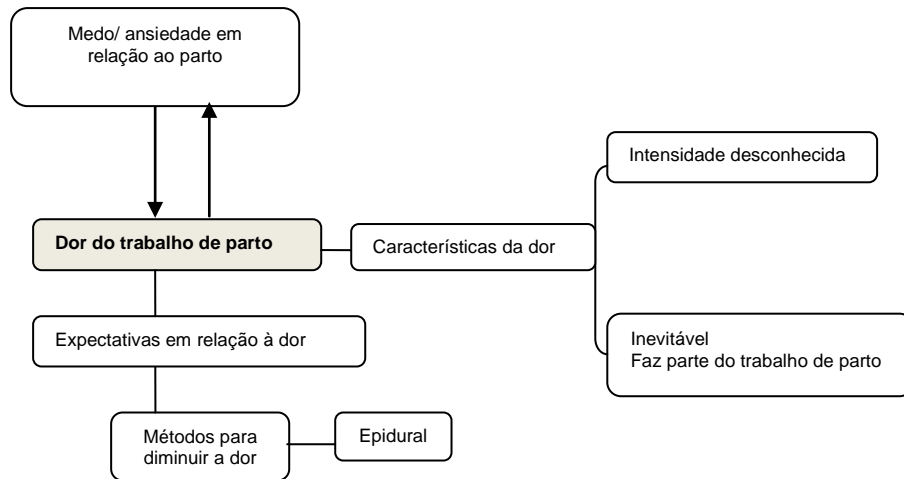
facilitadora para lidar com a dor em contraposição à imobilidade com a subsequente focalização (Singh e Newburn, 2006). O estar confinada a um determinado espaço e posição é apresentado como fator negativo, impossibilitando o recurso a atividades de distração que certamente ajudariam a diminuir a percepção da dor, sendo este aspeto referido: *“Não podemos sair daquele sítio, não podemos fazer nada...não mexer em nada, não tocar em nada...e temos de estar ali quietinhas.”* (E2). O recurso à deambulação é referido como uma forma de alívio das dores e mesmo do stress: *“Dá-nos as dores (...) de certeza que quanto mais caminhasse e estivesse a circular até ter a dilatação toda em vez de estar ali completamente parada de certeza que acabamos por sentir mais dores (...)”* (E8).

Nos últimos anos as mulheres têm sido submetidas a induções do parto e à utilização de medicação na condução do parto, havendo uma percepção de que a utilização de muitos destes recursos é desnecessária e que muitas mulheres prefeririam ter o mínimo de intervenções necessárias para sentirem maior conforto e segurança (Singh e Newburn, 2006). A utilização de medicação para indução do parto, é percebida como uma experiência dolorosa em que as mulheres perdem o controlo sobre si mesmas e sobre a situação, interferindo na percepção da experiência do parto de forma negativa, surgindo como expectativa associada à questão da dor: *“Não ter medicamentos para provocar o parto.”* (E1), refletindo mesmo sobre o que acontece ao organismo com a utilização de medicação para intervir no trabalho de parto percebendo que o facto de ser acelerado o processo o torna mais difícil do ponto de vista da parturiente: *“Ao induzirem, aceleraram o parto, ao acelerarem o parto, acelera a dilatação, automaticamente o organismo que vai dilatar num espaço de tempo mais curto vai doer mais porque é uma coisa que está a ser forçada...”* (E7).

Ao falarem sobre o parto, as grávidas apresentam como sentimento principal o medo. Medo este que se encontra intrinsecamente ligado à dor inerente ao trabalho de parto e as preocupações associados com o próprio nascimento. Um estudo realizado por Kasai et al. (2010) conclui que as mulheres referem grande ansiedade e medo em relação ao parto. Este sentimento encontra-se principalmente associado à dor presente no trabalho de parto e parto. A ideia de sofrimento é associada à vivência da dor como sensação física, para a qual contribui o estar muitas horas em trabalho de parto sem apoio. A possibilidade de um acompanhamento negligente por parte dos profissionais em relação à vigilância do bem-estar fetal faz também parte das preocupações associadas ao nascimento.

As participantes antecipam que o parto será com dor mas não têm bem a certeza do que esperar e por isso mantém a expectativa de que consigam lidar com ela, com ou sem o recurso a analgesia. O conhecimento do processo fisiológico do trabalho de parto e parto não aparece nos discursos ao qual se encontra também associado o desconhecimento sobre como lidar com a dor do processo de parturição.

A Figura 3 apresenta as características referidas em relação à dor e a forma como as mulheres pretendem lidar com a dor através da utilização da anestesia por epidural.



**Figura 3** – A dor de trabalho de parto: características e expectativas

A dor surge assim como a principal causa de medo em relação ao parto apresentando-se uma descrição do parto como um evento associado ao sofrimento, referindo uma das participantes: *“Do que eu tenho mais medo é das dores (...) (E2).*

A preparação das mulheres para o parto surge então como importante para a compreensão de todo o processo de trabalho de parto e parto como forma de tornar o desconhecido, conhecido. A informação sobre todos os recursos possíveis para o controlo da dor intraparto permitirá uma decisão mais consciente por parte das mulheres contribuindo certamente para uma maior satisfação com a experiência de parto.

#### 4.1.4 O papel do acompanhante

A presença de uma pessoa significativa para a grávida durante o trabalho de parto e parto é considerado pelas mulheres como uma fonte de encorajamento e apoio, muitas vezes simplesmente através da sua presença. As mulheres esperam que durante o parto os seus acompanhantes estejam do seu lado para as lembrar do que devem fazer nomeadamente da necessidade de respirar e de fazer força (Beaton e Gupton, 1990).

O apoio dado pela presença do acompanhante é referido como importante e fundamental para uma experiência de parto positiva e plena (Lavender et al., 1999; Cronin, 2003). Esta presença é percebida como um suporte para a parturiente a nível emocional que se concretiza em pequenos gestos de apoio, como o segurar a mão, sendo as necessidades das mulheres a principal preocupação durante o acompanhamento (Brüggemann et al., 2007; Cronin, 2003; Lavender et al., 1999).

A expectativa em relação à presença do companheiro, pai da criança, foi apresentada como desejável e já prevista, pela importância da presença em si, não sendo pretendida ou espectável um papel específico no desenrolar dos acontecimentos: *“O meu marido chega! ...alguém que vai a acompanhar devia entrar no início. (...) Faz, faz falta...”* (E3).

A presença de pessoas significativas, também referida, com preferência pela presença da mãe ou irmã, salientando-se a importância do acompanhamento e da presença das pessoas que ocupam um papel importante na vida da parturiente: *“Talvez maior acompanhamento de alguém próximo de mim. (...) O marido, a mãe...Acho que estando acompanhada naquele momento, com aquela dor e poder ficar, nem que seja as duas pessoas sozinhas, seja o marido ou com a mãe, já é bom (...).”* (E1).

