

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

A ÁGUA COMO MEIO ALTERNATIVO PARA O NASCIMENTO NATURAL

VÍTOR ANDRADE DA ROCHA

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

VÍTOR ANDRADE DA ROCHA

A ÁGUA COMO UM MEIO ALTERNATIVO PARA O NASCIMENTO NATURAL

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutora. Maria Arminda Costa - professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (requisição).

Agradecimentos

À professora Doutora Maria Arminda Costa pela orientação, amizade e por ajudar a crescer;

À Mestre Maria Vitória Parreira, pela amizade, apoio e disponibilidade

Às participantes, pela disponibilidade em participar neste estudo;

À minha família e amigos pelo estímulo, encorajamento e apoio incondicional

ABREVIATURAS E SIGLAS

cit. – Citado

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Enum. - Enumeração

EUA - Estados Unidos da América

EV – Endovenoso/a

ICBAS – UP: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCF – Ruídos Cardíacos Fetais

págs. – Páginas

supl. -suplemento

Vol. - Volume

RESUMO

O presente estudo, versando o tema “A ÁGUA COMO MEIO ALTERNATIVO PARA O NASCIMENTO NATURAL”, emergiu do interesse em compreender a experiência vivida pelas mulheres durante o seu trabalho de parto, em que o uso do banho de imersão foi utilizado como método de relaxamento para o controlo da dor.

Vários autores referem que a compreensão e interpretação da forma como os sujeitos vivem certos fenómenos com que se deparam na sua vida é fundamental para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Nesta perspectiva, dado que o uso da água como método natural de relaxamento e de controlo da dor, durante o trabalho de parto, constitui uma experiência inovadora e, agora, uma opção crescente para as parturientes, entendemos que era imperioso e pertinente investigar como as parturientes vivenciam esse fenómeno.

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório descritivo, de orientação fenomenológica interpretativa. Como instrumento de colheita de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas. A amostra é constituída por 9 mulheres que vivenciaram este fenómeno residentes nas áreas da Grande Lisboa e Grande Porto.

Os resultados obtidos indicam que a imersão na água durante o trabalho de parto proporcionou às parturientes relaxamento e bem-estar, controlo da dor de parto, facilidade no período expulsivo e permitiu vivenciar o nascimento do seu filho de uma forma mais participativa e intensa.

A recomendação do uso deste método a outras parturientes é comum nas sugestões de todas as participantes sendo que, várias delas afirmam que, se tivessem outro parto, a sua opção voltaria a ser a mesma, pelo quanto foi gratificante vivenciar a sensação de privacidade e calma que o meio aquático promoveu e proporcionou.

No que diz respeito às implicações para a prática de Enfermagem, este estudo sugere uma profunda reflexão relativamente à forma como os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica se relacionam com a parturiente e lidam com as suas necessidades, específicas do fenómeno de parir pois, por um lado, a promoção do respeito pela opinião da parturiente e o facto de serem pró-activas no seu trabalho de parto, foram, também, mencionados como algo que promoveu a satisfação e a auto-estima das mesmas. Por outro lado, este método de assistência ao parto, que está agora a emergir no nosso país, revelou ser um

método não farmacológico promissor do controlo da dor durante o trabalho de parto

RÉSUMÉ

Cette étude qui a pour thème “L’eau comme milieu alternatif pour une naissance naturelle” est survenue de notre intérêt à comprendre quels ont été les vécus des femmes durant leur travail d’accouchement et, plus exactement, sur les cas où la méthode de relaxation et de contrôle de la douleur a été l’immersion dans un bain pendant le travail.

Comme nous le disent plusieurs auteurs, la compréhension et l’interprétation de la façon comme les sujets vivent certains phénomènes auxquels ils sont confrontés durant leurs vies est fondamental pour l’amélioration des soins infirmiers. De ce fait, puisque l’utilisation de l’eau comme méthode de relaxation et de contrôle de la douleur, durant le travail d’accouchement, est une expérience innovatrice et une option croissante, aujourd’hui, pour les parturientes, nous sentons qu’il est impératif d’investiguer la manière comme les parturientes vivent ce phénomène.

Ceci est une étude qualitative exploratoire descriptive, suivant le courant phénoménologique interprétatif. Notre instrument de recueil de données a été des entrevues semi-structurées. Notre échantillon est composé de 9 femmes qui ont vécu ce phénomène et résidentes dans les régions de Lisbonne et Porto.

Les résultats obtenus nous indiquent que l’immersion dans l’eau pendant le travail d’accouchement a proportionné aux parturientes relaxation et bien-être, contrôle de la douleur d’accouchement, facilité de la période expulsive et leur a aussi permis de vivre la naissance de leur enfant d’une façon plus participative et intense.

La recommandation de l’utilisation de cette méthode à d’autres parturientes est commune dans les suggestions de toutes nos participantes et plusieurs ont dit que dans un prochain accouchement, elles feraient la même option puisque le milieu aquatique a promu beaucoup de satisfaction relativement à la sensation d’intimité et de calme.

En ce qui concerne les implications dans la pratique des sages-femmes¹, cette étude suggère une profonde réflexion relativement à la forme comme celles-ci se mettent en rapport avec les parturientes et font face à leurs nécessités, spécifiques du phénomène d’accoucher puisque le respect envers l’opinion des parturientes et le fait qu’elles se soient senties actives pendant leur travail d’accouchement ont aussi été mentionnés comme un point qui a promu leurs

¹ Au Portugal, les sages-femmes ont le titre d’infirmières spécialisées en soins obstétricaux.

satisfactions et leurs auto-estimes. D'une autre part, cette méthode, qui est émergente au Portugal s'est avérée prometteuse face à la douleur d'accouchement, de façon non pharmacologique.

ABSTRACT

The subject of this study “Water as an alternative way for natural birth” came about from the interest of understanding which are the experiences women pass through during their labor, but only those who used the immersion in water during the labor, as a way of relaxation and pain control.

Many authors think that understanding and interpretation of the way that people react to certain phenomenon is crucial to improve the quality of nursing care. According to this, as the use of the water as a natural method for relaxation and pain control, during labor, is an innovative experience and a growing option for parturient, we felt that it was very important to investigate the way women live this phenomenon.

This is a qualitative exploratory and descriptive study, with phenomenological interpretative orientation. The data were collected with semi-structured interviews. Our sample was composed by 9 women who have lived this phenomenon from the regions of Lisbon and Porto.

The results indicate that the immersion in water during labor has promoted relaxation and well-being in the women, pain relief, and an easy second stage and allowed the women to live a more participative and more intense delivery.

The recommendation of this method to other women is common in the suggestions of all the participants and, they also say that, in a future childbirth, they would like to choose the same way of laboring because of the satisfaction they have obtained, by this method, regarding the calm and privacy feelings.

About its implication in nursing care, this study suggest a profound reflection about the midwives²-laboring women relationship and the way those professionals respond to those women needs, that are specific of the childbirth phenomenon, as the respect for the opinion of the laboring woman and the fact that they felt active in their childbirth was mentioned as a satisfaction and higher self-esteem promoter. On the other hand, this childbirth method is now beginning in Portugal, and seems to be a promising non-pharmacological way for labor pain relief.

² In Portugal, midwifery is a nursing specialized care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	18
1- Breve resenha histórica da Obstetrícia	19
2- o corpo sentido, o corpo vivido	21
2.1- Fenómeno “corpo grávido”	25
3- O RELAXAMENTO E O TRABALHO DE PARTO	32
3.1- A fisiologia do parto.....	32
4- A HIDROTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO	37
5- O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO.....	47
PARTE II – O ESTUDO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA	52
1- O PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
1.1- Seleccionando o fenómeno de interesse	54
1.2- Seleccionando o tipo de abordagem do estudo.....	56
1.3- A Fenomenologia e a Enfermagem.....	57
2- O DESENHO DO ESTUDO.....	60
2.1- População-alvo e amostragem	61
2.2- Questões éticas.....	62
2.3- Instrumento de colheita de dados	62
3- EFECTUANDO UMA REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA	64
PARTE III- CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
1- REFLEXÕES FINAIS.....	86
2- ALGUMAS SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E INVESTIGAÇÃO	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	106

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é uma experiência única que culmina um período de gravidez de cerca de 40 semanas e no qual a mulher se defronta com grandes dualidades de sentimentos, com algumas apreensões, medos, mas também com algumas alegrias.

Este estudo radica no interesse em compreender esta complexidade de sentimentos experienciada pelas parturientes, nas situações em que utilizaram o meio aquático como meio natural de relaxamento e de controlo da dor.

Ao longo do seu ciclo vital, cada mulher experiencia diversos fenómenos que deixam marcas em variadíssimas vertentes como a física, a psicológica, a social, a económica etc...

Desses fenómenos destacamos um que é único, exclusivo da condição feminina e que, mesmo se esse se repetir na vida da mesma mulher, revestir-se-á de características tão especiais que nunca pode ser igual ao anterior: estamos a falar do trabalho de parto.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em Portugal, no ano de 2007, houve 100140 partos, isto é, mais de 100000 mulheres viveram o fenómeno de parir no nosso território.

Pela importância do sucesso dos partos, no que concerne a manutenção da espécie, muito se tem investido em estudos e em recursos para a melhoria constante do atendimento à mulher em trabalho de parto e ao recém-nascido. Os resultados estão a vista: se Portugal tinha taxas de morte neonatal que envergonhavam o país no século passado, hoje em dia podemos afirmar que conseguimos atingir valores de que nos podemos orgulhar: segundo o Instituto Nacional de Estatística a taxa quinquenal de mortalidade neonatal entre 2002 e 2006 fora de 2,6‰.

Para esses indicadores de saúde, em muito contribuiu a melhoria da vigilância da gravidez, e um apoio mais profissional no trabalho de parto.

Embora o parto seja um fenómeno natural no ciclo vital da maioria das mulheres, ele tem sido transformado, lentamente numa situação de controlo humano necessário, no sentido de reduzir os riscos inerentes, reduzir as taxas de morte neonatal e obter melhores indicadores de saúde.

Também à luz do modelo de assistência à mulher em trabalho de parto, preconizado pela obstetrícia tradicional tudo parece resolver-se através da medicação e das intervenções humanas, que muitas vezes são classificadas como

prejudiciais e/ou potencialmente prejudiciais ou sem benefícios associados, pela OMS (1996).

Segundo CARON e SILVA (2002:486), “ *A obstetrícia moderna nasceu sob a tutela da cirurgia e transformou o parto e o nascimento em um evento medicalizado, descaracterizando a essência original do fenômeno existencial e psicológico, para mãe e filho [...]*”. É esse afastamento ao fenômeno vivido do parto, a essa faceta subjectiva e individual, que nos suscitou uma primeira preocupação sobre como vivenciam, as mulheres, estes partos “descaracterizados”.

Esta visão, meramente biológica do parto, resultou numa certa “mecanização” do mesmo, de tal forma que, segundo os mesmos autores, esta forma de prestar cuidados nas salas de parto tem contribuído para uma crescente angústia das parturientes para quem o parto se converteu num evento de risco e de dor, além de provocar nelas um receio extra, em relação à equipa que as irá atender durante o seu trabalho de parto, visto estarem rodeadas de histórias de partos com atendimento impessoal, distante e mecanizado. Neste modelo assistencial, o profissional “apodera-se” do corpo da parturiente assumindo uma autorização implícita desta para a execução das suas tarefas técnicas obstétricas sem dar o relevo que a parte emocional da parturiente merece.

A perda de controlo sobre o parto e uma conseqüente redução da satisfação das mulheres relativa à forma como vivenciam este fenómeno conduziu ao crescimento de um movimento pró-parto natural. Aliado a este movimento está o crescimento notório do parto aquático, desde a sua exploração mais profunda por Michel Odent em França.

Inúmeros estudos a nível mundial recolhem dados relativamente às várias técnicas para que os cuidados se tornem cada vez mais adequados e sofisticados. Contudo, uma pesquisa bibliográfica, mesmo a nível mundial, revela maior dificuldade no encontro de estudos versando sobre a vertente fenomenológica do parto, nomeadamente as vivências das mulheres do seu trabalho de parto, bem como as vivências dos companheiros, etc... OLIVEIRA e MADEIRA (2002:135) confirmam esta escassez de estudos desta natureza: “*Ao perscrutar a literatura acerca do parto humanizado, não encontrei nenhum trabalho que sustentasse esse tipo de assistência na -visão dos sujeitos que o vivenciaram.*” Estes autores referem que, ao longo da sua pesquisa bibliográfica a nível mundial, descobriram uma falta importante de procura de entendimento quanto à subjectividade individual associada ao parto isto é, à forma como as parturientes vivenciam este momento único das suas vidas e o que lhes provoca mais satisfação nesse

fenómeno, às necessidades que mais sentem ao longo do trabalho de parto, à razão das atitudes que tomam ou que gostariam de tomar, entre outros.

Esta lacuna levou-nos a estudar essa vertente do trabalho de parto, contudo, desenvolvido numa condição específica - a de decorrer em meio aquático -.

A nossa experiência profissional demonstra-nos que muitas grávidas não têm perspectivas quanto ao seu parto futuro; ou apenas referem que irá ser no hospital ou, se ambicionam algo de “diferente”, mesmo em meio hospitalar, apresentam-se “derrotadas” à partida, por medo de referirem na sala de partos que desejam serem mais “donas do seu parto”, encarando-o como algo de natural e sem necessidade de medicação. Estas mulheres, referem-nos muitas vezes que têm apenas medo de tentarem vivenciar um parto mais parecido com o que elas desejam porque, sendo marginal ao instituído, receiam sofrer represálias.

Toda esta situação levou-nos a querer saber mais sobre o que as mulheres, de facto vivenciam no seu trabalho de parto e, a emergência de partos aquáticos no nosso país, orientou-nos na sua direcção. É pois, nossa convicção que, desvelando a essência do fenómeno do parto, contribuiremos para a melhoria da assistência direccionada à mulher durante o seu processo de parto.

Como já referimos, estudos fenomenológicos sobre as vivências das parturientes durante todo o trabalho de parto não são muito numerosos; contudo, já existem vários trabalhos versando sobre a humanização do parto.

Baseando-se em vários outros autores, DOMINGUES e DIAS (2005) referem que nos últimos anos, vários autores e organizações não governamentais têm-se preocupado com a desumanização da assistência ao parto e a medicalização excessiva e simultânea do mesmo. Exemplo disso é a OMS que, desde a década de 80 tem vindo a emitir uma série de recomendações relativas aos cuidados a prestar durante a vigilância do parto normal (denominação que a organização utiliza). Essas recomendações têm bases científicas que contestam as práticas preconizadas no modelo biomédico de assistência ao parto de baixo risco. Como nos referem DAVIM e BEZERRA (2002:728), “ [...] a Organização Mundial de Saúde preconiza medidas onde a mulher em trabalho de parto deverá ter suporte emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções.”

Assim, os argumentos a favor desta evolução de regresso ao parto natural têm as suas bases científicas. Na verdade, o cocktail hormonal desencadeador e motor do trabalho de parto tem sido amplamente estudado nos últimos anos, assim como os efeitos secundários nefastos e invisíveis da tecnologia de parto. ODENT (2005) escreveu um livro sobre esta matéria em que refere que a cesariana parece

estar a transformar-se mais numa indústria do nascimento do que propriamente uma cirurgia de salvação. No Reino Unido foi criado o Primal Health Research³ cuja base de dados fornece os resultados de vários estudos científicos realizados por todo o mundo, e onde se comprovam vários riscos subtis ligados às diferentes formas de parir.

A própria vinculação mãe-bebé parece de alguma forma comprometida visto estar provado que intervenções no parto, como a epidural por exemplo, interferem neste processo, assim como na amamentação.

Se é verdade que movimentos pro-naturalismo sejam crescentes, não é menos certo que a preocupação com a dor de parto mantém-se uma constante. É nessa perspectiva que vários métodos de lidar com o parto foram-se desenvolvendo ao longo dos últimos anos sendo o mais popular o método Lamaze ou psicofilático.