A importância da presença do acompanhante durante o parto como um apoio importante para a vivência do parto, é referida a partir da experiência anterior de parto: *“ (...) sabia que estava ali alguém à minha beira.”* (E4) e ainda: *“É importante. Uma pessoa sabe que, além daqueles profissionais (...) tem alguém do nosso lado que nos dá conforto (...).”* (E4).

Em Portugal a presença de um acompanhante já é possível em todas as salas de parto. A consciencialização da importância da sua presença e do papel fundamental que assume de apoio junto da parturiente levou a tornar possível a sua presença.

#### **4.1.5 Os profissionais**

O acompanhamento pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde e Obstétrica (EESMO) desempenha um papel importante na experiência de parto vivenciada pelas mulheres. Em contexto hospitalar, as mulheres encontram-se afastadas do seu ambiente familiar e social, aumentando a sua ansiedade e fragilidade, assumindo estes profissionais um papel essencial, através da sua presença e apoio proporcionados, um papel relevante na perceção das mulheres em relação à experiência do parto (Tereso, 2005).

As mulheres esperam que durante o trabalho de parto e o parto os EESMO's tenham em atenção as suas necessidades fisiológicas e emocionais. Consideram o acolhimento e a necessidade de segurança aspetos fundamentais para uma perceção positiva do parto (Armellini e Luz, 2003). A monitorização da evolução do trabalho de parto, que pressupõe a vigilância e a presença constante dos profissionais junto das mulheres, é referida como essencial e desejável no acompanhamento e apoio durante o trabalho de parto (Gibbins e Thomson, 2001).

A presença destes profissionais é assim referida como importante, salientando a necessidade na continuidade deste acompanhamento durante todo o processo de gravidez e parto pela mesma pessoa, para que a sensação de segurança necessária a uma experiência positiva do parto seja possível, surgindo nos discursos: *“É pena que, pelo menos uma pessoa dessas, dessa equipa que nos acompanha nas consultas, não estar presente na altura do parto*

(...)." (E1).

A importância do relacionamento com a equipa, que vai estar a acompanhar a mulher durante o parto, é apresentado como um fator importante para a sua experiência de parto (Johansson et al., 2002; Lavender et al., 1999; Cronin, 2003, Longworth et al., 2001) salientando aspetos a valorizar como a informação dada pelos profissionais sobre a evolução do parto: *"Acho que devia...por exemplo antes de ter o nosso filho conhecer...a gente devíamos ter... conhecer a nossa equipa."* (E5).

As mulheres valorizam o conforto físico, o suporte psicológico através de um cuidado personalizado, no respeito pela sua privacidade, com competência e por uma equipa que seja capaz de reconhecer as suas necessidades (Domingues et al., 2004). O modelo de acompanhamento das mulheres nas Instituições hospitalares lida com a mulher em trabalho de parto como um elemento passivo no processo, em que os profissionais realizam tendencialmente uma prestação de cuidados impessoal e mecanicista (Armellini e Luz, 2003). As expectativas das mulheres em relação aos profissionais são então de que façam um acompanhamento personalizado, que falem com elas e que expliquem o que está a acontecer à medida que o trabalho de parto avança e estejam presentes, numa atitude de apoio: *“Ser bem recebida é saber que a gente vai para lá e quer saber, portanto...a gente normalmente vai com dores, não é...as pessoas já sabem que nós vamos chegar lá com dores... (...) O apoio é dar-nos o que for preciso, como é que eu hei de explicar, uma pessoa chegar lá e sentir que está bem... (E4)*, a importância do apoio e a presença vigilante durante o trabalho de parto. É também salientada a importância da experiência e da capacidade de ajudar a ultrapassar as dificuldades: *“(...) que nos saiba... dar a volta, não é, que nos saiba ajudar a lidar com a situação...não é! (...)” (E4)*.

A expectativa em relação à equipa de profissionais que vai acompanhar a mulher durante o trabalho de parto surge como uma condição necessária para uma boa experiência. O momento do acolhimento expresso através da delicadeza na forma como comunicam com a mulher, a expressão do rosto onde as emoções, muitas das vezes, se tornam mais evidentes, são referidos como indicadores de aceitação e compreensão por parte dos profissionais em relação à situação da parturiente (Armellini e Luz, 2003). O acolhimento realizado pelos profissionais deverá atender esta dimensão interpessoal. Estes aspetos emocionais são assim referidos: *“É ter uma equipa médica à nossa espera, (...) os médicos não estão à espera de casos isolados mas também a equipa médica à espera de uma grávida que chegue e dar o apoio necessário. (...) E ser bem recebida, pelo menos (E4)*.

A importância de um relacionamento humanizado e personalizado entre o profissional e a parturiente influencia a perceção sobre a experiência do parto (Johansson et al., 2002). Valoriza-se um acompanhamento que tenha em conta as emoções das mulheres, a sua vivência própria e única da experiência do nascimento do seu filho (Armellini e Luz, 2003), surgindo nos discursos: *“Não tratar as pessoas como mais um móvel de casa...lá está...é ir*



*explicando o que é que se está a passar, é ir perguntando à mulher como é que se sente...e perguntar à mulher o que é que prefere” (E2).*

A importância da presença durante o acompanhamento no trabalho de parto, salientando mesmo a importância da relação estabelecida entre o EESMO e a parturiente que deseja ser atendida com prontidão e empatia. Uma interação dialogante com profissionais capazes de transmitir segurança, tranquilidade (Armellini e Luz, 2003), dizendo uma das participantes: *“Acho que uma mulher em trabalho de parto nunca deve estar sozinha, (...) se tivesse uma enfermeira que viesse se sentar na cama falar comigo (E7).*

As mulheres referem a competência dos profissionais como um fator importante na sua confiança e satisfação com o parto: *“Penso que o essencial é uma pessoa ter serenidade, passar bem na altura, ter pessoas que tenham consciência daquilo que estão a fazer” (E4); “Que estivesse alguém com experiência, pelo menos para nos apoiar. E uma parteira alegre. (...) Um profissional que tivesse experiência...porque se alguma coisa corresse mal sabia o que fazer “ (E8).*

A obrigatoriedade dos profissionais atenderem aos pedidos das mulheres em trabalho de parto é apresentada como fazendo parte do papel de quem acompanha as mulheres, neste momento tão importante das suas vidas: *“Se a gente quiser epidural na hora, eles têm que dar, se a gente quiser gritar, pode gritar e eles não nos chamarem... nomes...ter assistência médica necessária, não pôr o bebé em risco...” (E4), verbalizando a existência de comentários e comportamentos incorretos por parte dos profissionais para com as parturientes: “ Há comentários que fazem às grávidas que são desnecessários, não é...do género “quando foi para o fazeres não berraste assim”... ou pronto, ainda hoje em dia infelizmente se ouve esse tipo de comentários.” (E7).*

A presença do mesmo profissional que acompanhou a gravidez surge como um fator de confiança apresentando este ponto como importante apesar de não nos esclarecer sobre o porquê dessa importância, parecendo estar ligado com a sensação de segurança que associamos à relação estabelecida ao longo de certo tempo com um profissional que acaba por se traduzir em confiança no desempenho do papel esperado: *“Era importante que fosse alguém conhecido, que já temos uma certa confiança com o profissional que nos está a acompanhar. (...) Porque normalmente quando somos acompanhadas pelo mesmo, (...), era sempre importante que fosse o próprio a poder-nos fazer o parto, mas nem sempre é possível.” (E8).*

Num estudo realizado no Canadá por Beaton (1990), onde a responsabilidade final do parto é do médico - e a responsabilidade da monitorização da evolução do trabalho de parto é da enfermagem - verificou-se que as mulheres esperavam que as enfermeiras estivessem presentes durante o trabalho de parto, avaliando e examinando o progresso do trabalho de parto, com expectativas à cerca do conforto e encorajamento emocional que era esperado ser proporcionado por parte da enfermagem.

Larkin et al. (2009) identificaram a importância da presença e apoio de um cuidador

sensível às necessidades de uma mulher, que transmite a informação apropriada durante o trabalho de parto, contribuindo para a satisfação com a experiência do parto. Oweis e Abushaikha (2004) num estudo realizado a mulheres da Jordânia, identificaram as expectativas das mulheres em relação ao acompanhamento durante o trabalho de parto. Ter a atenção das enfermeiras, que disponibilizassem informação sobre a evolução do parto, e ser incluídas nas decisões referentes ao seu parto, foram as expectativas apresentadas. Estes achados de certa forma são conformes com os discursos encontrados, no entanto, alguns dos aspetos referidos pelas participantes não aparecem nos estudos encontrados, nomeadamente a questão da competência dos profissionais e a referência a comportamentos e comentários inconvenientes por parte dos mesmos, o que nos pode levar a concluir que este tipo de situações não existe em outros contextos, e que deverão ser excluídas entretanto do nosso contexto de acompanhamento das parturientes.

A falta de informação sobre a evolução do parto e sobre os procedimentos realizados pode originar tensão, ansiedade e medo de que alguma coisa possa estar a correr mal consigo mesmas ou com a criança, o que, conseqüentemente origina insegurança e desconforto.

As mulheres consideram importante terem a possibilidade de expressar a sua opinião sobre a realização de procedimentos associados ao parto, verbalizando, no entanto, que os profissionais é que detêm o conhecimento científico especializado aceitando, nestas condições, passivamente, as decisões tomadas (Armellini e Luz, 2003; Tereso, 2005; Lavender et al., 1999). Este deixar aos profissionais a responsabilidade de decidir em relação ao trabalho de parto e parto surge nos discursos: *“Eu deixo muito depois disso também ao critério dos profissionais que lá estão...que me hão-de encaminhar, e me hão de no fundo ajudar a decidir o que é que é melhor naquele momento.”* (E2).

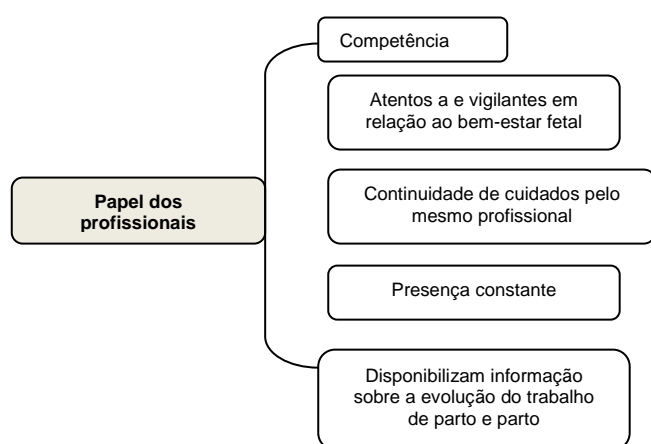
A necessidade de ser informada da evolução do trabalho de parto surge associada também, à importância de envolvimento nas decisões, contribuindo para a capacidade de lidar com todo o processo. Sentirem-se respeitadas e consideradas de uma forma personalizada encontra-se associada a esta necessidade de informação e conseqüentemente do sentir em controlo da situação (Lally et al., 2008; Armellini e Luz, 2003; Johansson et al., 2002). Nesta perspetiva a importância de ser informada sobre o desenvolvimento dos acontecimentos durante o trabalho de parto surge como importante para a sua tranquilização, sendo mesmo apontada como um direito e dever a ser cumprido pelos profissionais que acompanham o parto, dizendo uma das participantes: *“Eles estão obrigados a nos explicar se o parto não correr bem (...) eles têm que nos explicar isso logo, não é... (...)”* (E5) referindo ainda a importância de ter antecipadamente a informação sobre o que vai acontecer, para assim conseguirem ter uma opinião que esta deve ser valorizada: *“(...) a gente devia ter sempre uma opinião...”* (E5).

A questão do consentimento por parte das mulheres em relação a todos os procedimentos realizados não se enquadra no modelo de acompanhamento das parturientes centralizado no risco, mas é um aspeto relevante na mudança da perspetiva de visão do parto

---

para um modelo de acompanhamento personalizado, em que o acompanhamento se faz numa perspetiva de procura dos sinais de normalidade em relação à fisiologia e à evolução do trabalho de parto (Tereso, 2005; Kitzinger, 2007), dizendo uma das participantes: *“Que me perguntassem, não é...se quer estar deitada, se quer estar de lado, por exemplo eu deitada de barriga para cima para mim é muito difícil que eu tenho muitas dores aqui...atrás...”* (E7). Esta necessidade é percebida mesmo como um direito para a mulher apresentando como argumento a necessidade de ter um papel ativo nas decisões a tomar, frisando a importância do momento: *“No fundo é o meu momento, (...) é o meu parto, é a minha filha. Se não houver complicações, porque lá está, havendo complicações coloco-me nas mãos dos profissionais (...) Se não houver complicações gostava de poder decidir (...)* (E7). A ansiedade e medo referidos em relação à atenção que os profissionais deverão ter em relação à vigilância e acompanhamento da evolução do trabalho de parto *“Tenho muito receio que aconteça alguma coisa e que as pessoas não estejam, não estejam a ver realmente o que é que está a acontecer.”* (E4) e a preocupação com o bem-estar do feto: *“Preocupa-me só, é mesmo o bebé, o estado do bebé.”* (E4)

As expectativas referidas pelas participantes encontram-se sistematizadas na figura 4, apresentando como aspetos desejáveis em relação aos profissionais que estarão presentes e as acompanharão durante o trabalho de parto e parto a competência, a atenção e a vigilância realizada em relação ao bem-estar fetal, a presença física constante e eficaz apresentada em relação à capacidade de as ajudar a ultrapassar as dificuldades durante o processo e a importância do acompanhamento durante o parto ser realizado por um profissional com quem tenham anteriormente estabelecido uma relação terapêutica de confiança.



**Figura 4** – O papel dos profissionais no parto na perspetiva das mulheres

As múltiparas são as que referem maior importância sobre serem informadas de todo o processo (Lally et al., 2008), enquanto as primíparas focalizam-se mais no controle das

emoções em detrimento da necessidade de “estar em controlo”. Green et al. (1990) apresentam um estudo onde concluem que a informação e o controlo encontram-se associados, e que as mulheres que conseguem obter informação por parte dos profissionais e que conseguem negociar e falar sobre as decisões em relação ao seu parto, apresentam uma experiência de parto mais positivo.