Um dos métodos que tem vindo a crescer, é o uso da hidroterapia durante o trabalho de parto. Segundo ENNING (1995), embora os partos na água se tenham mantido comuns em algumas civilizações tribais contemporâneas, só em finais dos anos 60 é que, na maternidade de Pithivier, em França, Michel Odent inicia o uso do banho de imersão durante a dilatação, e o nascimento. Os resultados que obteve foram promissores em termos de controlo da dor e de relaxamento e desde então, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos no sentido de ficar assegurado a sua viabilidade em termos de alternativa aos métodos medicamentosos médicos tradicionais. Segundo BALASKAS (2002:13) “[...] *la mayoría de las mujeres se sorprenden de la sensación tan estupenda de alivio que sienten en cuanto entran a la piscina. La piscina ayuda a las mujeres a llevar mejor el dolor [...]. Para muchas mujeres, la piscina supone una alternativa a la epidural.*”⁴

Este método não é aplicado em nenhuma instituição de saúde, de forma rotineira (até ao momento), em Portugal sendo, por isso, uma situação pioneira no nosso país, e a sua divulgação ainda muito recente. Daí advém ainda a escassez de conhecimentos, de forma generalizada, por parte dos profissionais de Saúde Materna e Obstetrícia, e, por esse motivo, essa lacuna constituiu um dos pontos de partida que nos levou a desejar saber mais acerca desse fenómeno - o uso do meio aquático no trabalho de parto.

³ Consultado em: <http://www.birthworks.org/site/primal-health-research.html>

⁴ [...] A maioria das mulheres surpreendem-se com a sensação estupenda de alívio que sentem ao entrarem na piscina [...]. Para muitas mulheres, a piscina é uma alternativa à epidural.

Sabemos que este fenómeno está em crescimento em Portugal e reveste-se de grande importância que toda a comunidade obstétrica esteja desperta e procure ter acesso ao máximo de informação sobre ele.

Nos locais onde o parto aquático é uma alternativa de escolha colocada à disposição das mulheres, o parto natural assume uma relevância muito maior. Tal implica uma maior participação activa da mulher no seu parto, falando-se até em “parto activo”. Citando MURRAY (1996), DOMINGUES, SANTOS e LEAL (2004:60) referem que “*O envolvimento no processo decisório/controlado da situação tem sido apontado como uma das questões principais para a satisfação das mulheres com os serviços que atendem o parto.*” Os mesmos autores referem ainda que as mulheres que se sentiram em maior controlo do seu parto têm experiências mais positivas do parto, maior nível de satisfação e menor risco de desenvolverem depressão.

BRAILEY (2006:29) confirma que “*De fait, se sentir en état de contrôler la situation semble être un des facteurs les plus importants influençant l’expérience qu’ont les femmes de leur accouchement*”⁵. Nessa perspectiva, esta autora apoia a realização de planos de parto pois, dessa forma, a mulher torna-se mais responsável pelo seu parto e informa, *à priori*, os profissionais de saúde dos seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto; refere ainda que a necessidade de se fazer ouvir tem resultado na crescente procura de doulas, sendo estas, mulheres que acompanham a parturiente e que, no caso de necessidade, lhes podem servir de “advogada” no sentido de reforçar junto à equipe de saúde, os desejos e as necessidades da parturiente.

Essa parece ser mais uma vantagem do parto aquático. Na verdade, este método implica a observação da naturalidade inerente ao fenómeno de parir. Contudo, apesar de todos esses dados favoráveis associados a este método natural de relaxamento e de controlo da dor, constata-se a sua rara utilização em Portugal e a ausência do seu estudo no nosso país. Tal facto constituiu outra motivação para a realização do presente estudo. Sendo, o investigador, um enfermeiro obstetra, o âmbito deste estudo está directamente relacionado com a sua área de competências, ou seja, os processos de gravidez/ parto fisiológicos.

Várias foram as preocupações que surgiram:

⁵ [...] A maioria das mulheres surpreendem-se com a sensação estupenda de alívio que sentem ao entrarem na piscina [...]. Para muitas mulheres, a piscina é uma alternativa à epidural.

A primeira está directamente relacionada com a nossa questão central: compreender as vivências das mulheres aquando do seu trabalho de parto, realizado em banho de imersão.

Outras preocupações prendem-se com a incredulidade dos profissionais de saúde relativamente á eficácia do método em si e quanto à satisfação que ele produziu nas mulheres que, conscientemente, optaram por ele.

Uma terceira preocupação deriva da falta de visão holística da parturiente, por parte do modelo biomédico de condução do trabalho de parto. Na verdade vários autores, como TERESO (2005:41), “apontam o dedo” aos cuidados prestados na sala de parto na qual *“a organização de poder assenta sobre uma ideologia tecnomédica, em que as parturientes são consideradas como objectos [...]”*.

A satisfação das mulheres pelos cuidados recebidos aquando de um parto estão intimamente ligados ao ambiente que as rodearam no momento do nascimento do seu filho, e este ambiente influencia directamente o decurso do trabalho de parto. ENKIN (2005:134) faz referência a estudos controlados que comparavam os efeitos no trabalho de parto em casas de parto e instituições hospitalares tradicionais, com uma população alvo total superior a 8000 mulheres; os resultados referem que *“As mulheres designadas para trabalho de parto e parto em casas de parto usaram, em média, menos medicamentos analgésicos durante o trabalho de parto, houve menor probabilidade de estímulos do trabalho de parto com ocitocina, e elas tiveram uma chance ligeiramente maior de ficarem muito satisfeitas com a sua experiência de parto.”*

A verdade é que a procura de formas naturais de parir, segundo várias publicações científicas, tem sido crescente nos últimos anos (SOTO, 2006). Uma das formas sugeridas por vários autores para ajudar a mulher a enfrentar o fenómeno do parto é a utilização do meio aquático para o seu relaxamento e seu auto-controlo, face à dor no parto.

Mais uma vez, surge como evidente a necessidade premente de entendermos o trabalho de parto como um fenómeno especial da vida de cada mulher e, neste sentido, parece-nos evidente, mais uma vez, que é essencial que os EESMOs conheçam melhor a forma como as mulheres vivem cada parto, os significados que lhes atribuem, as necessidades que sentem, os sentimentos que desenvolvem no seu decurso, e as razões das atitudes que desejam ter.

Neste âmbito, o estudo visa entender-se o significado atribuído à experiência de trabalho de parto desenvolvido no meio aquático por parte das mulheres que

escolheram esta forma natural de parirem. Assim, as questões delineadas para esta investigação foram:

- Que sentimentos emergiram da experiência de um trabalho de parto conduzido, naturalmente, no meio aquático?
- Como vivenciam as mulheres o primeiro contacto com o seu Filho, utilizando esse método?
- Como as mulheres descrevem esta realidade vivida face a uma outra experiência possível, para ser vivenciada por si ou por outras mulheres nas mesmas circunstâncias?

Para dar resposta a estas questões definimos os seguintes objectivos

- Compreender as vivências das mulheres que experienciaram o uso do meio aquático, como método natural de relaxamento e de controlo da dor no seu trabalho de parto.

- Conhecer os contributos da hidroterapia no trabalho de parto, que emergem das vivências das mulheres, no que concerne ao relaxamento/ auto-controlo e no seu relacionamento com o RN.

Para STRAUSS e CORBIN (2003:39), a pergunta da investigação é *“interrogante específico al que se dirige esta investigación, que establece los parámetros del proyecto y sugiere los métodos que se deben usar para la recolección y análisis de los datos.”*⁶ Dessa forma, a questão central da nossa investigação é:

Como vivenciam as mulheres o trabalho de parto desenvolvido com a ajuda do banho de imersão?

Para a consecução destes objectivos e no sentido de dar resposta às questões inerentes ao objecto de estudo, desenvolvemos o presente trabalho que se encontra estruturado e organizado em três partes:

Na primeira parte, considerámos pertinente a elaboração de uma abordagem teórica relativa aos aspectos fundamentais relacionados com a gravidez/ trabalho de parto, assim como as implicações na prática da Enfermagem.

Numa segunda parte, apresentamos uma abordagem sobre o método científico escolhido para a realização desta investigação. Também está aqui incluída a abordagem empírica realizada sobre as descrições das experiências de parto

⁶ a interrogação específica a que se dirige a própria investigação e que estabelece os parâmetros do projecto sugerindo os métodos que se devem utilizar para a colheita e tratamento dos dados

vividas em meio aquático por parte das mulheres que aceitaram participar neste estudo.

Finalmente, na terceira parte, no capítulo das considerações finais, estão descritas as conclusões que emergiram desta investigação, quais as suas implicações em termos de cuidados de Enfermagem e algumas sugestões em aberto para eventuais alterações em termos de atendimento à parturiente, possíveis estudos futuros versando o mesmo fenómeno e sugestões ao nível da formação profissional na área da Enfermagem Obstétrica.

PARTE I - A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

1- BREVE RESENHA HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA

No século XIX, as mulheres de classe mais elevada começaram a solicitar o acompanhamento da sua gravidez e do seu parto tanto por parteiras como médicos e na era vitoriana, inicia-se a introdução de fármacos no trabalho de parto (como o ópio). Em suma, criou-se, nessa época, a crença de que partos controlados pelo Homem tanto por meios farmacológicos como através do uso da sua instrumentação seriam mais seguros, rápidos e menos dolorosos do que aqueles dirigidos naturalmente pelas parteiras. Podemos afirmar que as promessas da ciência “hospitalizaram” o parto.

Contudo, essa hospitalização do parto teve custos; segundo COUTO (2003:76), *“Um obstetra inglês apercebeu-se de que, no hospital, as mulheres se sentiam tensas, com medo, sós, e pariam com dificuldade; era necessário, por isso, intervir não só sobre o seu estado físico [...] mas também sobre o seu estado psíquico”*. O mesmo autor (2003: 78) afirma-nos que *“A maioria dos defensores da preparação para o parto concorda que as principais causas de dor, durante o trabalho de parto, são o medo e a tensão, que transformam uma sensação natural e fisiológica numa sensação dolorosa.”*

Esta afirmação também é confirmada por READ, citado por BOBAK (1999:235): *“Se medo, tensão e dor andam de mãos dadas, então é necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e assim, eliminar a dor.”*

Vários métodos surgiram no sentido de promover o relaxamento da mulher durante o trabalho de parto. Todos têm o objectivo de combater a dor através do relaxamento. O método Lamaze, ou psicoprofiláctico, segundo BURROUGHS (1995) é o mais utilizado e baseia-se em exercícios respiratórios que ajudam a parturiente, perante o estímulo da dor, a manter o seu auto-controlo. A verdade é que este método é o mais popular, segundo a mesma autora. Contudo, não é menos verdade que não impediu o recurso concomitante da analgesia epidural, como refere GRAÇA (2000).

Porém, vários estudos parecem confirmar que existem outros meios eficazes para reduzir a taxa de medicação e da intervenção médica no trabalho de parto. Por exemplo, no seu estudo (cujos resultados são condizentes com outros), SOTO (2006:102) afirma que *“aquellas mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto tienen resultados significativos en términos de reducción en la*

tasa de cesárea, partos instrumentalizados, menos anestesia, episiotomía, uso de ocitocina y mayor tiempo de apego”⁷

A hidroterapia é outro método natural de relaxamento para o trabalho de parto. Os efeitos da água já se encontram estudados em várias partes do mundo e são sumariados por BOBAK et all (1999:237): “*A hidroterapia (banhos) [...] tem vários benefícios. O alívio do desconforto e o relaxamento generalizado do corpo reduzem os níveis de ansiedade da mulher. A diminuição da ansiedade diminui a produção de adrenalina que, por sua vez, permite um aumento dos níveis de ocitocina [...] e de endorfinas (para redução da percepção da dor).*”

Além desses, podemos descrever a sensação de leveza – Princípio de Arquimedes – que possibilita uma mais fácil movimentação e escolha de posicionamentos anti-álgicos; com o movimento, a descida do feto pelo canal de parto é promovida. O relaxamento tecidual é um dado inegável que reduz a necessidade de episiotomias. O relaxamento obtido com a utilização da água facilita a produção de ocitocina materna.

Outros métodos surgiram como a Sofrologia, a loga, entre outros contudo, sendo a hidroterapia o núcleo de todo este estudo, não iremos nos alongar nos restantes métodos.

Vários estudos têm sido realizados sobre a forma como o parto decorre, em termos farmacológicos, de intervencionismo médico e a satisfação obtida em termos de relaxamento, de controlo da dor entre outros parâmetros. Por exemplo, COSTA et all (2003), no seu estudo revela-nos que as mulheres com parto eutócico, sujeitas à analgesia epidural revelam maior grau de satisfação com o seu parto, com maior auto-controlo, maior poder decisivo, maior capacidade de relaxamento e com relaxamento mais útil do que aquelas que não utilizaram a analgesia epidural para o trabalho de parto. Este estudo, à partida, parece confirmar que a analgesia epidural seria um método de relaxamento e de controlo da dor bastante competitivo – embora farmacológico -. Contudo, ele apenas compara a utilização desta forma de analgesia com a sua não utilização, isto é, não revela a forma como as mulheres sem epidural desenvolveram o seu trabalho de parto; não há informação sobre a aplicação EV ou não de ocitocina, a monitorização contínua ou intermitente dos RCF, da liberdade ou não de movimento e de escolha da posição de parir.

⁷ As mulheres que tiveram apoio contínuo durante o parto tiveram resultados significativos em termos de redução na taxa de cesariana, partos instrumentados, menos analgesia, episiotomia, uso de ocitocina e maior tempo de vinculação.

Como verificaremos ao longo deste trabalho, estas situações concorrem directa e marcadamente no desenrolar do trabalho de parto, na capacidade da mulher em se relaxar e em auto-controlar a sensação de dor.

2- O CORPO SENTIDO, O CORPO VIVIDO

O corpo. Parece, à primeira vista, um conceito bem definido mas, na verdade, se analisarmos o corpo sob o prisma de diferentes autores de diversas áreas, verificaremos que se trata de um conceito bastante complexo e em constante mutação.

O conceito de corpo é um conceito mutável ao longo dos tempos. É interessante termos em mente, como nos afirma FURTADO (2001:28) que *“O corpo feminino foi percebido e significado, ao longo da história como insuficiente em relação ao masculino. Esta “insuficiência” teria como contraponto o poder da maternidade”*. Assim, a mesma autora afirma-nos também que, desde os primórdios, ao corpo feminino foi-se associando a função de procriação e de educação dos filhos. Esta associação foi-se vincando ainda mais na Idade Média e, qualquer mulher que tentasse adoptar uma postura diferente seria rapidamente rotulada negativamente.

Freud, mais tarde, no seu trabalho desenvolvido junto das mulheres, acrescentou ao conceito de corpo feminino a vertente da sua sexualidade. Segundo FREUD, citado por FURTADO (2001:29) *“Hoje, mais do que “um enigma”, o feminino é um corpo que, considerado como pulsional, está em constante construção”*. Podemos verificar que o corpo de uma mulher apresenta, ao longo de uma vida, marcações biológicas produtoras de alterações psicológicas intensas como sejam a puberdade (pela menarca e as menstruações) e como a menopausa (sinal do fim da fase reprodutora). Estas alterações também afectam a forma como a mulher percebe o seu corpo.