A possibilidade de decidir sobre o seu parto, ter a informação acerca da evolução do parto são fatores importantes para a perceção de controlo da qual resultará uma maior satisfação com a experiência de parto o que contribuirá para um maior bem-estar entre a díade mãe-filho.

## 4.2 PARTO NATURAL versus PARTO NORMAL

O parto é um processo fisiológico normal com um importante significado emocional do ponto de vista da experiência da mulher que o vivencia (Kasai et al., 2008).

O parto normal é referido por Kennedy (2010) como um conceito problemático em virtude do significado da palavra normal que define como algo que é regular, usual, típico, livre de qualquer tipo de desordem, saudável. Normal é uma palavra dicotómica pois se não é normal será anormal. Os processos fisiológicos presentes durante e após o parto normal são favoráveis e facilitadores para a realização da maternidade (Odent, 2005). Estes processos são inerentes a um trabalho de parto considerado normal. O Manual “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” publicado pela WHO (1996), apresenta as recomendações práticas para o acompanhamento do trabalho de parto e parto, com referência às evidências científicas, que orientam e apontam quais as mudanças necessárias a implementar no Modelo de acompanhamento.

Considera-se também normal o parto vaginal dirigido, utilizando um conjunto de procedimentos mais ou menos orientadores do processo fisiológico do parto (Diniz, 2001).

Olhar para o parto como um evento regular, parece banalizar este evento que é considerado por todos como único e irrepetível no sentido de que nenhuma experiência é igual, mesmo para a mesma mulher. O parto vaginal realizado em ambiente hospitalar, com todos os procedimentos que normalmente são realizados, é considerado pelas grávidas entrevistadas como um parto normal, o que está de acordo com a própria definição de normal, por ser o que é usual e regular acontecer. É este o tipo de parto que conhecem pelas descrições comuns de quem já teve um filho, ou mesmo através da sua experiência anterior.

O conceito de parto natural foi referido pelas participantes como um parto sem intervenção externa, sem recurso a farmacologia, a que se associa o medo de não ser

totalmente seguro, mas considerando-o como uma opção possível se não houver complicações associadas: *“Um parto natural é aquele que não terá intervenção médica... ser espontâneo. (...) na altura em que realmente se começar em trabalho de parto que seja sem medicação nenhuma.”* (E1), um parto em que o Homem não exercerá nenhuma intervenção: *“Um parto natural é quando não há influência... por parte do Homem tanto em termos de...de medicação, como de ajudas, (...).”* (E2).

O parto em casa é considerada como a forma mais natural de ter filhos, com um profissional experiente a acompanhar, e por isso é associado ao próprio conceito de parto natural: *“Se calhar o mais natural é ter os filhos em casa, mesmo com a parteira e pronto...se não houver complicações (...)”* (E7). Apresentando como parto natural uma grande proximidade com as referências sobre o parto normal: *“Um parto natural é o organismo ir dilatando compassadamente, (...) se for uma dilatação feita pelo corpo não é tão rápida (...) Basicamente deixar a natureza trabalhar, está a perceber...muitas das vezes sem recorrer a outros meios...”* (E7).

Todas estas expressões são concordantes com o significado dado à palavra natural, referido no Dicionário de Língua Portuguesa (1998) como: “relativo à natureza, que não foi feito pela mão do homem...”.

Uma das participantes refere o parto normal como aquele em que o bebé nasce sem problemas e facilmente, apresentando a sua definição de parto normal como aquele que não é por cesariana: *“Normal é que ele saia, por exemplo, perfeito com não muito sofrimento (...) Sem ser a cesariana. (E5). É ainda referida a imprevisibilidade como característica associada ao parto normal: “No parto normal, não se sabe o dia, não se sabe a hora...”* (E9).

Uma das grávidas descreveu a gravidez e o parto como um processo natural e normal associado e inerente à condição da mulher dizendo: *“Ir ter o meu filho como uma coisa normal e natural...Andar grávida é natural da mulher.”* (E7), A constatação de que o estar grávida e o nascimento é um processo natural é encontrado também noutros estudos (Fenwick et al., 2005; Gibbins e Thomson, 2001) onde surge esta noção de imprevisibilidade em relação ao parto normal.

A definição de parto normal surge associada ao conjunto de situações que estão a ele associados a nível hospitalar: *“Uma pessoa no parto normal sofre é antes um bocado, depois de ter passado (...) a cesariana depois de o ter com corte e tudo, começam a vir as dores...e tudo”* (E3), afirmando que o parto normal é aquele que acontece em ambiente hospitalar associado a todo um conjunto de procedimentos que já fazem parte do que é um parto normal: *“Eu acho que o parto normal, que fazem hoje em dia nos hospitais, pronto um parto normal, penso que o que é considerado normal é isso, a mulher sente as dores ou rebenta a bolsa de águas, vai para o hospital, é ligada às cintas, está lá, põem ocitocina, não põem, e depois leva epidural, isso faz tudo, hoje em dia, parte de um parto normal.”* (E7).

O parto normal surge nas preferências das mulheres referido como um parto vaginal com poucas sequelas e em que a recuperação pós-parto é mais rápida (Kasay et al., 2008).

Esta referência em relação à definição de parto normal e de parto natural não foi encontrada nos estudos encontrados assumindo-se que o parto normal será o parto vaginal surgindo em oposição à cesariana.

Torna-se interessante verificar assim que não é clara a distinção entre o que é um parto normal e um parto natural. A distinção dos conceitos é conseguida mas não parece clarificada as implicações e como será então uma experiência de parto natural. Verifica-se necessário abrir perspectivas às grávidas e a todas as mulheres sobre um outro “olhar” sobre o parto, uma outra perspectiva e possibilidade de dar à Luz. Um “olhar” que coloque como possibilidade a vivência de um momento de forma tranquila, com dor, certamente, mas com a possibilidade de se deixar imbuir e preencher pela cascata de hormonas que capacitam a mulher para uma experiência prazerosa do parto. A vivência de uma experiência positiva de parto permitirá melhorar a relação entre mãe e filho o que certamente contribuirá para um mundo melhor (Odent, 2003).

## 5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

---

A experiência do parto é um evento marcante no processo de transição para a parentalidade. O conhecimento das expectativas das mulheres portuguesas poderá constituir-se como elemento central para a definição dos indicadores da qualidade desta experiência e dos possíveis efeitos sobre a maternidade.

Neste estudo surgem questões sobre a falta de informação e de preparação das mulheres revelados nos discursos das participantes, para poderem se apropriar do parto como um evento da sua responsabilidade e não da responsabilidade dos profissionais. O conhecimento sobre as diferentes etapas e sobre os eventos associados, que constituem o parto, levará certamente as mulheres a terem uma atitude mais participativa e ativa no seu parto. O desconhecimento demonstrado em relação aos recursos existentes e disponíveis para a gestão da dor do trabalho de parto e parto revela fundamentalmente uma falta de informação e poderemos mesmo considerar que existe falta de preparação e de acompanhamento das grávidas, por parte de Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica.