De facto, a forma como o ser humano pensa o seu corpo é mutável ao longo da sua vida e está intimamente ligada ao acumular das suas experiências de vida e aos valores culturais da sociedade em que vive. DAOLIO (1995:25) refere-se exactamente à importância que cada cultura tem sobre a percepção e a utilização do corpo pelos indivíduos: *“O corpo é uma síntese da cultura, porque expressa elementos específicos da sociedade da qual faz parte. O Homem, através do seu corpo, vai assimilando e se apropriando dos valores, normas e costumes sociais,*

num processo de inCORPOração (a palavra é significativa). Mais do que um aprendizado intelectual, o indivíduo adquire um conteúdo cultural, que se instala no seu corpo, no conjunto de suas expressões.” Por outras palavras, consoante a sociedade em que um indivíduo existe, ele terá uma percepção diferente do que o seu corpo é, e de como o deve utilizar em sociedade. Por exemplo, em algumas culturas indígenas, a nudez é natural e é exibida sem problemas em público; na nossa sociedade, a nudez em sociedade é reconhecida como exibicionismo e punível por lei (excepto em locais específicos para a nudez como algumas praias por exemplo). Outra autora que foca a importância do factor cultural na construção social do corpo é GOLDENBERG (2002:87) que, baseando-se em MAUSS, afirma-nos que *“Para Mauss, o conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam uma cultura também se refere ao corpo. Assim, há uma construção cultural do corpo, com valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo típico para cada sociedade. Esse corpo [...] é adquirido [...] por meio de “imitação prestigiosa”: os indivíduos imitam atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito e que viram ser bem sucedidos.”* A mesma autora ainda refere que a construção corporal também está muito relacionada com as modas, e contexto socio-educacional onde está inserida. Como veremos mais a frente, algumas das nossas participantes construíram a sua imagem corporal de parturiente que utiliza a água após obterem informações em congressos ou através da Web ou, também, porque foram testemunhas de partos em meio aquático com sucesso.

Outros autores referem-se ao corpo de uma forma bem mais profunda.

Baseada em MERLEAU-PONTY (1962), AZEVEDO (2003) refere-nos que o conceito de pessoa, no mundo ocidental, baseava-se numa *“entidade privada e abstracta, onde os sentimentos e a razão coabitavam em compartimentos estanques no reservatório que é o corpo. Este e a mente possuíam funcionamentos autónomos: o corpo era uma máquina passível de avariar, sendo a mente livre e capaz de pensar com lógica e independência. Alguns ainda viam a pessoa constituída por mais uma dimensão - o espírito -, não havendo contudo interpermeabilidade das várias dimensões.”*

No entanto, como afirmámos anteriormente, o conceito de corpo é mutável no tempo e de acordo com os autores e suas áreas de estudo. Para RENAUD (1994), o corpo/pessoa é algo de multidimensional indissociável do universo em que vive. De alguma forma, diríamos que o mundo, sem a existência do corpo não existe pois que o corpo é o nosso meio para experimentar o mundo e conhecê-lo.

Como nos afirma COELHO (1997), o corpo pode ser entendido como o primeiro campo onde toda a experiência aparece; ele é o nosso meio de acesso ao mundo para que este nos seja revelado, e para que possamos tomar consciência da sua existência. É o corpo que nos dá um sentido no nosso universo e, em boa verdade, ele é a fonte de toda a comunicação com este. Por esses motivos, o corpo não é um fim em si mesmo; deverá ser entendido como uma passagem de/para o exterior, sem nunca se confundir com ele. O nosso corpo torna-se algo de único e de um valor incalculável nas nossas vivências por quanto é por ele que nos distinguimos do mundo que nos rodeia apesar de ser por ele que nos interligamos á nossa realidade envolvente.

Outra característica importante do corpo é a sua singularidade; um corpo forma-se a partir das experiências que vai vivenciando na sua contínua interacção com o mundo que o rodeia. Este facto faz com que não hajam dois corpos iguais pois que as experiências individuais revestem-se sempre de uma componente subjectiva mais ou menos marcada. Por mais proximidade que haja entre duas pessoas, nunca é possível elas transmitirem objectiva e totalmente o que sentem ao outro. Cada corpo sente em si próprio. Cada experiência é única.

Esta nova forma de olharmos para o corpo permite-nos percebê-lo sob diversos ângulos que banalmente não são valorizados e que, em última instância, são fundamentais para atingirmos uma plena consciência do que o corpo representa nas nossas vidas. Assim, além do “Corpo-Objecto” que vulgarmente conhecemos e de quem usualmente falamos, novos conceitos relativos ao corpo surgiram:

- O Corpo Vivido –RIBEIRO (2005:18) afirma-nos *“Na linha de pensamento de MERLEAU-PONTY, portanto, nem o corpo é objecto, nem a consciência do corpo é um pensamento [...] não tenho outro meio de o conhecer [o corpo] senão vivê-lo isto é, assumir à minha conta o drama que o atravessa e confundir-me nele.”* Por outras palavras, baseando-se em VARELA, o autor afirma que mente e corpo são indissociáveis – *“Varela (1993:234) havia afirmado que a incorporação da mente determina a circulação contínua entre conhecimento objectivo e experiência vivida, e que a cognição deve ser entendida «não como reconstituição ou projecção, mas como acção incarnada» [...] na cognição vivida «os processos sensoriais e motores, a percepção e a acção são fundamentalmente inseparáveis».*

Em suma, podemos assumir a corporeidade como um fenómeno-história em que a noção de identidade pessoal se vai construindo ao longo da vida, através do acumular de experiências físicas e cognitivas vividas pelo corpo.

- O Espaço-Tempo Corporal – uma condição obrigatória para o corpo é o espaço físico que ele ocupa durante um determinado período de tempo. Desta forma, também se pode afirmar que tempo e espaço são dois conceitos indissociáveis e fundamentais no conceito de corpo. A consciência do espaço corporal é muito importante. O meu corpo vivido tem uma espacialidade que nenhum outro pode ocupar na sua vez. É a partir do espaço do meu corpo, do local que ele ocupa que percepciono e interajo com o mundo, podendo me aproximar ou afastar de outros objectos ou corpos, consoante os percepciono com prazer ou como algo de nefasto. Nenhum outro espaço no mundo é mais significativo para a pessoa senão o seu espaço corporal e, sendo a partir dele que vive o seu exterior, o seu ponto de vista será sempre subjectivo e muito pessoal pois ninguém poderá vivenciar o mundo do mesmo modo, no mesmo local que o próprio sujeito.

Esta noção de espaço é importante pois é sabido que cada pessoa necessita de um “espaço vital”, isto é, um perímetro de segurança em torno do seu corpo que é interdito à entrada de terceiros excepto aos indivíduos escolhidos pela própria pessoa.

A outra noção, a do tempo corporal, também não é simplesmente igual ao tempo cronológico. Enquanto este reflecte apenas o decorrer do tempo, a passagem de cada segundo, de uma forma abstracta, vazia e impessoal, o tempo corporal está intimamente ligado ao tempo vivido, à duração da vida, aos momentos significativos que a pessoa experimentou no passado ou perspectiva para o futuro. O tempo corporal torna-se assim individual e intransmissível. Da mesma forma como o espaço corporal é o centro do mundo individual de cada sujeito, o tempo corporal é o centro histórico de cada um, onde todas as experiências se acumulam. O tempo vivido identifica-se com o Eu de cada sujeito; ele precisa da sua história de vida para existir.

Em suma, o corpo pode ser pensado, estudado ou encarado sob diversos prismas de igual importância, sem sobrevalorização de um em detrimento dos outros pois todos são interdependentes entre si; todos eles terão a sua extrema importância no entendimento de quem a pessoa é, na construção do seu auto-conceito e na sua forma individual de ver e interagir com o seu exterior.

Como já referido anteriormente, ao corpo feminino foi associado, desde os primórdios, a origem da vida. A auto-imagem traduz o conceito que a mulher tem de si própria e desempenha um papel central, não só na relação que tem com o seu corpo mas também com aquela que desenvolvemos com o nosso exterior.

Esta auto-imagem vai-se construindo ao longo da vida (tempo corporal) com o acumular de experiências (corpo vivido) sentido pelo corpo-espço.

Assim, segundo AZEVEDO (2003:26) *“não há nenhum estádio de vida ou alteração na pessoa: físico, postural ou mental, que não seja acompanhado por uma mudança na imagem corporal da pessoa, mesmo de um modo fugaz”*. É o que acontece na mulher ao longo da gravidez e no parto.

Esta verdade é bem particular, como veremos mais a frente, pois a maternidade implica deformações naturais do corpo reveladoras do crescimento de um embrião/feto dentro do seu próprio corpo que, numa primeira fase, está em fusão com ela e que, lentamente, ao longo de cerca de 40 semanas de gestação, se vai individualizando e se separando do corpo materno.

2.1- Fenómeno “corpo grávido”

O corpo humano, como qualquer outro corpo vivo não é estático; existe uma dinâmica intrínseca entre os seus diferentes sistemas que promove a manutenção dos diversos equilíbrios responsáveis pelo bom funcionamento de todo o ser.

Na mulher, em particular, operam-se transformações de todo o organismo, numa dimensão bem mais ampla aquando de uma gravidez; por isso se fala no fenómeno do “corpo grávido”. Como poderemos constatar, todo “o processo grávidico” é um processo natural, dependente de variáveis da natureza, onde a manipulação humana é, em situações fisiológicas, supérflua.

O corpo da mulher tem a capacidade de se transformar por completo para preparar um novo ser para a vida. O processo da gravidez, com uma duração de cerca de 40 semanas, inicia-se com a fecundação, que ocorre naturalmente, desenvolvendo um “corpo grávido”; este traduz-se num fenómeno natural de transformações contínuas, no sentido de promover um ambiente óptimo ao desenvolvimento embrionário/fetal, no fim do qual, naturalmente, ocorrerá o trabalho de parto que, também de forma natural conduzirá ao nascimento de um novo ser humano.

Durante a gravidez, como já vimos, modificações ocorrem no corpo da mulher. As alterações hormonais são o grande vector de tamanhas transformações: Falamos dos estrogénios, da progesterona, da prolactina e da ocitocina, entre outras.

A acção conjunta desse cocktail hormonal tem consequências a todos os níveis; enquanto a progesterona, por exemplo, conduz a alterações directas na produção pancreática da insulina e na motilidade gastrointestinal, os estrogénios são responsáveis por alterações hemodinâmicas, no sentido de aumentar a volúmia materna que, por sua vez, assegura um melhor funcionamento do transporte sanguíneo de nutrientes, oxigénios e produtos tóxicos de e para o feto/mãe/meio exterior. Os estrogénios também são responsáveis, por exemplo de alterações fundamentais a nível do tecido conjuntivo. A prolactina, como o próprio nome indica, está intimamente ligada com a lactação e a ocitocina, além dos efeitos mecânicos no parto (contrações uterinas), é também apelidada de “hormona do amor” por ODENT (2005); na sua obra, ele refere uma experiência de Prange e Pedersen em que a injeção intracerebral desta hormona em ratos induzia, nestes, comportamentos maternos, o que provou cientificamente, o envolvimento da ocitocina no comportamento “biológico” de “mãe”. Outras hormonas entram neste jogo de transformações naturais do corpo grávido como sejam as hormonas fetais e placentárias. Sabemos que todas as hormonas, directa ou indirectamente interagem entre si de forma a manter uma homeostasia no corpo da grávida.

Alterações físicas também ocorrem, por acção hormonal ou não; por exemplo, o aumento do volume uterino comprime a veia cava inferior dificultando o retorno venoso. Esta nova condição facilita o aparecimento de edema dos membros inferiores, de varizes e de hemorróides. A redução do espaço disponível para a bexiga também transforma os hábitos urinários da grávida; a polaquiúria ocorre no primeiro e terceiro trimestres da gravidez.

Outras alterações ocorrem ainda a nível físico. Exemplo disso é a dispneia do terceiro trimestre que se deve à redução da capacidade expansiva do diafragma, devido ao aumento do útero. A alteração do eixo de equilíbrio do corpo pode levar a posições viciosas que, aliadas ao aumento de peso podem conduzir a lombalgias.

Mas muitas outras alterações físicas ocorrem; contudo, não nos iremos alongar mais sobre esta rede de transformações sob o risco de nos afastarmos da verdadeira temática deste trabalho.

Após o parto, a mulher sofre novamente uma série de alterações como sejam a mudança do eixo do equilíbrio, mudanças hormonais que possibilitam a involução uterina, promovem a vinculação e a produção de leite. Alterações hemodinâmicas também ocorrem pois a massa uterina que comprimia mais ou

menos os grandes vasos desaparece facilitando o retorno venoso e reduzindo a êxtase sanguínea nos membros inferiores/vulva. Os edemas tendem a desaparecer lentamente.

Podemos facilmente entender que, com tantas transformações ocorridas no seu corpo físico que interferem na sua forma de interagir com o seu mundo envolvente, a mulher vai alterando ao longo de todo este processo a percepção que tem do seu corpo, isto é, a sua imagem corporal vai-se modificando e adaptando-se ao corpo em mutação. O seu corpo vivido, com mais experiências, sofre transformações contínuas. Essas transformações também se devem ao acumular de novas experiências em termos psicológicos.

Psicologicamente, o corpo grávido também é diferente do corpo que não espera um filho.

O estado gravídico pode ser caracterizado por ser um período de metamorfose. Com efeito, a mulher vê-se numa situação totalmente diversa daquela em que se encontrava antes da fecundação. Um novo ser prepara-se para a vida dentro dela, e com ele, ela efectua trocas incessantes dos mais variados produtos. Muitas variáveis implicam na adaptação psicológica à gravidez; factores sociais, económicos, profissionais, entre outros influem directamente nesta adaptação.

O estado de grávida pode ser um estado desejado ou não, consoante a interacção dos factores que acabamos de enunciar. Iremos cingir-nos nas alterações psicológicas ocorridas numa gravidez desejada.

MARCON e ELSEN (2002) distinguem 4 fases no fenómeno da gravidez sendo, o primeiro deles, um período pré-gravídico que se inicia com o início da vida sexual activa da mulher até a concepção e que se caracteriza pelo vivenciar da sua sexualidade e pela elaboração de um “projecto de vida sexual” (onde estipula quais serão as linhas mestras desta faceta da sua vida).

Vários outros autores, contudo, distinguem apenas três fases na gravidez que correspondem, grosso modo, aos três trimestres de gestação:

Na primeira fase, a “Integração”, a mulher vê-se confrontada com uma nova realidade: está grávida. Inicia-se todo um processo psicológico em que, segundo CANAVARRO (2006:38) “*A primeira tarefa a cumprir é aceitar a realidade da gravidez.*” Esta aceitação, segundo a mesma autora, nasce após a resolução de uma ambivalência que a grávida vive no início de todo este processo e que surge do equilíbrio inicial entre o desejo de estar grávida e o receio em está-lo, entre acreditar na viabilidade da gestação ou não e entre a aceitação do embrião ou a sua rejeição, por exemplo. A confirmação da gravidez (quer pela ecografia, quer

por testes em farmácias), o apoio de familiares e amigos são duas situações que facilitam a superação desta ambivalência. Inicia-se nesta fase todo o processo de identificação materna.

MARCON e ELSEN (2002) referem-nos que a primeira etapa da gravidez inicia-se quando as mulheres suspeitam de estarem grávidas e termina com o surgimento dos primeiros movimentos fetais por si percebidos. Trata-se de um período recheado de sintomatologia “desagradável” da gravidez assim como sentimentos de incertezas quanto à realidade da gravidez que se dissipam com a primeira ecografia e ainda mais com a percepção do feto como ser que mexe dentro dela. Neste período “pré-ecografia”, estes autores afirmam que a mulher se prepara para a aceitação da gravidez ou, pelo contrário, inicia uma fase de negação da mesma. Depois de confirmada a gravidez, a mulher pode experimentar uma sensação estranha de saber-se grávida sem, por isso, sentir-se como tal.

O sucesso na realização desta primeira tarefa é condição obrigatória para o início da segunda fase em que a grávida toma consciência da existência de outro ser, independente e distinto dela, no seu ventre. Esta individualização do feto é a característica que define a fase da “Diferenciação”. No segundo trimestre surgem os movimentos fetais que reduzem o sentimento fusional da grávida com o seu feto. Segundo BAYLE (2006:89), *“Aceitar os movimentos fetais é aceitar a realidade do bebé, imagem confirmada pela ecografia, o que permite adaptar o bebé imaginário ao real e desenvolver a vinculação.”* Esta segunda tarefa é fundamental para *“ [...] a preparação para o nascimento e a separação física.”* (RUBIN, 1975 cit. CANAVARRO, 2006:39). Nesta segunda etapa da gravidez intensificam-se as representações imaginárias do bebé, os ensaios cognitivos de cuidados ao mesmo e a grávida começa a falar ao seu filho, a cantar-lhe e a mimá-lo através de carícias no seu ventre.

Estas afirmações são confirmadas por MARCON e ELSEN (2002:11) que referem um segundo período iniciado com a percepção dos movimentos fetais e no qual a mulher não verbaliza tanto, ou com tanta intensidade, os desconfortos próprios da primeira etapa, focando-se mais nas *“sensações, sentimentos e comportamentos desencadeados pela percepção da existência da criança”*.

Finalmente, surge a terceira e última fase: a “Separação”. Esta nova etapa caracteriza-se pelo surgimento de novas ambivalências como, por exemplo, a vontade de libertar-se da disformidade do “corpo grávido”, de recuperar a facilidade na movimentação e o desejo de guardar o sentimento de plenitude relacionado com a permanência do seu filho em si. Entre outros autores,

FIGUEIREDO ET ALL (2004:910) refere que *“A imagem corporal construída durante nove meses se desfaz no momento do parto, não fica mais como era e nem permanecerá cheio e isto pode perturbar a mulher.”*

Segundo MARCON e ELSEN (2002:12), esta última fase representa o reaparecimento de alguns desconfortos sentidos no início da gravidez e pelo crescimento da ansiedade relativamente ao parto; referem *“[...] nesta etapa, tudo o que as mulheres fazem, pensam e sentem, etc... tem a ver com o compasso de espera vivido por elas em relação à hora do nascimento da criança”*.

Medos surgem relativamente ao parto, à capacidade de ser mãe, etc.... Esta fase culmina com o parto, e mais especificamente com o nascimento do bebé que se caracteriza pela confrontação com o bebé real, e a necessidade de adaptação à nova realidade de ser mãe.

Como já foi referido, a percepção do seu filho é diferente ao longo de todo o processo de gravidez e parto; a primeira expressão da maternidade, em termos psicológicos é a criação do bebé imaginário. Segundo BAYLE (2006) esta criação é bem anterior à gravidez mas intensifica-se com ela. Segundo esta autora (2006:92), *“A mãe, ao representar o bebé, identifica-se com ele, projectando-o como a parte boa que ela tanto desejou e idealizou [...] sendo a criança um prolongamento dela própria.”* Este bebé imaginário torna-se fonte de ansiedade (pelos medos que surgem de aparecerem problemas como doenças ou malformações por exemplo) mas também de ideais, pois é investido narcisicamente.

O momento do parto caracteriza-se pela “tensão” criada pela confrontação entre o bebé imaginário e o real. Trata-se de um momento único em termos psicológico de uma mulher, rico em emoções e sentimentos como comprovam no seu estudo LOPES et all (2005): *“De um lado, ele [o parto] exacerba intensas fantasias e ansiedades frente a um momento muito esperado, mas cercado pelo imprevisível, como relatado nas expectativas das mães do presente estudo. Por outro lado, a sua vivência marca profundamente a vida das mulheres, seja pelas emoções positivas ou negativas experimentadas. [...] retratam a intensidade dos sentimentos que cercam este momento da maternidade, com possíveis implicações para o relacionamento mãe bebê e futuro desenvolvimento da criança.”*

Com efeito, o nascimento do filho é um momento muito intenso em termos de sentimentos pois as mães referem experienciar sentimentos contraditórios:

alegria do nascimento/angústia (pelo medo de não saber cuidar do filho), orgulho por ter sido capaz de procriar mas triste por já não ter o filho no seu ventre.

Também DAVIM, TORRES e DANTAS (2008:107), no seu estudo sobre a representação de parturientes acerca da dor de parto, referem-se à dualidade de sentimentos sempre presente no trabalho de parto. Afirmam “*Os sentimentos antagonistas presentes nessas mulheres representam a existência de conflitos referentes à dor de parto no contexto situacional das mesmas, porém simbolizado de maneira prazerosa pelo evento do nascimento.*” Estes mesmos autores também afirmam que “*As participantes simbolizaram representações carregadas de sentimentos decorrentes de outras representações anteriormente elaboradas, permitindo visualizar concepções sociais e culturais, associadas a fatores psicológicos e biológicos, que vão influenciar na sensação dolorosa de cada uma*”, ou seja, factores culturais, sociais e da própria natureza bio-psicológica de cada mulher influencia directamente a sua vivência do seu trabalho de parto.

Em suma, podemos concluir que a gravidez, o parto e o pós-parto são marcos determinantes no corpo vivido e sentido de cada mulher. Todas as alterações a nível físico, psicológico, social, económico, etc..., interferem na forma como a mulher percebe o seu corpo e como interage com o seu mundo envolvente, através desse mesmo corpo em mutação constante.

A imagem corporal desempenha um papel fundamental na forma como nos relacionamos com o nosso próprio corpo, assim como na relação que criamos com os outros. Este conceito é dinâmico, modificando-se continuamente de acordo com as novas experiências que vivemos. SALTER (1988), citando MURRAY (1972) refere que qualquer estadió de vida e qualquer alteração experienciada por um indivíduo é sempre acompanhado de uma modificação na imagem corporal da pessoa, mesmo que esta mutação seja subtil ou fugaz. A gravidez, o parto e o puerpério são fenómenos de onde emergem alterações da imagem corporal na mulher por quanto através destes fenómenos, experimentam sensações e vivências que influenciam directamente a percepção que têm do seu corpo.

Como já foi referido, a maternidade engloba várias transformações, a todos os níveis, que implicam na mulher uma série de adaptações ao novo corpo que se define ao longo de cerca de 40 semanas de gestação numa primeira fase, depois no corpo que se transforma radicalmente no parto e finalmente num corpo que volta gradualmente ao seu estado não gravídico. Contudo convém ressaltar que um corpo que já tenha experienciado o fenómeno do parto não será

percepcionado novamente da mesma forma pela mulher que o habita. Na verdade, muitos factores concorrem para mais uma mutação da imagem corporal na mulher que se transformou em mãe: o seu corpo está diferente pois ganhou a função de alimentar um novo ser, é um corpo cujo pensamento passa a funcionar em função das necessidades do recém-nascido, é um corpo com novas necessidades, novas capacidades e novas experiências.

Assim podemos concluir que a alteração da imagem corporal é um fenómeno revestido de uma certa complexidade e que abrange componentes de ordem física, psicológica e cultural.

Podemos considerar o corpo grávido como um fenómeno promotor de uma profunda metamorfose da imagem corporal na mulher que experiencia esse mesmo fenómeno.

É importante também referir que, como nos afirma AZEVEDO (2003) citando NUNES e NEVES (1997), perturbações na imagem corporal podem conduzir a distúrbios de ordem psicológica. A percepção que uma mulher tem de si própria constrói-se com base nas auto-imagens que as suas vivências e experiências vão criando.

Assim, a compreensão de como as mulheres vivenciam o fenómeno do parto reveste-se de suma importância para os profissionais no sentido destes ajudarem a parturiente a vivenciar da forma mais adequada e positiva possível este momento único da sua vida, Dessa forma, estar-se-á a promover na mulher uma percepção de si própria e do seu corpo positiva e favorável.

Esta condição torna-se crucial quando nos preocupamos com outro conceito intimamente ligado com a auto-imagem e a percepção que um indivíduo tem de si próprio. Falamos da “Auto-estima” que, segundo DIAS (1996:204) é o “...*valor que o indivíduo atribui a si próprio e o afecto que está associado a esse valor.*” Assim, a auto-estima da mulher depende directamente da forma como avalia a sua prestação como pessoa inserida e em interligação com a sua realidade envolvente. No caso da mulher que já vivenciou um parto, a auto-avaliação relativamente á forma como lidou com o fenómeno “Parto” será preponderante na construção de uma auto-estima positiva. Vários autores como CARRARO (2008), MACKEY (2001) e COSTER (2006) afirmam que o facto da mulher se sentir valorizada no seu parto promove nesta uma sensação de bem-estar e de satisfação/realização pessoal.

A atitude do profissional está, portanto, directamente relacionada com a auto-estima da mulher. Tendo em conta que “Cada parto é um parto”, é de suma

importância que os EESMOS sejam capazes de compreender a forma como as mulheres vivenciam este fenómeno único e irrepetível.

3- O RELAXAMENTO E O TRABALHO DE PARTO

Como verificaremos neste capítulo, o relaxamento é fundamental para a parturiente. Assim, acreditamos ser importante entendermos muito bem como se desenvolve o trabalho de parto em termos fisiológicos, a forma como o relaxamento influencia o desenvolvimento do mesmo e quais as implicações no nosso “Cuidar” no trabalho de parto.

3.1- A fisiologia do parto

Em termos fisiológicos, o trabalho de parto tem, na sua base, a interacção de um verdadeiro cocktail de hormonas. Autores como ODENT e SCHMID falam da estreita ligação entre Sistema Nervoso Central, Sistema Endócrino e trabalho de parto.

As hormonas intimamente ligadas com o nascimento são produzidas essencialmente pela parte arcaica do cérebro. Na verdade, segundo ODENT (1999:51), *“On peut simplifier en disant que la partie la plus active du corps d’une femme qui accouche correspond à la partie primitive du cerveau –ces structures cérébrales anciennes (hypothalamus, hypophyse, etc.) [...]”*⁸. Mais afirma que qualquer inibição durante o trabalho de parto tem origem noutra parte cerebral; neste caso referimo-nos ao neocórtex, que está desenvolvido na espécie humana. SCHMID (2007:30) confirma-nos: *“It must not be forgotten that natural birth is an involuntary process, guided by the archaic brain and the hypothalamus, under the influence of the autonomous nervous system. The parasympathetic system and the functions of the right hemisphere of the brain (which stands for irrationality, creativity, unconscious, emotions etc,) prevail in this process. To*

⁸ Podemos simplificar dizendo que a parte mais activa na mulher em trabalho de parto corresponde à parte primitiva do seu cérebro - estas estruturas cerebrais antigas (hipotálamo, hipófise, etc.)

give birth naturally is to give birth with one's own hormones, produced by the hypothalamus and the pituitary gland: it is to give birth with one's emotions."⁹

A questão da dor está sempre presente quando falamos em trabalho de parto. Alguns autores referem-se á dor de forma paradoxal; alguns como RUANO et al (2007) referem que a dor difere de mulher para mulher sendo bastante influenciada por variáveis biológicas, socioeconómicas, culturais e emocionais. Parece que a dor será motivo para muitas mulheres procurarem “abrigo” nas cesarianas com analgesia regional mas, ao mesmo tempo, outras tentam a todo o custo fugir dessa solução pois encontram na dor o marco da maternidade e um guia para o nascimento do seu filho. SCHMID (2007) também nos fala no paradoxo da dor de parto. Para esta autora, a dor de parto é fundamental tendo um papel de guia materno para o parto e sendo um protector tanto da parturiente como do bebé, durante todo este fenómeno. Explica também que a dor de trabalho de parto é importante a vários níveis como, por exemplo, o físico, o endócrino, o psíquico e o afectivo:

Em termos físicos, SCHMID (2007:41) refere *“The most important physiological answer to labour pain is [...] movement. Freedom of movement allows the woman to instinctively assume the most antalgic positions [...]. The woman thus protects herself from damages to her pelvis, her cervix and her perineum, while, at the same time, protecting the baby from unfit positions that would cause excessive pressure on his head.”*¹⁰

Em termos endócrinos, sabemos que o trabalho de parto desenvolve-se devido á produção de ocitocina, numa primeira fase pelo feto e depois pela mãe. Para que o parto entre na sua fase mais activa é necessário que haja uma crescente produção endógena ocitócica. Convém, contudo, referenciar que esta produção só é conseguida se houver picos intermitentes de dor. A mesma autora explica que a dor intermitente cria picos de catecolaminas que estimulam a produção de ocitocina e de endorfinas; este processo inicia um crescente aumento de contracções uterinas ao mesmo tempo que leva ao aumento proporcional da

⁹ Não podemos esquecer que o parto natural é um processo involuntário, guiado pelo cérebro arcaico e o hipotálamo, sob a influência do sistema nervoso autónomo. O sistema parassimpático e as funções do hemisfério direito do cérebro (ligado ao irracional, á criatividade, ao inconsciente, emoções,) prevalecem neste processo. Parir naturalmente é parir com as suas próprias hormonas, produzidas pelo hipotálamo e glândula pituitária: é parir com as suas próprias emoções.

¹⁰ A resposta fisiológica mais importante à dor de parto é o movimento. [...]. A liberdade de movimento permite, instintivamente, á mulher de assumir as posições mais antiálgicas [...]. Dessa forma, a mulher protege-se de danos na sua pélvis, cérvix e no seu peritoneu protegendo, ao mesmo tempo, o bebé de posições inadequadas que possam causar excessiva pressão intracraniana. Repare os erros... (Não entendo bem porque traduz em nota de rodapé... não seria melhor traduzir logo no texto?)

tolerância á dor. No entanto, SCHMID (2007) alerta para o facto de uma produção contínua de catecolaminas levar á inibição da produção de ocitocina/ endorfinas, reduzindo a eficácia do trabalho de parto, sem por isso, diminuir a sensação nóxica. Torna-se assim essencial que a parteira tenha a noção de que é fundamental para a parturiente, reaver um estado de stress mínimo, entre as contracções uterinas, no intuito de activar o seu Sistema Nervoso Parassimpático e permitir uma nova alternância catecolaminas-ocitocina.

ROBERTSON (2004) explica-nos que quando existem estímulos perigosos para a mãe (ruídos altos, fala de privacidade, procedimentos invasivos...), a biologia natural activa-se no sentido de impedir o nascimento de um bebé indefeso num ambiente inadequado. São então libertadas quantidades contínuas de adrenalina. Surgem sinais como taquicardia, aumento da dor, e abrandamento da dilatação cervical uterina já que as fibras musculares circulares uterinas (de enervação simpática, sem vantagens para a evolução do trabalho de parto) contraem-se e interferem na acção das outras fibras musculares (longitudinais, de enervação parassimpática).

Psicologicamente, SCHMID (2007) refere que a dor é a expressão que ajuda a mulher a iniciar activamente a separação efectiva do seu bebé imaginário, transformando gradualmente em algo cada vez mais real e separado de si. Em termos psíquicos, a separação de algo que “faz parte de nós” é sempre doloroso. Este fenómeno não é, na maioria dos casos, uma decisão voluntária por parte das mulheres; a dor de trabalho de parto “alerta” a mulher para a necessidade absoluta de realizar o seu processo de separação do seu feto.

Finalmente, a elevada taxa de endorfinas produzidas durante o trabalho de parto e a experiência emocional induzida pela dor estimula o Sistema Límbico responsável, a nível cerebral, das funções afectivas. Desta forma, dor e endorfinas permitem que a mulher possa concentrar todos os seus instintos e sentidos para a recepção do seu recém-nascido. Esta vinculação é feita no nível mais íntimo, tanto da mulher como do bebé semelhante, segundo SCHMID (2007), à sensação de se apaixonar. A dor de trabalho de parto torna-se fundamental, segundo esta autora, para a vinculação biológica mãe-bebé, referenos explicitamente que “*This kind of bond is not possible in births with analgesia*”¹¹

Outro autor, GRAÇA (2000:402) refere que “*Não há nenhuma evidência que prove que a dor de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto*”. Contudo,

¹¹ Esta forma de vinculação não é possível em partos com analgesia.

também não evidencia nenhuma prova científica de que a dor intermitente seja prejudicial a um ou ambos os intervenientes directos do parto: mãe e filho. O mesmo autor (2000:402) apenas afirma que “*o stress, a ansiedade e a dor produzem [...] alterações da homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre a parturiente e o feto, assim como afectam a normal evolução do parto*”, não clarificando se se refere á estímulos stressantes (como a dor) contínuos ou intermitentes.