Em virtude do tipo de estudo realizado e do tamanho da amostra, não são possíveis generalizações. Todavia, a realização de mais estudos em outros contextos, contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento sobre as expectativas das grávidas portuguesas em relação ao seu parto.

As expectativas apresentadas pelas mulheres, neste estudo, referem a importância de um parto rápido, em que todo o processo se realize num curto espaço de tempo, sem complicações, e em que a dor experienciada seja uma dor tolerável e minimizada através da utilização de recursos internos ou externos. O local pretendido para o parto é o contexto hospitalar, por associação a uma maior perceção de segurança, privilegiando um ambiente familiar, acolhedor e em que a privacidade seja tida em conta. A preferência por um parto normal prevalece sobre a opção pela cesariana.

Tendo presente este estudo, podemos afirmar que, em relação à questão sobre qual o conceito de parto natural e normal, podemos verificar que as participantes do estudo apresentam alguma indistinção entre estes dois conceitos. As participantes consideraram o parto normal como o parto vaginal, portanto como aquele que não é por cesariana, sendo assim também definido. A definição de parto natural refere-se àquele que ocorre sem intervenção externa. Não foram encontrados estudos que apresentem esta questão clarificada. Esta questão sobre a diferença entre estes dois conceitos contribuiria para uma maior capacitação das mulheres para criarem o seu plano de parto de uma forma mais consistente e clarificada.,

A participação nas decisões e a necessidade de informação durante o trabalho de parto foram apresentadas como importantes, necessárias e por isso desejáveis.

O papel dos profissionais que acompanham as mulheres no parto foi considerado muito importante; foram, todavia, apontadas falhas específicas principalmente a nível da comunicação. A utilização de expressões menos corretas ao abordar as parturientes e as ausências prolongadas no acompanhamento durante o trabalho de parto, são referidas como aspetos negativos. A importância da presença do mesmo profissional durante todo o processo, desde a gravidez até ao parto, salienta a importância de uma relação de confiança e terapêutica estabelecida e importante para um ambiente de confiança necessário ao parto (Odent, 2002).

As expectativas em relação ao parto identificadas referiram um parto em que tudo corra bem, rápido, sem dor, em que o bebé nasça bem, saudável e sem problemas, sendo descritos aspetos mais específicos por algumas das participantes, como a importância do acompanhamento e do apoio proporcionado por profissionais competentes e atentos às necessidades das parturientes e de um ambiente acolhedor. A expectativa de que tudo corra bem surge como a mais importante, relegando para segundo plano todas as outras questões ficando para os profissionais as decisões a tomar de forma a garantir o cumprimento desta mesma expectativa.

Consideramos necessários mais estudos com o objetivo de explorar os significados que as mulheres dão ao suporte oferecido durante o trabalho de parto e parto, como também estudos que explorem as perceções das mulheres face à responsabilidade própria na gestão da dor durante o trabalho de parto e parto e que identifiquem as intervenções que aumentam a capacidade das mulheres perceberem as mensagens que o seu corpo vai emitindo durante o trabalho de parto contribuindo para o empoderamento e participação das mulheres nas decisões tomadas em relação ao seu parto.

O conhecimento das expectativas das mulheres em relação ao parto, para o qual contribui este estudo, permitirá melhorar a qualidade dos cuidados no acompanhamento das mulheres durante o trabalho de parto. A melhoria dos cuidados e do acompanhamento contribuirá, certamente, para a implementação de um modelo de atendimento mais de acordo com as indicações emanadas pela OMS, contribuindo, assim, para experiências de parto mais positivas. A divulgação dos resultados obtidos neste estudo poderá também ser motivador para a sua replicação em outras regiões do país de forma a permitir uma maior amostra e melhor perceção das expectativas das mulheres portuguesas em relação ao parto.

O nascimento de uma criança será sempre uma experiência repleta de significados para as mães e para os filhos. Apesar de ser aparentemente um processo normal na vida de uma mulher e família, as decisões tomadas durante o trabalho de parto estão ainda muito nas mãos dos profissionais. O empoderamento das mulheres será então o passo seguinte para que as indicações da OMS para um parto saudável sejam uma realidade em Portugal.



## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Almeida, Nilza A. M.; Martins, Cleusa A.; Vasconcelos, Karen L.; RIOS, Cristhiene H. A.; Lucas, Eliene A.; Machado, Eliene A.; Medeiros, Antomiella V. 2005 – *A Humanização no Cuidado à parturição* – Revista Eletrônica de Enfermagem, 7 (3): 355-359.
- Alves, Alexandra M.; Gonçalves, Cristhiane S. F.; Martins, Maria Aparecida; Silva, Sueli T.; Auwerter, Tânia C.; Zagonel, Ivete P. S. 2007 – *A Enfermagem e Puérperas Primigestas: Desvendando o processo de Transição ao Papel Materno* – Cogitare Enfermagem, 12 (4): 416-427.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras: APEO. 2009 – *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso* – Lusociência Edições Técnicas e Científicas. Lda., ISBN: 978-972-8930-49-3.
- Armellini, Claudia J.; LUZ, Anna M. H. 2003 – *Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição* – Revista Gaúcha de Enfermagem, 24 (3): 305-315.
- Astbury, J. 1980 – *The crisis of Childbirth: can information and childbirth education help?* – Journal of Psychosomatic Research, 24:9-13.
- Ayers, S.; Pickering, A.D. 2005 – *Women's Expectations and Experience of Birth* – Psychology and Health, 20 (1): 79-92.
- Bardin, Laurence. 2008 – *Análise de conteúdo* – 4ª Edição, Edições 70, Lda., Lisboa, ISBN: 978-972-44-1506-2.
- Bazeley, Pat (reprint). 2009. – *Qualitative Data Analyses with Nvivo* – 1ª Edição, Sage Publications Ltd, London, ISBN 978-1-4129-2140-4.
- Beaton, Janet; Gupton, Annette. 1990 – *Childbirth expectations: a qualitative analysis* – Midwifery, 6, 133-139.