Vários autores referem que rotinas médicas nas salas de partos estimulam o neocórtex materno provocando stress contínuo que, como vimos anteriormente, são altamente prejudiciais ao fenómeno do trabalho de parto. Por exemplo, a OMS (1996:12) refere-nos “*Les gestes de routine [...], la présence de personnes inconnues et le fait d’être laissée seule pendant le travail et/ou l’accouchement ont été cause de stress et le stress peut entraver le cours de l’accouchement en le prolongeant et en déclenchant ce qui a été décrit comme une « cascade d’interventions »*”.¹²

HARPER (1994:15) confirma: “*[...] if a laboring woman is treated impersonally in a hospital’s cold surroundings, bombarded by IV hook-ups, medical paraphernalia, bright lights, loud noises, and separation from her loved ones, her response will be one of fear and inhibition. The body responds to fear by tightening, thus blocking the release of endorphins and releasing the chemical adrenalin, which [...] can actually slow or stop labor altogether. It sends mixed signs to the labouring body, sometimes causing racing heart and an intensification of pain.*”¹³

Também é fundamental que não nos esqueçamos que a ocitocina endógena da mulher actua de forma diferente da ocitocina sintética; na verdade esta provoca contracções mais potentes e dolorosas como nos explica DAVIS (2004:7): “*[...] pitocin – a synthetic form of oxytocin, the hormone that causes uterine contractions- [...] also makes contractions abnormally strong and painful [...]*”¹⁴. Isto implica que se recorra á analgesia sintética, que pode interferir no desenvolvimento do trabalho de parto, sendo necessário mais ocitocina

¹² Os gestos de rotina [...], a presença de pessoas desconhecidas e o facto de ter ficado sozinha durante o trabalho de parto e/ ou parto foram causa de stress e o stress pode entrar o decurso do trabalho de parto prolongando-o e precipitando o que foi descrito como “uma cascata de intervenções”.

¹³ [...] se uma parturiente é tratada de forma impessoal num ambiente frio hospitalar, bombardeada com infusões intravenosas, parafernália médica, e separada dos seus entes queridos, a sua resposta será de medo e inibição. O corpo responde ao medo com endurecimento, bloqueando a libertação de endorfinas e libertando adrenalina, que pode reduzir ou mesmo parar o TP. Ela manda sinais ao corpo em TP causando, por vezes, aumento do ritmo cardíaco e intensificando a dor.

¹⁴ [...] Synthocinon®- a forma sintética da ocitocina, a hormona que causa as contracções uterinas. [...] também provoca contracções anormalmente fortes e dolorosas [...]

farmacológica... Esta cascata facilita desfechos obstétricos menos favoráveis, como sejam as cesarianas ou partos instrumentalizados.

O nosso organismo tem, contudo, formas naturais e próprias de combate à sensação de dor; fazem parte do SNC os sistemas nociceptivos e antinociceptivos, sendo o primeiro responsável pela transmissão da informação da dor desde a periferia até ao SNC, e o segundo, com a sua activação, pela travagem da transmissão ascendente nóxica através da acção de peptídeos opiáceos como sejam as endorfinas.

Segundo SCHMID (2007) a produção de endorfinas é estimulada por quatro estímulos distintos: catecolaminas, ocitocina, prolactina, e o Sistema Nervoso Parassimpático.

As endorfinas têm, contudo outras funções, além da elevação do limiar da dor. Elas alternam o estado de consciência/ estado hipnótico o que possibilita o domínio gradual do Sistema Nervoso Autónomo sobre o trabalho de parto. Depois, logo após o nascimento, quando o estímulo doloroso cessa, a elevadíssima taxa de endorfinas sérica permite á parturiente de experimentar uma sensação de êxtase com a qual poderá dar as boas vindas ao seu bebé e iniciar o processo pós-natal de maternidade. Às endorfinas também são atribuídas as qualidades de dependência e de vinculação.

A fisiologia do trabalho de parto também explica, assim, uma situação típica em mulheres que não tiveram qualquer tipo de intervenção medicamentosa durante o seu parto. É comum, nestes casos, que a parturiente experimente uma sensação de ruptura com o mundo real, de ignorar o que a rodeia e esquecer tudo o que aprendeu. BALASKAS (1993:138) confirma este estado de semiconsciência da parturiente sem intervenções médicas: “ *Dentro de sua cabeça muda-se a dimensão de tempo. Horas podem parecer minutos. É como estar em um outro mundo.*” Este estado de consciência traduz, na prática, uma forte redução da actividade do intelecto, do neocórtex. ODENT (1999) afirma-nos, simplesmente que uma mulher precisa de se proteger do seu próprio neocórtex quando está em trabalho de parto. Na prática, este médico francês explica-nos que todo o estímulo ao cérebro pensante deve ser reduzido ao mínimo, ou mesmo abolido; por exemplo, uma redução da luz ambiente, evitar o estímulo da linguagem, reduzir a observação da parturiente (ou que ponha em risco a intimidade da mesma)... Em suma, ODENT (1999:53) resume afirmando “*Toute situation*

impliquant des sécrétions d'hormones de la famille de l'adrénaline représente aussi une stimulation du néocortex et tend a inhiber l'accouchement."¹⁵

Segundo BRANDEN (2000:227), " O objectivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e a tensão muscular, dessa forma tranquilizando a mente e relaxando os músculos. Alguns estudos indicaram que o relaxamento diminui o consumo de oxigénio, as frequências cardíaca e respiratória, a concentração de lactato no sangue arterial e a atividade do sistema nervoso simpático."

A soma destas várias premissas ajuda-nos a concluir facilmente que o relaxamento durante o fenómeno trabalho de parto é fundamental e que é promotor de uma experiência de parto positiva por quanto impulsiona a libertação crescente de hormonas facilitadoras do mesmo, ao mesmo tempo que proporciona as condições necessárias para a secreção de hormonas com efeitos analgésicos e de vinculação.

O relaxamento no trabalho de parto é também importante na perspectiva fetal. Na verdade, as hormonas de bem-estar materno passam a placenta actuando também sobre o feto. Este também se prepara para o nascimento: durante o trabalho de parto, catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) fetais crescem em flecha no sentido de o preparar para o desafio das transições inerentes ao nascimento. A compressão craniana intensifica a libertação de catecolaminas, sobretudo noradrenalina, que protege o feto da asfixia ao aumentar o aporte sanguíneo aos seus órgãos nobres. As endorfinas também sobem imenso para compensar a elevação da adrenalina. Neste ponto, um aporte placentar de endorfinas materna só protegerá ainda mais o feto do percurso que lhe resta a fazer até o nascimento. (DAVIS, 2004)

4- A HIDROTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO

As virtudes do meio aquático, durante o trabalho de parto, são conhecidas há milhares de anos. Sabe-se, por exemplo, que no Egipto antigo, sacerdotes e sacerdotisas nasciam na água. Afrodite, deusa grega do amor, nasceu na espuma das ondas da maré e que tribos indígenas (maoris na Oceânia, kahunas do Havai entre muitas outras) socorrem-se da água, há centenas de anos, com sabedoria, para aliviar os desconfortos do trabalho de parto.

¹⁵ Toda a situação que implique a secreção de hormonas da família da adrenalina representa uma estimulação do neocórtex e tende a inibir o trabalho de parto.

Nos anos 60, Michel Odent revoluciona a obstetrícia francesa recorrendo a uma simples piscina de jardim insuflável que coloca a disposição das parturientes. Descobre então os benefícios do uso da água no trabalho de parto.....

Em geral, todos os partos de baixo risco, em que não haja contra-indicações absolutas para o parto vaginal podem ser realizado com utilização da água no seu decurso. A água é particularmente recomendável para os casos de distocias mecânicas (por volta dos 4 a 5 centímetros de dilatação) e nas situações de dúvida relativamente a existência de trabalho de parto efectivo.

GOULD (2007) define o uso da água durante o trabalho de parto como sendo uma intervenção natural, não farmacológica, sem efeitos secundários que provou reduzir a procura de analgesia sintética no combate á dor de parto.

O uso da hidroterapia no trabalho de parto está intimamente ligado ao parto natural, que foi descrito, de forma sumária, no subcapítulo anterior. Verificámos que o parto natural assenta os seus princípios na redução ao mínimo dos estímulos do neocórtex. A água pode ser uma óptima aliada neste “combate”.

A opção crescente, nos EUA, do uso da água no parto é nos explicado por SHUMAN (2006:88) “[...] *waterbirth grew in popularity in the US as women began to react to what has been called “the medicalization of childbirth” by seeking to reduce the use of drugs for pain relief and help them feel more in control of their labor*”¹⁶. Analisando os efeitos da água na parturiente, descritos pelos vários autores consultados, verificamos que a água tem efeitos positivos a nível psicológico e somático, tanto na mãe como no feto.

O primeiro benefício, inequívoco e facilmente entendível por todos é a sensação de leveza, explicada pelo princípio de Arquimedes¹⁷. BUSINE & GUERIN (1987:394) referem-se a esta propriedade da água e correlacionam-na com vantagens secundárias que, como veremos mais a frente, propiciam um bom desenvolvimento do trabalho de parto: “ *l’immersion d’un sujet dans l’eau en réduit le poids et facilite les mouvements para la décharge des articulations. L’état de semi-apesanteur réduit le tonus postural et induit une décontraction musculaire globale.*”¹⁸ BALASKAS (1993) também relaciona a flutuabilidade

¹⁶ O parto aquático cresceu em popularidade nos EUA quando as mulheres começaram a reagir contra a chamada “ medicalização dos nascimentos”, procurando a redução do uso de drogas analgésicas e para se sentirem mais em controlo do seus partos.

¹⁷ Todo corpo imerso, total ou parcialmente, num fluido em equilíbrio, dentro de um campo gravitacional, fica sob a acção de uma força vertical, com sentido ascendente, aplicada pelo fluido cuja intensidade é igual à do peso do fluido deslocado pelo corpo

¹⁸ A imersão de um sujeito em água reduz o seu peso e facilita os movimentos devido á descarga sofrida pelas articulações. O estado de semi-imponderabilidade reduz o tónus postural e induz uma descontração muscular global.

permitida pelo meio aquático e a facilidade em mover-se livremente para as posições anti-álgicas que a parturiente preferir no momento. Facilmente entende-se que, sentindo-se mais leve, a parturiente tem mais facilidade em se mover e em colocar-se em posições mais confortáveis. Essa possibilidade de decidir como quer estar promove uma sensação de segurança.

A importância do movimento durante o trabalho de parto é indubitável e, acerca desse facto, HARPER (2005) afirma que o movimento ajuda a pelve a mudar de forma e a abrir-se o que facilita a passagem do feto pelo canal de parto. SCHMID (2007) também nos chama a atenção para o facto da possibilidade da mulher escolher espontaneamente as suas posições prevenir alterações na integridade do soalho pélvico. Na verdade, as alterações posturais realizadas pela mulher á escuta do seu corpo leva a rearranjos constantes em termos de tensão muscular, nos ligamentos, posições dos diferentes ossos da bacia, etc. Esses rearranjos permitem um menor desgaste dos ligamentos e dos músculos pois ambos os tecidos alteram constantemente entre os estados de tensão e de relaxamento.

A acção da água promove um relaxamento tecidual geral incluindo músculos perineais, ligamentos e articulações. Esse benefício deve-se ao facto de, na água, a mulher experienciar uma pressão e um suporte distribuídos equitativamente ao longo de todo o seu corpo. Os diversos tecidos têm a possibilidade de relaxar profundamente já que não têm necessidade de suportar sozinhos todo o peso da parturiente. A tensão tecidual é fortemente diminuída, aumentando dessa forma a elasticidade dos tecidos.

Uma outra vantagem do relaxamento muscular geral é que “*Muscular tension throughout the body decreases, conserving energy and reducing pain.*”¹⁹ HALE (2006:322). Esta conservação energética tem uma importância muito grande já que possibilita á mulher a conservação de um máximo de energia para o período expulsivo e, no pós-parto, a sensação de cansaço tende a ser menor. Pelo contrário, a monitorização fetal contínua e a posição supina inerente quase constante, não aplicável quando se usa a água no trabalho de parto, são fontes de maior cansaço na mãe. (PERALTA e RODRIGUEZ, 2002)

A descontração conseguida através da imersão da parturiente é um facto referido por vários autores. Segundo ODENT (2005), é possível, inclusive, que a mulher experimente uma sensação de estar “desligada deste mundo”, estar perfeitamente calma. Num estudo apresentado por BAXTER (2006), as mães eram inquiridas quanto á sua percepção de relaxamento e de redução da dor através

¹⁹ A tensão muscular ao longo de todo o corpo é reduzida conservando-se a energia e reduzindo a dor

da utilização da água durante o seu trabalho de parto, utilizando uma escala de Lickert de 0 a 10 (sendo que 0 significava a percepção mínima e 10 a percepção máxima); os resultados foram inequívocos tendo 93% respondido valores superiores ou igual a 7 em termos de relaxamento conseguido e 80% valores semelhantes relativamente á redução da dor. Relativamente ao relaxamento profundo do intelecto induzido pela água, BALASKAS (1993:202) é muito clara e afirma “ *Vai descobrir que a água permite [...] que você mergulhe no já alterado ou aumentado estado de consciência que naturalmente a envolve [...]. Você nem vai perceber direito o que está acontecendo ao seu redor e vai ficar mais capaz de se render profundamente às necessidades mais primitivas e instintivas do seu corpo.*” HARPER (2005) também se refere ao estado de consciência alterado da parturiente, potenciado pelo relaxamento induzido pela água, e que permite à mulher se debruçar sobre o seu processo de parto interior.

A água também conduz a alterações hemodinâmicas; segundo MACKAY (2001:733), “*Birth in water eliminates compression of the inferior vena cava, resulting in increased blood supply to the uterus, which enhances oxygenation of muscle tissue to promote more efficient uterine contractions. Finally, the mild vasodilatation that occurs in water decreases the mother blood pressure and the maternal pulse increase slightly, thus increasing oxygenation to the uterus and fetus.*”²⁰

As propriedades hidrocínéticas da água promovem a sensação de leveza a reabsorção intravascular do fluido extracelular o que permite uma redução do edema e uma homeostasia vascular.

Vários estudos referem a redução dos pedidos de analgesia farmacológica para o combate a dor de parto, nas mulheres que utilizaram a água como forma de relaxamento durante o seu trabalho de parto. Por exemplo, MILLER (2006:484) citando um estudo liderado por CLUETT (2004), afirma “*Water is an excellent form of pain relief and has been shown to reduce significantly the need for epidurals and pethidine*”²¹. Esse mesmo estudo concluiu que o número de mulheres que necessitaram de aceleração artificial do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo que utilizou a água do que naquele em que foram prestados os cuidados standard (respectivamente 71% contra 95%). As parturientes do grupo

²⁰ Parir na água elimina a pressão sobre a veia cava resultando num maior aporte sanguíneo ao útero que aumenta a oxigenação do tecido muscular e promove contracções uterinas mais eficientes. Finalmente, a vasodilatação suave que ocorre na água reduz a tensão arterial materna e eleva ligeiramente o pulso materno aumentando, assim, a oxigenação do útero e do feto.

²¹ A água é uma excelente forma de alívio da dor e tem sido provado que reduz significativamente a necessidade em epidurais e petidina.

aquático referenciaram maior satisfação com a liberdade de movimentos e com a experiência da privacidade (91% vs 63% e 96% vs 81% respectivamente).

O sentimento de privacidade também é fomentado, durante todo o trabalho de parto, quando o meio aquático é utilizado. Segundo HALE (2008:323), *“Mothers report that in waterbirth the warm water and size of the pool gives a sense of freedom as well as the feeling of being cocooned in their own world once in the pool.”*²² HARPER (2005) afirma-nos que a sensação de segurança é inerente ao elemento água e que este promove uma espécie de barreira com o exterior; desta forma, uma piscina de parto converte-se num ninho, gruta ou refúgio da parturiente. Vários autores como HARPER (2005) e CAMPBELL (2004) reforçam-nos que o uso do banho de imersão durante o trabalho de parto aumenta a sensação de privacidade e de intimidade por parte da parturiente.