- Beener, Kathleen R.; Humphreys, Janice. 2006 – *Expectations, Perceptions, and Management of Labor in Nulliparas Prior to Hospitalization* – Journal of Midwifery & Women's Health, 51 (5): 347-353.
- Bezerra, Maria Gorette A.; CARDOSO, Maria Vera L. M. L. 2006 – *Fatores Culturais que interferem nas Experiências das Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto* – Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14 (3): 414-421.
- Brüggemann, Odaléa M.; PARPINELLI, Mary A.; Osis, Maria José D. 2005 – *Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura* – Cadernos Saúde Pública, 21 (5): 1316-1327.
- Boni, Valdete; Quaresma, Sílvia J. 2005 – *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais* – Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, 2 (1): 68-80. Available: <http://www.emtese.ufsc.br>.
- Cadah, Lilian. 2000 – *Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem sob a ótica da Satisfação dos Pacientes* – Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientada pela Professora Doutora Tamara I. Cianciarullo.
- Cahill, Heather. 2001 – *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis* – Journal of Advanced Nursing, 33 (3): 334-342.
- Calman, K.C.1984 - *Quality of life in cancer patients: an hypothesis* – Journal of Medical Ethics, 10: 124-127.
- Gamble, Jenny, Creedy, Debra. 2001 – *Women's Preference for a Cesarean Section: Incidence and Associated Factors* – Birth, 28 (2): 101-110.
- Canaval, Gladys E.; Jaramillo, Cruz D.; Rosero, Doris H. 2007 - *La Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el parto* – Revista Aquichan, 7 (1).
- Capogna, G.; Alahuhta, S.; Celleno, D.; Vlieger, H.; Moreira, J.; Morgan, B.; Moore, C.; Pasqualettil, P.; Soetens, M.; Van Zundert, A.; Vertommen, J.D. 1996 – *Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women* – International Journal of Obstetric Anesthesia, 5: 229-235.

- Castro, Jamile C.; Clapis, Maria José. 2005 – *Parto Humanizado na percepção das Enfermeiras Obstétricas envolvidas com a Assistência ao Parto* – Revista Latino-Americana Enfermagem, 13 (6): 960-967-
- Coleman, P.; Nelson, E.S.; Sundre, D.L. 1999 – *The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers* – Journal of Reproduction and Infant Psychology, 17(1): 27-39.
- Copeland, Debra B.; Harbaugh, Bonnie L. 2004 – *Transition of Maternal Competency of Married and Single Mothers in Early Parenthood* – The Journal of Perinatal Education, 13(4): 3-9.
- Costa, J. Almeida; Melo, A. Sampaio. 1998 – *Dicionário da Língua Portuguesa* – Porto Editora Lda., 8ª Edição, Porto. ISBN: 972-0-05001-2.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. 2003 - *Parto: expectativas, Experiências, Dor e Satisfação* – Psicologia, Saúde & Doença; 4(1): 47-67.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. 2004 – *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)* - Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1): 159-187.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. 2005 – *Questionário de Antecipação do Parto (QAP)* - Psicologia, Saúde & Doenças, 38: 265-295.
- Cronin, Camille. 2003 – *First-time mothers: identifying their needs, perceptions and experiences* – Journal of Clinical Nursing, 12: 260-267.
- Dias, Marcos A. B.; Deslandes, Suely F. 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): 2647-2655.
- Diniz; Cármen S. G. 2005 – *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento* – Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3): 627-637.
- Domingues, Rosa M. S. M.; Santos, Elisabeth M. S.; Leal, Maria C. 2004 – *Aspetos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate* – Cadernos de Saúde Pública, 20, Suplemento 1: S52-S62.

- Fenwick, Jennifer; Downie, Jill; Butt, Janice. 2005 – *The Childbirth Expectations of a selected cohort of Western Australian women* – Midwifery, 21 (1): 23-35.
- Figueiredo, Bárbara; Costa, Raquel; Pacheco, Alexandra. 2002 – *Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas* – Revista de Análise Psicológica, 2 (20): 203-217.
- Flick, Uwe. 2005 – *Métodos qualitativos na Investigação Científica* – 1ª Edição, Monitor-Projetos e Edições, Lda., Lisboa, ISBN: 972-9413-67-3.
- Fortin, Marie-Fabienne. 2003 – *O Processo de Investigação: Da conceção à realização* – 3ª Edição, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures, ISBN: 972-8383-10-X.
- Gamble, Jenny; Creedy, Debra. 2001 – *Women's Preferences for a Cesarean Section: Incidence and Associated Factors* – Birth, 28 (2): 101-110.
- Gardern, Marcia R.; Deatrich, Janet A. 2006 – *Understanding Interventions and Outcomes in Mothers of Infants* – Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29: 25-44.
- Gibbins, Jo; Thomson, Ann M. 2001 – *Women's expectations and experiences of Childbirth* – Midwifery, 17(4): 302-31
- Gil, Antonio. 2002 – *Como elaborar projetos de pesquisa* – 4ª Edição, São Paulo, Edições Atlas. ISBN: 85-224-3169-8.
- Goodman, Petra; Mackey, Marlene C.; Tavakoli; Abbas S. 2004 – *Factors related to Childbirth Satisfaction* – Journal of Advance Nursing, 46 (2): 212-219.
- Gotardo, Glória; Silva, Isília A. 2007 – *Refletindo sobre a Prática Obstétrica à luz de um Modelo de Relacionamento Humano* – Ciência e Cuidados de Saúde, 6 (2): 245-251.
- Green, Josephine; Coupland, Vanessa; Kitzinger, Jenny. 1990 – *Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women* – Birth, 17 (1): 15-24.
- Guerra, Isabel C. 2008 – *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso* – Príncipia Editora, Lda., Cascais, 95 páginas. ISBN: 978-972-8818-66-1.

- Hanson, Lisa; Vandevusse, Leona; Harrod, Kathryn. 2001 – *The Theater of Birth: Scenes from Women's Scripts* – Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 15 (2): 18-35.
- Harwood, Kate. 2004 – *Women's Parenting Expectations and their influence on adjustment to parenthood* – Thesis of PhD of Philosophy/Master's degree of Psychology (Clinical), The University of Western Australia.
- Hauck, Yvonne; Fenwick, Jennifer; Downie, Jill; Butt, Janice. 2007 – *The influence of Childbirth Expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience* – Midwifery, 23 (3): 235-247.
- Hotimsky, Sonia N. et al. 2002 – *O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica* – Cadernos de Saúde Pública, 18 (5): 1303-1311.
- Hults, Leonie A.M.; Teijlingen, Edwin R.; Bonsell, Gouke J.; Eskes, Martine; Bleker, Otto P. 2004 – *Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions?* – Birth: Issues in Perinatal Care, 31 (1): 28-33.
- Ip, W.Y.; Chien W.T.; Chan C.L. 2003 – *Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women* – Journal of Advanced Nursing, 42 (2): 151-158.
- Johansson, Peter; Olén, Magnus; Fridlund, Bengt. 2002 – *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study* – Nordic College of Caring Sciences, Scandinavian Journal Caring Science, 16: 337-344.
- Jommen, Julie. 2007 – *Choice in childbirth: a realistic expectation?* – British Journal of Midwifery, 15 (8): 485-490.
- Kao, Bi-Chin; Gau, Meei-Ling; Wu, Shian-Feng; Kuo, Bih-Jaw; Lee, Tsorng-Yeh. 2004 – *A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations* – Journal Of Nursing Research, 12 (3): 191-201.
- Kasai, K.E. et al. 2008. - *Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital* – Midwifery, doi:10.1016/j.midw.2008.08.001.
- Kennedy, Holly P. 2010 – *The Problem of Normal Birth* – Journal of Midwifery & Women's Health, 55(3): 199-201.