Segundo um estudo de COSTER (2006), as mulheres revelaram um sentimento de satisfação pessoal e de gratificação narcísica pelo facto de terem tido um papel activo e central no seu parto na água. Revelam também que esta possibilidade criou nelas o sentimento de auto-confiança.

MACKEY (2001) revela que vários estudos confirmam que parturientes na água descrevem maior sensação de bem-estar, auto-estima, relaxamento emocional e controlo do seu trabalho de parto em meio aquático. BAXTER (2006) confirma estes dados através dos resultados de um estudo realizado num centro de partos inglês. As conclusões a que chegaram confirmam dados obtidos por outros autores de estudos anteriores e, acrescenta que 98% das inquiridas recomendariam o uso da água no trabalho de parto a outras mulheres e/ou voltariam a usá-la num hipotético parto futuro. A mesma autora, citando os trabalhos de outros investigadores (HALL AND HOLLOWAY, 1998; BURNS, 2001; GAMPBELL, 2004) refere ter concluído que as mulheres que usaram o meio aquático durante o seu trabalho de parto, referenciaram de uma forma inequívoca a sua experiência positiva de parto.

Tendo em conta que um parto em que se utilizou a água no seu decurso é um parto onde a mulher foi muito mais activa e em auto-controlo muito maior do que em “partos hospitalares tradicionais”, podemos inferir que o uso da água poderá reduzir o risco de depressão pós-parto já que, segundo BLAND (2001), *“ a medida que la sensación de control personal de la mujer sobre el trabajo de parto y nacimiento disminuye, el nivel de depresión aumenta. También se da esta*

²² Mães referem que, ao entrarem na piscina, a água tépida de um parto aquático e o tamanho da piscina trazem a sensação de liberdade assim como a sensação de estar protegidas no seu mundo próprio.

correlación entra la satisfacción y la depresión: a menor satisfacción, mayor tendencia a la depresión".²³

O facto do uso do meio aquático no trabalho de parto estar intimamente ligado ao parto natural, isto é, com um mínimo (ou nula) de intervenções humanas / medicalização, facilita o início da amamentação. Com efeito, HARPER (2005:28) elucida-nos relativamente aos prejuízos causados pelos distúrbios no parto e a sua relação com dificuldades na amamentação: *"There is a direct correlation between difficulty in establishing breast-feeding and interventions in birth, especially the use of an epidural. Anything that makes the birth more difficult for the mother results in more difficulties in getting the baby to the breast."*²⁴

Já vimos também que a fisiologia do trabalho de parto implica a secreção de um cocktail de hormonas. Dessas, directamente ligadas à amamentação temos a ocitocina, responsável pela ejeção do leite materno, e a prolactina que estimula a produção do mesmo. Facilmente se deduz que um parto em que o relaxamento foi a chave mestra, pela alta secreção dessas hormonas, a amamentação encontrar-se-á facilitada. Pelas alterações hemodinâmicas também se percebe que um maior aporte sanguíneo aos tecidos mamários (o nível da água atinge o peito materno), carregado de ocitocina e de prolactina, irá promover a lactação. Quanto à amamentação e o tipo de parto, BALASKAS (1993:215) refere *"[...] em particular depois de um parto fisiológico, a amamentação acontece facilmente com pouca ou nenhuma dificuldade"*.

Finalmente, o pós-parto de quem usou a água no seu parto parece ser melhor na medida em que, como nos afirma HALE (2008) há um menor consumo de energia ao longo do trabalho de parto o que reduz a sensação de cansaço pós-parto. O Dr. Ponette, Obstetra belga do Hospital Henry Serruys, conclui que as mulheres recuperavam mais rapidamente após um parto em que usaram a água devido às intervenções médicas serem reduzidas ao mínimo, às reduzidas ocorrências de episiotomias, e às menores lacerações perineais. (MACKEY, 2001)

Já anteriormente falamos o quão importante é o relaxamento durante todo o trabalho de parto, tanto em termo de redução da sensação de dor, como em relação ao tipo de respiração que dele resulta; a menor ansiedade conseguida com o uso da água torna o gasto em oxigénio muito mais reduzido. Vimos

²³ A medida que a sensação de controlo pessoal da mulher relativamente ao seu trabalho de parto e nascimento diminui, o nível de depressão aumenta. Também existe esta correlação entre a satisfação e a depressão: a menor satisfação corresponde uma maior tendência para a depressão.

²⁴ Existe uma correlação directa entre a dificuldade em iniciar a amamentação e intervenções no parto, especialmente o uso de epidural. Qualquer factor que dificulte o parto à mãe resulta em maiores dificuldades em colocar o bebé à mama.

também que as alterações hemodinâmicas favorecem o aporte sanguíneo utero-placentar. A conclusão a que chegamos é que, o uso da água favorece a oxigenação fetal, o que, conseqüentemente, ajuda o feto a lidar com as contracções uterinas durante as quais o aporte em oxigênio baixa. Um feto melhor oxigenado, é um feto com menos tendência para entrar em “sofrimento” e, por conseguinte, situações chamadas de “não tranquilizadoras” tendem a não surgirem.

Vimos também que a parturiente, durante a sua permanência no meio aquático, vê os seus movimentos facilitados e que isto implica uma mudança constante do formato da pelve. Assim sendo, o feto encontra mais facilmente os ângulos que lhe são mais favoráveis na sua descida para a vida extra-uterina.

Finalmente, não nos podemos esquecer do bem-estar geral que a água provoca na parturiente. Esse bem-estar, em termos biológicos, traduz-se hormonalmente. Esse importantíssimo aspecto é referido por HARPER (2006:151): *“The emotions the mother feels can also be felt by the child because the hormones she secretes in response to her emotions are absorbed by the child. [...] If the mother’s delivery is easy and smooth so, too, is the baby’s birth. The baby spends less time in the cramped birth canal and is free from fear, frustration, or other painful emotions [...]”*²⁵

Quanto ao bebé, podemos inquirir da necessidade dele chorar no nascimento. A resposta, segundo alguns autores é “Não”. LEBOYER (1980) escreveu um livro cujo título não deixa margem para dúvidas: *“Pour une naissance sans violence”* (“Para um nascimento sem violência”). Ao longo do livro, este autor francês revela-nos o quão violento é o nascimento; tudo se transforma bruta e rapidamente para o bebé: o espaço, o ambiente, a luz, o barulho, o cheiro, o ritmo... Para LEBOYER, cada sentido transmite um sofrimento ao recém-nascido e cabe-nos a nós eliminá-los. Como? MACKAY (2001:744), referindo-se ao autor francês afirma que *“[...] the newborn [...] contrasts the bright lights and loud noises of the birth room to the quiet darkness of the womb.[...] avoiding undue stress at birth and welcoming the newborn into familiar environment, water, spares the baby emotional and physical stress.”*²⁶ Se tivermos em conta a fisiologia de parto, numa

²⁵ As emoções sentidas pela mãe também o são pelo bebé pois as hormonas que ela secreta em resposta às suas emoções são absorvidas pela criança. [...] Se o parto for fácil e suave, assim será o nascimento da criança. O bebé permanece menos tempo no canal de parto e está a salvo de medos, frustrações e de outras emoções dolorosas.

²⁶ [...] O recém-nascido [...] contrasta a luz viva e o barulho da sala de partos com a calma escuridão do ventre. [...] evitando fontes de stress desnecessárias no nascimento poupa-se o bebé de stress emocional e físico.

perspectiva fetal, e relembrarmos todo o cocktail de hormonas que o feto recebe logo antes de nascer (num parto natural), e se associarmos a esse conhecimento um nascimento sem violência como defende LEBOYER, então será fácil entendermos o facto de alguns “bebés aquáticos” não chorarem logo após o nascimento.

Relativamente ao nascimento na água, HARPER (2006:151) confirma as afirmações de LEBOYER no que respeita a relação entre o bem-estar do recém-nascido e a redução dos estímulos que sofre ao nascimento: *“The water offers a familiar comfort after the stress of the birth reassuring the child and allowing his bodily systems time to organize. During the birth, babies often open their eyes, move in all directions, and use their limbs. Water mitigates the shock and sensory overload that are so often an inextricable part of birth. Lights and sounds are softer when perceived from under the water, and even the touch of his mother’s skin to his own tender skin is softened by the presence of the water.”*²⁷

MACKEY (2001), referindo-se às conclusões de PONETTE, também confirma que o meio aquático permite que o bebé tenha uma transição para o meio extra-uterino sem violência, sem experienciar os efeitos secundários da medicalização do parto ou da sua instrumentação. Mais a frente, citando TJARKOVSKY, LICHEY E HERZBERG, a mesma autora afirma que o uso da água durante o trabalho de parto favorece a vinculação entre mãe e filho. Com efeito, afirma ainda que o nascimento aquático beneficia o recém-nascido na medida em que, pela calma que traz tanto a mãe como ao filho, como pelo facto de ser muitas vezes a própria mãe a trazer o seu filho à superfície, o contacto cara a cara é imediato e a vinculação é facilitada. COSTER (2006:10) reforça dizendo que *“En conclusion, le recours au bain chaud contribue à créer des conditions favorables pour un accouchement satisfaisant et pour l’instauration des relations précoces.”*²⁸ A acção do cocktail hormonal, só existente na sua plenitude num parto não intervencionado, seria um dos pilares da vinculação, segundo BECERRA (2004:7) que nos diz: *“Por lo tanto hay un período después del parto en que madre y hijo*

²⁷ A água oferece um conforto familiar após o stress do nascimento promovendo segurança na criança permitindo que os seus sistemas se reorganizem com tempo. Durante o nascimento, bebés frequentemente abrem os olhos, movem-se em todas as direcções e usam os seus membros. A água suaviza o choque e a sobrecarga sensorial inerentes ao parto. As luzes e os sons são mais suavemente percebido debaixo de água e até o toque da pele maternal na sua pele suave é mais gentil devido ao meio aquático..

²⁸ Em suma, o recurso ao banho quente contribui na criação de condições favoráveis para a satisfação das mulheres com o parto e para a instauração de relações precoces.

están impregnados de opiáceos (endorfinas), siendo una de las propiedades de éstos el inducir estados de dependencia [...] -vínculo."²⁹

Mais a frente a mesma autora ainda revela a importância da crescente libertação de noradrenalina fetal pois que protege a criança da hipoxia fisiológica do nascimento e que lhe promove o estado de alerta ao nascer, com os olhos abertos e pupilas dilatadas, promovendo o contacto visual mãe-bebé precoce e, por conseguinte, ajudando na vinculação. Na medida em que o uso da água durante o trabalho de parto implica a minimização da intervenção humana no parto, a sua relação com maiores níveis de vinculação parece admissível.

O uso da água, indirectamente, influi sobre o companheiro da parturiente. Aliás, DAVIS (2004:58) engloba-o na entrada na piscina de parto: "*The mother and her partner should shower before entering the tub*".³⁰ Mais a frente continua: "*Benefits of water birth include increased relaxation and comfort for the mother, greater intimacy for the couple [...]*".³¹ HARPER (2005) também apoia a ideia e, se houver possibilidade, a entrada do companheiro na água, pode transformar a piscina num lugar íntimo do casal.

MILLER (2006) assegura-nos que "*The calming atmosphere of a pool room benefits everyone involved. When a woman feels less pain and anxiety, then her partner can also relax, and her baby is less likely to become distressed.*"³² Este ponto veste-se de suma importância pois vários autores como ENKIN (2005:135) referem que "*Também se espera que (os parceiros) preencham as lacunas da assistência. Um número cada vez maior de mulheres que desejam um parto hospitalar acredita que as enfermeiras são ocupadas demais ou vêm o papel da enfermeira como de natureza puramente técnica. Elas tendem a confiar nos parceiros o suporte, a ajuda com técnicas respiratórias e medidas de conforto.*" Em suma, o efeito da água sobre todos os intervenientes, aliado ao apoio efectivo do marido durante o trabalho de parto eleva as possibilidades da condução de parto natural e fisiológico. Aliás, na questão da presença do pai aquando do parto GAMELIN-LAVOIS (2006) confirma-nos a importância dele (ou uma terceira pessoa escolhida pela parturiente) estar presente pelo sentimento de segurança afectiva que traz à mulher em trabalho de parto e, conseqüentemente, à

²⁹ Portanto há um período depois do parto em que mãe e filho estão impregnados em opiáceos (endorfinas), sendo que umas das suas propriedades é a de induzir estados de dependência [...] – o vínculo.

³⁰ A mãe e o seu companheiro devem tomar um chuveiro antes de entrarem na piscina.

³¹ Os benefícios da água englobam maior relaxamento e conforto para a mãe e maior intimidade para o casal.

³² A atmosfera calmante da água beneficia todas as pessoas envolvidas. Quando uma mulher está com menos dor e menos ansiedade, o parceiro também poderá relaxar e o seu bebé tem menos riscos de entrar em sofrimento.

segurança de todo o parto em si. BALASKAS (2002) afirma que não há problema na entrada do parceiro na piscina junto da parturiente; com efeito, segundo esta autora, há mulheres que desejam a presença do seu companheiro na água para se poder apoiar no seu corpo ou, no caso de o preferirem fora do meio aquático, então a sua presença será muito importante em termos de apoio como através de massagens por exemplo.

Podemos ainda referir que o uso da água no decurso do trabalho de parto traz benefícios para as instituições de saúde. Os ganhos económicos inerentes ao uso da água como método de relaxamento e de controlo da dor são um deles. Com efeito, BURNS (2006) refere a menor necessidade farmacológica de alívio da dor, a redução da morbilidade materna (menor taxa de feridas traumáticas perineais, por exemplo). MILLER (2006) e HALE (2008) acrescentam, baseando-se em estudos de CLUETT (2004), ODEWILL (1997), OTIGBAH (2000) e GEISSBUHLER (2004), que o uso da água durante o parto, ao estimular a produção de ocitocina endógena, pode encurtar significativamente a duração do primeiro período o trabalho de parto, evita intervenções de aceleração do trabalho de parto, o risco de episiotomia é reduzido e as lacerações graves podem ser evitadas.

O uso da água durante o trabalho de parto têm sido fonte de inúmeros estudos científicos pelo mundo fora. Trata-se de estudos sobretudo virados sobre os potenciais riscos desta forma de vivenciar um parto. A revisão desta panóplia científica leva-nos a chegar a conclusões simples: existem, por um lado, os partidários convictos do modelo biomédico, que tendem a procurar os riscos inerentes às técnicas e, por outro, os apologistas dos partos naturais que respondem com dados inequívocos da segurança em utilizar-se o meio aquático durante todo o trabalho de parto. Várias questões encontram aqui as suas respostas:

- O bebé corre riscos de afogamento?

A resposta existe no “reflexo de mergulho do recém-nascido”; com efeito, na face do bebé existem receptores nervosos que transmitem ao cérebro (via nervo trigémeo) a informação sobre a situação do bebé: se este estiver ainda submerso (parto na água), ocorre uma resposta reflexa de apneia com fecho da laringe impedindo assim a aspiração de água e o afogamento. O oxigénio, nestas condições, continua a ser transportado via cordão umbilical (ELDERING & SELKE, 1999)

- O risco de infecção materno-infantil é superior?

Segundo HARPER (2002) “No existe evidencia alguna de un aumento de morbilidad por infección en mujeres que utilizan el agua durante el trabajo de parto y/o nacimiento, tengan o no las membranas rotas.”³³ Isto é explicado pelo facto da água não entrar na vagina (um estudo do Dr. Siegel, comprovou esse facto). Citando vários estudos, a mesma autora afirma que não há risco infeccioso tanto para mãe como filho. THOENI (2005) confirma: “If women are selected appropriately and hygiene rules are respected, water birth appears to be safe for both the mother and neonate.”³⁴

Podemos ainda inferir que, como qualquer outra manobra invasiva, toques vaginais, amniotomias e outras intervenções obstétricas são uma fonte de contaminação não desprezível. Tendo em conta que em trabalhos de parto desenvolvidos em meio aquático todas as intervenções ditas invasivas são reduzidas ao mínimo, será legítimo pensar-se que o risco de infecção por manobras obstétricas é também reduzido ao mínimo.

ENNIN (2000) dá ênfase ao facto do bebé ser portador dos mesmos anticorpos da sua mãe, tornando-se imune à maioria dos microrganismos caseiros; o problema parece estar nas fontes hospitalares de micróbios. A mesma autora ressalva também o facto da água ser uma protecção extra já que, não sendo o habitat natural dos microrganismos, estes não sobrevivem muito tempo no seu meio.

5- O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO

A abordagem desta temática, visa desenvolver um outro olhar sobre a forma como podemos observar a satisfação das parturientes de que cuidamos e não apenas analisar as práticas dos enfermeiros. De uma forma breve e reflexiva, é nossa pretensão tecer algumas considerações no sentido de compreender as mulheres/parturientes que experienciaram a vivência do relaxamento na água, e as razões que as levaram a optar pela escolha do uso da água no seu trabalho de parto e experienciar um parto o mais natural possível, com um acompanhamento próximo e humano, por parte dos enfermeiros que estiveram com ela durante este acontecimento especial nas suas vidas.

³³ Não existe evidência nenhuma de aumento de morbilidade por infecção em mulheres que utilizam a água durante o trabalho de parto e/ou nascimento, tenham ou não as membranas rotas.

³⁴ Se a selecção das mulheres for apropriada e as regras de higiene respeitadas, o parto na água parece seguro tanto para a mãe como para o neonato.

PHANEUF (1995), referindo-se à “Relação de Ajuda” num âmbito geral, explica-nos que a atracção de certos enfermeiros por tarefas de “maior visibilidade” leva-os a privilegiar o técnico em detrimento do relacional, o que entra em rota de colisão total com o que defende LAZURE (1994), no seu prefácio, ao citar ORAISON (1967), quando diz que “Cuidar... é ajudar a viver” (neste caso, o fenómeno do trabalho de parto) o que, segundo a mesma autora, implica uma parte relacional muito importante que vai do observar, ao saber escutar, ao respeitar e de cuidar de uma forma culturalmente congruente.

CUIDAR é a palavra-chave do exercício da enfermagem e COLLIÈRE (1989) afirma que o cuidar só tem sentido se a utilização das técnicas se mantiver integrada num processo relacional.

Fazendo uma analogia do cuidar de COLLIÈRE com os cuidados a prestar às parturientes, SILVEIRA e LEITÃO (2003) mencionam o estímulo à deambulação, o estímulo à ingestão de líquidos. Referem também o toque terapêutico, as massagens, o auxílio na mudança de posições, o banho morno e a necessidade da enfermeira se manter atenta no sentido de promover a estabilidade emocional, física e espiritual da parturiente.

Relativamente ao trabalho de parto, ODENT (2005:45) afirma: “[...] *no que respeita ao trabalho de parto, expulsão e nascimento, o que é especificamente humano tem que ser eliminado, enquanto que as necessidades de mamífero têm que ser satisfeitas.*” Por outras palavras, o autor destaca na sua obra a importância de manter um processo natural, como o parto, o mais natural possível.

Paradoxalmente, desde o século XIX a medicalização e a instrumentação do parto tem-se sedimentado na Obstetrícia transformando este processo natural num evento hospitalar. HARPER (1996:73) revela-nos que “*chaque cas était considéré comme un désastre potentiel et chaque médecin jouait le rôle de héros potentiel. Cette vision de l’accouchement enlevait à la femme la chance de connaître les aspects émotionnels et sociaux de la naissance [...] la transformait en machine à bébés [...]*”³⁵.

35 cada caso era considerado como um desastre potencial e cada médico tinha o papel de potencial herói. Esta visão do parto retirava às mulheres a hipótese de conhecer os aspectos emocionais e sociais do nascimento [...] transformando-a em máquina de fazer bebés [...]

Em suma, HARPER (1996:73) resume a situação dizendo: *“Une intervention entraînait inexorablement la suivante, jusqu’à ce que tous les accouchements soient devenus des évènements contrôlés, organisés et produits médicalement.”*³⁶

Perante a capacidade da Obstetrícia moderna em conduzir o trabalho de parto de forma controlada seria de esperar que o parto natural tinha os dias contados. A verdade é que desde os anos 60 e 70, com Leboyer e Michel Odent, a temática do natural tem vindo à ribalta. Directrizes da OMS classificam negativamente algumas práticas/medicações habituais de controlo do parto.

No parto hospitalar, “humanamente” dirigido e condicionado, o processo é completamente pervertido. A situação é de stress elevado: o parto é “transformado” em patologia. Nessa perspectiva, GAMELIN-LAVOIS (2006:3) refere *“L’accouchement potentiellement considéré comme dangereux par le corps médical, ne permet pas à la femme de rester sereine.”*³⁷

Outros autores alertam também para a implicação directa ou indirecta na amamentação, das intervenções médicas no parto. Por exemplo, PERALTA e RODRÍGUEZ (2002) referem a perturbação do reflexo de sucção nos recém-nascidos de partos medicalizados, a posição supina e a indução de parto que, ao prolongar o trabalho de parto, criam stress na mulher atrasando a lactogénese.

Resta-nos saber qual o papel da Enfermagem em todo este processo.

Embora em Portugal, relativamente à vigilância da gravidez fisiológica, nem todos os pontos do artigo 4º da Directiva 80/155/CEE ainda estejam aplicados na sua totalidade, relativamente ao trabalho de parto, a aplicação da alínea 5 do mesmo artigo é, geralmente observada. Esta alínea determina que umas das tarefas do EESMO é a de *“assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados;”*

Sendo assim, o EESMO deve proporcionar um ambiente propício ao bom desenrolar do trabalho de parto e, para esse efeito, o auxílio á parturiente durante todo o fenómeno do trabalho de parto, a nível físico e psicológico, como já vimos, é muito desejável.

A OMS (1996:39), na sua classificação das práticas utilizadas durante um parto normal, tem implícita a necessidade da mulher ter poder de decisão, de cidadania, sobre o seu próprio trabalho de parto. Com efeito, verificamos que, na categoria A (práticas cuja utilidade pode ser demonstrada e que devem ser

36 Cada intervenção levava inexoravelmente a outra, até ao ponto de todos os partos se terem tornado em eventos controlados, organizados e produzidos pela acção de medicamentos.”

37 O parto considerado como potencialmente perigoso pelo corpo médico não permite que a mulher esteja serena.

fomentadas), existem vários pontos onde a emancipação das parturientes é claramente incentivada:

“1. Plan individuel déterminant où et avec l’aide de qui l’accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse [...]”

5. Respect du choix éclairé quant au lieu de la naissance [...]

7. Respect du droit de la femme à l’intimité sur le lieu de l’accouchement [...]

9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l’accouchement [...]

10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu’elles souhaitent [...]

15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail [...]”³⁸

Citando vários autores, DOMINGUES (2004) afirma que a satisfação das mulheres relativamente à vivência do seu trabalho de parto assenta em vários itens; relativamente àqueles que directamente têm a ver com a actuação dos EESMOs, destaca o grau de informação tanto durante a gravidez como durante o parto (por possibilitar uma maior participação no processo decisório), o apoio físico, emocional e psicológico (através de cuidados personalizados e a manutenção da privacidade), a presença constante e o uso de terminologia compreensíveis.

Se os cuidadores observarem essas premissas, a satisfação das mulheres será tanto maior quanto a necessidade de ajuda na questão da dor será menor. É o que nos afirma BALASKAS (1993:143): *“[...] quando o local coopera e quando as pessoas são habilitadas, sensíveis e prestativas, a dor se torna muito mais suportável. Nessas circunstâncias ideais, poucas mulheres precisam ou vão pedir alguma forma de alívio medicamentoso da dor, mesmo que esteja á mão.”*

O que esta autora defende vem totalmente de encontro com a fisiologia de parto. Na verdade, uma parturiente, ao perceber que está a ser cuidada com empatia e respeito, ao sentir-se segura com a prestação do profissional que está a cuidar dela então, naturalmente, o seu corpo desencadeará a produção do cocktail de hormonal de que já falámos, repleto da hormona do amor – Ocitocina – e de β -endorfinas que auxiliaram a parturiente na sua adaptação á dor de parto. Este “Cuidar” da mulher por parte do EESMO traduz-se numa promoção subtil e eficaz

³⁸ 1. Realização de um Plano de parto individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação[...]

5. Respeito pela escolha da mãe, devidamente informada, sobre o local do parto. [...]

7. Respeito pelo direito da mulher à privacidade no local do parto [...]

9. Respeito pela escolha da mulher quanto aos acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. [...]

10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem. [...]

15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto. [...]

dos poderes inatos e muitas vezes desconhecidos da própria parturiente em encarar corajosamente o seu parto. SCHMID (2007:14) refere que “*The midwife [...] can help women to bring their inborn biological competencies to light. [...] In other words, the midwife’s role is to empower the woman’s endogenous (or biological) competencies.*”³⁹ Para esta autora, a parteira deve proteger os processos biológicos do parto; não se deve deixar dominar por novas rotinas ou regras mas sim, impedir que hajam interferências no fenómeno do parto, quando este está a correr bem.

É importante que o EESMO proteja o ritmo de cada mulher. O cuidar da parteira é um cuidar personalizado. Ela deve ter sempre presente que a sua postura deve ser de atenção constante, embora subtil – EWING (2006) fala em “*watchful inactivity*”, isto é, “*inactividade atenta*”- e de humildade, no sentido de ter por base a satisfação das necessidades da parturiente, promovendo desta forma, a sua paz de espírito, bem-estar e calma, fundamentais para o bom desenrolar do trabalho de parto. DAVIS (2004:7) reforça esta ideia pois explica que “*Thus the midwife’s most basic task is to do everything she can to promote a mother’s relaxation and peace of mind.*”⁴⁰ Esta tarefa implica muita dedicação, paciência e um trabalho centrado na mulher em trabalho de parto e não no EESMO que está a cargo da sua vigilância.

Em suma, podemos afirmar que uma visão holística da parturiente por parte dos EESMO é crucial. Só assim serão capazes de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com a sua parturiente, que permita centralizar as necessidades da mulher e fomentar e incentivar um maior auto-controlo por parte desta, no seu trabalho de parto, maximizando, dessa forma, as potencialidades inatas da parturiente de gestão do seu parto.

³⁹ A parteira pode ajudar as mulheres a trazerem as suas competências biológicas endógenas ao de cima. Por outras palavras, o papel da parteira é o de dar força às competências internas (ou biológicas) da mulher.

⁴⁰ Assim, a tarefa mais básica da parteira é a de fazer tudo o que lhe for possível no sentido de promover o relaxamento e a paz de espírito na parturiente.

PARTE II - O ESTUDO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

1- O PERCURSO METODOLÓGICO

“The more we attempt to explain phenomena by reducing data to their least common denominator, the further we are from what we experience in the world around us”⁴¹

SWANSON & CHENITZ (1982:242)

A investigação é um contributo essencial para o desenvolvimento de uma profissão e facilita-lhe o desenvolvimento como ciência. FORTIN (1999:18) refere que a investigação “ *pode tratar-se, entre outros, de descrever as características de uma situação particular, de explicar as características de fenómenos ou ainda prever comportamentos de saúde desejáveis.*” É pois dever dos enfermeiros contribuírem para o desenvolvimento da sua profissão como ciência, produzindo conhecimentos, relativos às suas práticas, e adquiridos segundo o método científico.

Historicamente, segundo FORTIN (1999), a investigação em Enfermagem terá tido os seus inícios com Florence de Nightingale, na segunda metade do século XIX, durante a guerra da Crimeia. A importância da observação surgiu nestes primeiros passos investigativos; a promoção da saúde e a prevenção da doença eram os dois fios-de-prumo da investigação idealizada por Florence de Nightingale. Depois de um certo marasmo, nos anos 50 um novo impulso é dado com o aparecimento da primeira revista de investigação em Ciências de Enfermagem: “NURSING RESEARCH”. A partir desse momento, ao longo dos tempos a investigação tem-se desenvolvido até que nos anos 80, esta sofre um maior crescimento com a diversificação das metodologias empregues na produção de conhecimentos.

A abordagem qualitativa é cada vez mais utilizada nos estudos científicos, nas ciências de Enfermagem. MERIGHI, GONÇALVES e FERREIRA (2007) referem que a realização de um levantamento bibliográfico sobre pesquisas de enfermagem permitiu evidenciar que na década de 80 o início da produção de pesquisas fenomenológicas no âmbito da enfermagem foi notório.

Na década seguinte, notou-se um crescente interesse pela aplicação de metodologias com enfoque fenomenológico nas pesquisas realizadas pelos

⁴¹ Quanto mais tentarmos explicar os fenómenos reduzindo-os aos seus denominadores comuns mais pequenos, mais longe estaremos daquilo que experienciamos no mundo que nos rodeia

enfermeiros. Esta forma de criar conhecimentos tem buscado a compreensão dos diversos significados que as experiências relativas ao processo saúde-doença têm nos sujeitos. Segundo STREUBERT e CARPENTER (2002:1), apesar da ciência ser, tradicionalmente, quantitativa, *“A incapacidade de medir quantitativamente alguns fenómenos e a insatisfação com os resultados de medição de outros conduziram a um interesse crescente pelo uso de outras abordagens, a fim de estudar fenómenos humanos. Este interesse levou à aceitação de abordagem de investigação qualitativa como outra forma de produzir conhecimento”*.

Independentemente da dimensão da investigação, a necessidade de a planear é imperiosa para que todos os esforços e trabalhos dispendidos não culminem num desperdício de tempo e dedicação. Um projecto de investigação torna-se um instrumento fundamental para prevenir esta situação.

1.1- Seleccionando o fenómeno de interesse

O nosso interesse relativamente à utilização da água durante o trabalho de parto para o relaxamento da parturiente e o seu auto-controlo face à dor de trabalho de parto deu origem a um acumular de conhecimentos, quer através de pesquisa bibliográfica, quer através de visitas de estudo em clínica com esta “especialidade” quer ainda através de um estágio. Como já referido, variadas investigações já foram realizadas sobre o uso da água tépida durante o primeiro estágio do trabalho de parto; contudo, a pesquisa resultou na constatação de dois factos flagrantes:

- Inexistência de qualquer estudo português sobre este fenómeno
- A escassez de estudos de natureza qualitativa relativos às vivências das mulheres que optaram, conscientemente, pelo uso do meio aquático durante o seu trabalho de parto.

Este “vazio”de conhecimentos redundou numa “irritação intelectual”, referida por vários autores como a fonte de preocupações que conduz à necessidade de as resolver. Por exemplo, STRAUSS e CORBIN (2003) alertam para o facto do problema de investigação, seja ele qual for, deverá ser sempre fonte de interesse real para o investigador na medida em que este deverá viver com ele durante algum tempo.

Dessa forma, podemos afirmar que a falta de conhecimentos que referimos foi o ponto de partida que nos levou a desejar saber mais sobre a vivência deste fenómeno - o trabalho de parto com o uso da hidroterapia.

As vivências das mulheres são de suma importância pois só conhecendo a forma como elas experienciam o banho de imersão durante o trabalho de parto é que poderemos, com segurança, saber que estamos (ou não) a fornecer uma alternativa natural e credível de relaxamento e de controlo da dor às nossas parturientes.

Assumimos, desta forma, a pertinência deste estudo.

Assim, neste estudo, numa perspectiva reflexiva sobre o fenómeno do parto, e mais especificamente, sobre o trabalho de parto realizado no meio aquático, assumimos a perspectiva de QUIVY et CAMPENHOUDT (2003:102) “[...] a pergunta de partida tornar-se-á verdadeiramente a pergunta central da investigação, na qual se resumirá o objectivo do trabalho.” A questão central da nossa investigação é:

Como vivenciam as mulheres o trabalho de parto desenvolvido com a ajuda do banho de imersão?

Outras inquietações que guiaram a nossa investigação foram as seguintes:

- Que sentimentos emergiram da experiência de um trabalho de parto conduzido, naturalmente, no meio aquático?
- Como vivenciam as mulheres o primeiro contacto com o seu Filho, utilizando esse método?
- Como as mulheres descrevem esta realidade vivida face a uma outra experiência possível, para ser vivenciada por si ou por outras mulheres nas mesmas circunstâncias?