- Kitzinger, Sheila. 2007 – *Birth Crisis* – Routledge: Taylor & Francis Group, Great Britain, ISBN 0-415-37266-6.
- Kralik, Debbie; Visentin, Kate; Loon, Antonia. 2006 – *Transition: a literature review* – Journal of Advanced Nursing, 55 (3): 320-329.
- Lally, Joanne; Murtagh, Madeleine; Macphail, Sheila; Thomson, Richard. 2008 – *More in hope than expectations: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour* – Medicine, 6(7): 1-10.
- Larkin, Patricia; Begley, Cecily; Devane, Declan. 2009 – *Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis* – Midwifery, 25: e49-e59.
- Lavender, Tina; Walkinshaw, Stephen; Walton, Irene. 1999 – *A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience* – Midwifery, 15: 40-46.
- Longworth, Louise; Ratcliffe, Julie; Boulton, Mary. 2001 – *Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births* – Health and Social Care in the Community, 9(6): 404-413.
- Lopes, Rita; Donelli, Tagma; Lima, Carolina; Piccinini, Cesar. 2005 – *O Antes e o Depois: expectativas e Experiências de Mães sobre o parto* – Psicologia: Reflexão e Crítica, 18 (2): 247-254.
- Lozoff, B.; Jordan, B.; Malone, S. 1988 – *Childbirth in cross-cultural perspective* – Marriage and Family Review, 12 (3-4): 35-60.
- Maclean, L.; McDermott, M.; May, C. 2000 – *Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices* – Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18(2): 153-162.
- Maggioni, Cristina; Margola, Davide; Filippi, Francesca. 2006 – *PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study* – Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27 (2): 81-90.
- Martins, José. 2007 – *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a Dimensão Ética* – Pensar Enfermagem, 12 (2): 62-66.

- Meleis, Afaf; Shumacher, Karen. 1994 – *Transitions: A Central Concept in Nursing* – Journal of Nursing Scholarship, 26 (2): 119-127.
- Meleis, Afaf; Sawier, Linda; Im, Eun-Ok; Messias, DeAnne; Schumacher, Karen. 2000 – *Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory* – Advances in Nursing Science, 23 (1): 12-20.
- Meleis, Afaf. 2010 – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* – Springer Publishing Company, New York, ISBN:978-0-8261-0535-6.
- Melender, Hanna-Leena. 2006 – *What constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women* – Journal of Midwifery & Women's Health, 51 (5).
- Mercer, Ramona. 1985 – *Relationship of the Birth Experience to later Mothering Behaviours* – Journal of Nurse-Midwifery, 30(4): 204-211.
- Mercer, Ramona. 2004 – *Becoming a Mother versus Maternal Role Attainment* – Journal of Nursing Scholarship, 36 (3): 226-232.
- Mercer, Ramona; Walker, Lorraine. 2006 – *A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother* – AWHONN, The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, in JOGNN, 35 (5): 568-582.
- Moura, Fernanda; Crizostomo, Cilene D.; Nery, Inez S.; Mendonça, Rita; Araújo, Olívia D.; Rocha, Silvana. 2007 – *A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal* – Revista Brasileira de Enfermagem, 60 (4): 452-455.
- Neves, Maria; Pacheco, Susana. 2004 – *Para uma Ética da Enfermagem - 1ª edição*, Gráfica de Coimbra Publicações, Lda., ISBN: 972-603-326-8.
- Odent, Michel. 2003 – *O Camponês e a Parteira* – Edições Ground, São Paulo, ISBN: 85-7187-182-5.
- Odent, Michel. 2005 – *A Cesariana* – 1ª Edição, Edições Miosótis, ISBN: 972-8779-57-7.
- Oliveira, Sonia; Riesco, Maria Luíza; Miya, Cláudia; Vidotto, Paula. 2002 – *Tipo de parto: expectativas das mulheres* – Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (5): 667-74.

- O'Neal, Chaille. 2001 – *Never forgotten: The Lasting Impact of Birth Trauma* – International Journal of Childbirth Education, 16 (1): 26-28.
- Oweis, Arwa; AbushaikhaA, Lubna. 2004 – *Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience* – International Journal of Nursing Practice, 10: 264-271.
- Pacheco, A.; Figueiredo, B.; Costa, R.; Pais, A. 2005 – *Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez* – Revista Portuguesa de Psicossomática; 7(1): 7-41.
- Peterson, Gayle. 1997 - *Childbirth: The Ordinary Miracle;-Effects of Devaluation of Childbirth on Women's Self-Esteem and Family Relationships* – International Journal of Childbirth Education, 12 (1): 34-37.
- Polit, Denise; Beck, Cheryl; Hungler, Bernardette. 2004 – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* – 5ª Edição, Porto Alegre, Artmed, ISBN 85-7307-984-3.
- Queirós, Ana. 2001 – *Ética e Enfermagem* – Coimbra, Coleção Enfermagem nº 4, Quarteto Editora, ISBN: 972-8717-07-5.
- Remer, Molly. 2008 – *Satisfaction with Birth* – International Journal of Childbirth Education, 23 (3): 13-16.
- Remoaldo, Paula. 2005 – *Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI* – Cuadernos Geográficos, 36 (1): 553-561.
- Santos, A. 2004 – *A importância da Ética na Investigação* – Revista Portuguesa de Cardiologia 23 (4): 627-644.
- Simões, A. 2008 – *Motivações e expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem: estudo numa escola na área de Lisboa* – Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa orientada pelo Professor Doutor Fausto Amaro.
- Soet, Johanna; Brack, Gregory A.; Dilorio, Colleen. 2003 – *Prevalence and predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth* – Birth, 30 (1): 26-46



- Stadlmayr, Werner; Schneider, Henning; Amsler, Felix; Bürgin, Dieter; Bitzer, Johannes. 2004 – *How do Obstetrics variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-GER)?* – European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 115: 43-50.
- Stark, Mary A. 2003 – *Exploring Women's Preferences for Labor Epidural Analgesia* – The Journal of Perinatal Education, 12 (2): 16-21.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet. 2008 – *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria sustentada* – Tradução de Luciane de Oliveira da Rocha, 2ª Edição, Porto Alegre, Artmed, ISBN: 978-85-363-1043-5.
- Streubert, Helen J., Carpenter, Dona R. 2002 – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando um imperativo Humanista* – 2ª Edição, Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., ISBN 972-8383-29-0.
- Simkin, Penny. 1996 - *The experience of maternity in a woman's life* – Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 25 (3): 247-252.
- Simkin, Penny. 2006 – *What Makes a Good Birth and why does it Matter* – International Journal of Childbirth Education, 21 (3): 7-8.
- Singh, Debbie; Newburn, Mary. 2006 – *Feathering the nest: what women want from the birth environment* – Midwives, 9(7): 266-269.
- Tedesco, R.; Maia, N. Filho; Mathias, L.; Benez, A. L.; Castro, V.; Bourrol, G.; Reis, F. 2004 – *Fatores Determinantes para as expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto* – RBGO, 26 (10): 791– 798.
- Teixeira, Neuma Z. F.; Pereira, Wilza R. 2006 – *Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá –MT* – Revista Brasileira de Enfermagem, 59 (6): 740-744.
- Tereso, Alexandra. 2005 – *Coagir ou emancipar: sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes* - 1ª Edição, Formasau- Formação e Saúde Lda.; ISBN: 972-8485-44-1.
- Tornquist, Carmen S. 2003 – *Paradoxos de humanização em uma maternidade no Brasil* – Cadernos Saúde Pública, 19 (2): S419.S427.

- Turato, E. R. 2005 – *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa* – São Paulo: Revista de Saúde Pública.
- Waldenström, Ulla. 1999 – *Experience of Labor and Birth in 1111 Women* – Journal of Psychosomatic Research, 47 (5): 471-482.
- Waldenström, Ulla; Hildingsson, Ingegerd; Rubertsson, Christine; Radestad, Ingela. 2004 – *A Negative Birth Experience: Prevalence and Factors in a National Sample* – Birth, 31 (1), Blackwell Publishing, Inc.
- World Health Organization: WHO: 1998 – *Safe Motherhood* – Geneva.
- World Health Organization: WHO. 1999 – *Care in Normal Birth: A Practical Guide* – Report of a Technical Working Group. Geneva.
- World Health Organization: WHO; International Confederation of Midwives: ICM. 2005 – *Promoting the Health of Mothers and newborns during birth and the postnatal period: Report of the collaborative Safe Motherhood Pre Congress Workshop* – International Confederation of Midwives, Brisbane, Australia.
- Vaz-Serra, A.; Antunes, R.; Firmino, H. 1986 – *Relação entre o autoconceito e expectativas* – Psiquiatria clínica, 7 (2): 85-90.

# ANEXOS



## **ANEXO I**

Pedido de autorização



*Luís Monteiro*  
CENTRO DE SAÚDE  
de Paços de Ferreira

Ex. mo Sr.  
Director do Centro de Saúde  
de Paços de Ferreira

**Assunto:** Pedido de autorização para convidar as grávidas da consulta de vigilância da gravidez para participar num estudo através da realização de uma entrevista.

Maria João Jacinto Guerra, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica a exercer funções no Centro de Saúde de Paços de Ferreira, Unidade de Saúde de Freamunde, a desenvolver um estudo sobre "**O Parto desejado: expectativas de um grupo de grávidas**", no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para abordar as grávidas, na consulta de vigilância da gravidez, convidando a participar no estudo através da realização de uma entrevista.

A investigação tem vindo a demonstrar que as experiências relativas ao parto interferem de forma significativa no funcionamento emocional das mulheres e no estabelecer de uma relação adequada com o recém-nascido (Figueiredo, 2002).


A institucionalização do parto foi um factor determinante que afastou a família e a rede social do processo de nascimento, em que as estruturas físicas e rotinas hospitalares procuram atender as necessidades dos profissionais envolvidos e não das parturientes. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, recomenda uma mudança na forma de prestação de cuidados durante o parto promovendo a sua "naturalização" ao propor alterações de comportamentos institucionalizados e não comprovados pela evidência científica. Esta proposta deu força a movimentos que visam o parto natural e iniciou todo um processo de mudanças por todo o mundo com o objectivo de tornar o parto mais natural.

A finalidade do estudo é **contribuir para a promoção de uma transição saudável para a maternidade**, identificando o conceito de parto natural de um grupo de mulheres grávidas portuguesas, para, segundo as indicações da Organização Mundial de Saúde, contribuir para o conhecimento das necessidades de formação das mulheres para uma decisão livre e responsável sobre o parto.

E-mail: [mjoao.entli@gmail.com](mailto:mjoao.entli@gmail.com)  
Telemóvel: 962 465 142  
Morada: Rua Vilarinho de Cima, nº 21, 2º Dto  
4585-228 Gandra PRD

Agradeço desde a disponibilidade, colocando-me ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

  
(Maria João Jacinto Guerra)

E-mail: [mjoao.cnf@gmail.com](mailto:mjoao.cnf@gmail.com)  
Telemóvel: 962 465 142  
Morada: Rua Vilarinho de Cima, nº 21, 2º Dto  
4585-228 Gandra PRD



## **ANEXO II**

Formulário de dados demográficos



1. Número de série \_\_\_\_

### Dados Demográficos

2. Idade: \_\_\_\_ anos

3. Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos

4. Profissão: \_\_\_\_\_

5. Estado Civil:

casados

união de facto

solteira

6. Freguesia: \_\_\_\_\_

### Dados Obstétricos

Gravidez atual

DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DPP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Complicações associadas à gravidez/ desenvolvimento fetal:

não  sim: (especificar) \_\_\_\_\_

Experiência obstétrica anterior:

Parto(s) anterior(es):

eutócico

ventosa/fórceps

cesariana

Complicações: parto/neonatais:

não  sim: (especificar) \_\_\_\_\_



## **ANEXO III**

Registo do consentimento na participação do estudo



## **Termo de consentimento livre**

### **Título: O parto desejado: expectativas de um grupo de grávidas**

No âmbito dos estudos de Mestrado em enfermagem da Universidade Católica do Porto, Instituto de Ciências da Saúde, Maria João Jacinto Guerra pretende efetuar um estudo sobre as expectativas das grávidas sobre o parto natural. Neste estudo pretendo conhecer o que as mulheres pensam sobre o seu parto, se desejam um parto natural, e onde gostariam de ter o seu parto, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados às mulheres durante o trabalho de parto e parto de modo a ir ao encontro das diretivas da OMS sobre o parto.

Neste sentido peço a colaboração na realização deste estudo através da sua participação ao aceitar ser realizada uma entrevista não formal com a investigadora, entrevista que será gravada se para tal concordar. Poderá a qualquer momento desistir de participar no estudo ficando automaticamente salvaguardado o seu anonimato.

Solicito também, a sua autorização para a utilização da informação recolhida durante o estudo, que será transcrita e dada a ler após a entrevista, estando garantido o sigilo de todas estas informações e o direito de autorizar ou não autorizar o estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo próprio.

Os dados serão utilizados apenas na elaboração e divulgação científica, respeitando o caráter confidencial sobre a identidade dos participantes.

Para qualquer esclarecimento estou à sua disposição através do seguinte endereço:

Maria João Jacinto Guerra

Rua Vilarinho de Cima, nº 21, 2º Direito, 4585-228 Gandra

telemóvel 962465142.

Atenciosamente

---

(Maria João Jacinto Guerra)





Eu, \_\_\_\_\_ com o nº  
de Bilhete de Identidade \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações  
acima referidas, autorizo a investigadora Maria João Jacinto Guerra a efetuar o  
estudo, **O parto desejado: expectativas de um grupo de grávidas**,  
concordando em participar numa entrevista gravada e declaro que não me  
oponho à utilização das informações ou dados recolhidos durante o estudo,  
garantindo o meu anonimato.

\_\_\_\_\_ Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da participante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Porto \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_