Os objectivos nascidos dessas questões são os seguintes:

- Compreender as vivências das mulheres que experienciaram o uso do meio aquático, como método natural de relaxamento e de controlo da dor no seu trabalho de parto.
- Conhecer os contributos da hidroterapia no trabalho de parto, que emergem das vivências das mulheres, no que concerne ao relaxamento/ auto-controlo e no seu relacionamento com o RN.

1.2- Seleccionando o tipo de abordagem do estudo

A Enfermagem destaca-se de outras ciências da saúde pelo facto de não se interessar apenas pela “cura”; é, pois, também importante para os enfermeiros saber qual a vivência dos seus utentes relativamente a vários fenómenos. Só dessa forma é possível que os enfermeiros ponham em prática o conceito de “CUIDAR” que vai muito mais além do que o simples tratamento de uma situação problemática, envolvendo também todos os aspectos ligados a essa situação (a percepção, a vivência e a satisfação do utente relativamente ao seu problema e ao tratamento que se lhe propôs, por exemplo).

TURATO (2005:509) 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.”* MINAYO e SANCHES (1993:244) reforçam dizendo que *“WEBER (1970) elabora a tarefa qualitativa como a procura de se atingir precisamente o conhecimento de um fenómeno histórico”*. Por outras palavras, podemos concluir que a investigação qualitativa visa dar sentido ou interpretar um dado fenómeno baseando-se nas significações que os participantes têm desse mesmo fenómeno.

A investigação qualitativa, segundo ERICKSON (1986), citado por LESSART-HÉBERT et al (1990:10) *“partilha um interesse fulcral pelo significado conferido pelos actores às acções nas quais desempenha um papel chave na vida social”*. Por outras palavras, o investigador centra toda a sua atenção no significado que as pessoas atribuem aos factos e situações com que se deparam nas suas vidas.

A investigação qualitativa também parece ser a mais adequada à profissão de enfermagem. Na verdade, SWANSON e CHENITZ (1982) afirmam que estudos quantitativos não têm grande valor para o exercício da profissão de Enfermagem na medida em que, neste tipo de abordagem científica, cada variável é unidimensional e é isolada de forma a encontrar-se relações directas entre os diversos fenómenos, o que produz conhecimentos que não se coadunam com a natureza extremamente complexa e diversificada da área de actuação dos enfermeiros. Por outras palavras, estes autores acreditam que um estudo qualitativo não explora um fenómeno realizando apenas a soma das suas diversas partes mais estuda-o em muito maior profundidade, não esquecendo de verificar as relações e interacções existentes entre cada uma delas.

Segundo STREUBERT e CARPENTER (1999:75), *“A aceitação dos métodos qualitativos como abordagens legítimas para a descoberta de conhecimento*

continua a aumentar à medida que um número crescente de enfermeiros-investigadores aplica os métodos qualitativos a investigações que possuem como seu fenómeno de interesse as experiências de vida das pessoas.”

Os métodos qualitativos não só providenciam os meios necessários à exploração das situações complexas vivenciadas no dia-a-dia, como nos oferecem um conjunto de opções metodológicas para a abordagem mais correcta dessas mesmas situações, tendo em conta o problema de investigação que nos propomos estudar, e tendo sempre em vista os objectivos que nos traçamos, relativamente ao estudo que nos propomos realizar (MORSE, 1999). Assim, a investigação qualitativa, apresenta várias variantes em termos metodológicos; encontramos, por exemplo, a etnografia, a teoria fundamentada, e a fenomenologia.

Cada um destes métodos deverá ser escolhido tendo em conta a pergunta de investigação - pois esta, segundo STRAUSS e CORBIN (2003) é uma interrogação específica que estabelece os parâmetros do projecto de investigação, sugerindo o método mais adequado para o estudo -; a perspectiva fenomenológica é aquela segundo a qual queremos desenvolver o nosso trabalho e os tipos de dados que esperamos colher de acordo com a questão de investigação formulada

1.3- A Fenomenologia e a Enfermagem

Após termos explorado vários autores sobre os diferentes métodos de investigação, e tendo em conta que os objectivos do nosso estudo têm por base a compreensão da forma como as mulheres vivenciaram a experiência do desenvolvimento do seu trabalho de parto utilizando o banho de imersão como método natural de relaxamento e de controlo da dor, entendemos que a fenomenologia seria a corrente científica mais adequada para este tipo de trabalho de investigação.

Na verdade, vários são os autores que identificam na Fenomenologia, o método científico apropriado para o estudo das vivências do ser humano no seu dia-a-dia, privilegiando a compreensão dos fenómenos e do significado que estes têm aos olhos de quem os viveu. Por exemplo, LYNCH-SAUER (1985:95) refere-nos que “*o seu objectivo [da Fenomenologia] é compreender a experiência humana, através da análise da descrição dessa mesma experiência*”.

Segundo BENNER (1994), citado por FORTIN (1999:149), a Fenomenologia “*consiste, portanto, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la*”.

A Fenomenologia implica o uso de processos de produção de conhecimentos que permitam ver o mundo da mesma forma como os sujeitos estudados o vêem. A própria etimologia da palavra “Fenomenologia” revela-nos que se trata de um método que estuda os fenômenos, isto é, aquilo que aparece por si (deriva das palavras gregas “*logos*”: tratado., ciência, estudo, e “*phainómenon*”: coisa que aparece).

Embora vários autores confirmam que o termo Fenomenologia tenha sido empregue pela primeira vez no século XVIII, por Johann Heinrich Lambert, segundo CAMATTA et all (2008) a Fenomenologia terá nascido no final do século XIX, a partir de um movimento que questionava a aplicabilidade do método científico aos fenômenos do ser humano.

Esta forma de criar conhecimento terá tido um grande impulsionamento através das reflexões de Edmund Hursserl a partir das quais passou a ser entendida como uma ciência cujo objecto de estudo era a essência dos fenômenos existenciais do Homem. Contudo a visão hursserliana era puramente descritiva do fenômeno tal qual ele se apresentava ao Homem. Para Hursserl, não havia a preocupação em explicar o fenômeno. Segundo POLIT, BECK e HUNGLER (2004) surgiram duas escolas fenomenológicas; a fenomenologia descritiva e a fenomenologia interpretativa (ou hermenêutica).

A primeira fora desenvolvida pelo próprio Hursserl. O seu discípulo Heidegger terá desenvolvimento a corrente interpretativa, como nos afirma TERRA et all (2006:674): “*Como as contribuições de Heidegger têm sido amplamente utilizadas por alguns trabalhos na enfermagem, é necessário reforçar que este destacou a interpretação e a compreensão, além da descrição da experiência humana.*”

Para VAN MANNEN (1997), a Fenomenologia descritiva, também apelidada de eidética, tem por único objectivo a descrição pura do significado que uma experiência teve para um sujeito. Existe um rompimento máximo com preconceitos e pressuposições de forma a se chegar à descrição pura do fenômeno em questão. Na Fenomenologia hermenêutica, o objectivo é um pouco mais ambicioso indo para além da simples descrição; com efeito, para STREUBERT

e CARPENTER (2002: 61), “*Uma abordagem fenomenológica hermenêutica é, essencialmente, a interpretação dos fenômenos [...]*”. Assim, esta forma de usar a metodologia fenomenológica possibilita ao investigador a exploração das experiências e, subseqüentemente, a interpretação do fenômeno em estudo facilitando a sua compreensão.

Segundo CORRÊA (1997), citando MARTINS (1992), um estudo fenomenológico é composto por três momentos distintos: a descrição, a redução e a compreensão. No primeiro momento, como o próprio nome indica, o investigador descreve os elementos distintos e críticos do fenômeno.

Depois, num segundo momento, efectua a redução, seleccionando as partes da descrição que são consideradas essenciais e aquelas que não o são, isto é, o pesquisador vai retirar dos relatos que obteve as informações fundamentais para a consciencialização e a compreensão da experiência, do fenômeno.

Finalmente, num terceiro momento, surge a compreensão fenomenológica, que se dá em conjunto com a interpretação. Trata-se do momento em que o pesquisador assume o resultado da redução como um conjunto de afirmações (ou unidades de significado), que se revelam significativas para ele, apontando também para a experiência do participante e para a consciência que o mesmo tem do fenômeno em estudo.

As unidades de significado são assumidas na linguagem que o sujeito empregou na sua descrição da vivência do fenômeno (discurso ingênuo). Finalmente, através da análise das descrições dos vários sujeitos da pesquisa, o investigador organiza todas as afirmações retiradas de uma forma organizada e sintética, buscando as suas convergências, divergências e subjectividades.

A aplicabilidade desta metodologia científica nos conhecimentos da Enfermagem é inequívoca. Para TERRA et all (2006), a abordagem fenomenológica tem sido a base de variados trabalhos científicos em Enfermagem, contribuindo significativamente tanto para a praxis da profissão como também para a construção de um saber próprio da Enfermagem como disciplina.

Para SILVA, LOPES e DINIZ (2007:256) a fenomenologia muito “*tem contribuído para a nossa ação profissional, sobretudo para o alcance daqueles que buscam, no sentido da compreensão do ser, aproximar-se do cuidar autêntico, visto que nós os profissionais de saúde enfatizamos o aspecto da técnica, sem nos preocuparmos com a pessoa enquanto ente envolvente, no sentido de promover uma possibilidade para o seu poder-ser, na perspectiva da busca e valorização do ser.*”

Por outras palavras, a fenomenologia tem-se revestido de grande importância no questionamento do modelo biomédico adoptado por vários enfermeiros na medida em que este modelo, altamente virado para o tecnicismo no cuidado, tem promovido a desvalorização gradual e contínua do Ser Humano enquanto ser complexo, contextualizado num ambiente que interage com ele de forma constante, preferindo ver a pessoa como um “simples” somatório de sistemas interligados entre si.

É o que nos afirma também RIVERA e HERRERA (2006:160): *“si Enfermería se considera un arte y ciencia humana, preocuparse por el cuidado de la salud del ser humano, es comprender en primer lugar sus experiencias o vivencias respecto a su salud. Esta perspectiva filosófica confirma la necesidad de abordar el cuidado a nuestros usuarios de manera integral, lo que habitualmente no ocurre, pues tenemos preestablecidos diagnósticos, tratamientos, planes de atención, de educación y hasta respuestas esperadas, construidas solo desde lo cognoscitivo y desde la perspectiva unilateral del profesional.”*⁴²

Tal como estes autores, acreditamos que a relevância dos estudos fenomenológicos, em contexto de Enfermagem, surge pela pertinência em apreendermos a forma como os sujeitos sentem, vivenciam e interagem nos variados contextos da vida, inclusiva no meio hospitalar ou, mais especificamente e de acordo com o fenómeno em estudo, o trabalho de parto. A aprendizagem desse vivido pode ajudar-nos a perceber melhor o que as mulheres procuram, desejam e experimentam quando estão em trabalho de parto, e qual o nosso papel no sentido de as ajudar a experimentarem a melhor experiência de parto possível.

2- O DESENHO DO ESTUDO

O período da recolha de dados esteve compreendido entre os meses de Outubro de 2007 e Julho de 2008.

⁴² Se a Enfermagem é considerada uma arte e uma ciência humana, preocupar-se com os cuidados de saúde do ser humano, é compreender em primeiro lugar as suas experiências ou vivências no que respeita a sua saúde. Esta perspectiva filosófica confirma a necessidade de abordar o cuidado aos nossos utentes de uma forma integral, o que habitualmente não ocorre devido ao facto de termos diagnósticos, tratamentos, planos de acção e de educação pré-estabelecidos e até termos respostas esperadas, construídas apenas a partir da cognição e da perspectiva unilateral do profissional.

2.1- População-alvo e amostragem

Para a delimitação da nossa população alvo definimos previamente qual(is) o(s) critério(s) de selecção; no caso do presente estudo, o critério limita-se a incluir na população alvo qualquer mulher que tenha usufruído do uso do banho de imersão em água tépida durante o primeiro período do seu trabalho de parto; Não faria sentido delimitar as participantes quanto outros critérios possíveis, pois o número de participantes possíveis é muito reduzido pela emergência do fenómeno em Portugal. Esta opção permitiu-nos reunir um número aceitável de participantes para a nossa investigação. A voluntariedade dos participantes foi outro critério de construção da amostragem.

O termo a utilizar quanto ao número de participantes no estudo não é pacífico. Se MARTINEZ (1990) não utiliza a palavra “amostra” por não ser objectivo da fenomenologia a generalização dos resultados a uma população mais vasta, já LIHER E MARCUS (1994) utilizam-na, apesar de concordarem com o autor anterior quanto ao objectivo deste tipo de investigação. Dadas as características do tipo do nosso estudo, a amostra totalizou nove participantes.

MARTINEZ (1989), apesar de não eleger um número ideal de participantes, refere que, num estudo fenomenológico, o número de participantes deve ser reduzido, pelos mesmos motivos. BOEMER (1994:89) desvaloriza o tamanho da amostra ao afirmar que *“Não haverá um critério amostral que indique que a coleta encerrou-se, critério esse próprio da metodologia das ciências naturais. O critério em fenomenologia é o da repetitividade que expressa o mostrar-se do fenômeno em sua essência.”* Por outras palavras, a amostra vai aumentando lentamente ao longo do tempo, considerando-a aceitável quando o pesquisador encontrar uma repetição marcada do vivido dos participantes no seu estudo, de tal forma que, nessa repetição, encontre o verdadeiro significado do fenómeno que está a estudar. Terá assim atingido o objectivo próprio dos estudos fenomenológicos. Contudo, é importante termos também em atenção que não são apenas os tópicos referidos repetidamente pelos participantes que se revestem de importância maior quanto ao significado do fenómeno em questão. Na verdade, na opinião de ANDRÉ (1983), um critério de relevância de um tópico é a sua repetitividade mas este não é único pois podem ser colhidos outros dados com aspectos, observações ou sentidos únicos que, contudo, se revestem de suma importância para uma apreensão mais abrangente do fenómeno. Por isso, este autor revela a importância da intuição e da subjectividade do pesquisador

fenomenológico, além de todo o arsenal teórico de que se deve munir ao longo do seu estudo.

A nossa amostragem é considerada como não probabilística intencional visto que nem toda a população-alvo terá a mesma hipótese de participar no estudo - só participam mulheres do Grande Porto e da Grande Lisboa. Como nos refere PATTON (1990: 169) “*A lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade*”. Com efeito, a nossa intenção não é a extrapolação dos dados que adquirimos mas sim a compreensão do fenómeno em estudo. TURATO (2005) sumariza a técnica de amostragem e a qualidade da amostra (usa esta terminologia) afirmando que a primeira é intencionada -na medida em que existe uma busca propositada de indivíduos que vivenciam o problema da investigação (ou têm conhecimentos sobre ele)- e a segunda deverá conter poucos sujeitos, sem que o seu número seja pertinente.

A técnica e amostragem foi em bola de neve - também chamado em rede (visto que o contacto entre participantes e investigador ser conseguido através da intervenção de terceiras pessoas).

2.2- Questões éticas

Antes da realização de qualquer colheita de dados, solicitámos sempre, em primeiro lugar, a cada mulher participante deste estudo, o seu consentimento informado para a utilização dos relatos das suas experiências, gravada em microgravador, de forma confidencial e unicamente no quadro da investigação em decurso.

Só após a explicação e a apresentação do estudo e dos seus objectivos assim como a autorização gravada das participantes é que iniciámos a colheita de dados.

2.3- Instrumento de colheita de dados

Quanto ao instrumento de colheita de dados, Citando TRIVIÑOS, SIMÕES e SOUSA (1997) referem que “*a fenomenologia dá ênfase ao “significado” que as pessoas dão às coisas e à vida. Os significados são obtidos através das descrições dos*

depoimentos e, para tanto, deverá ser utilizada a entrevista na modalidade fenomenológica como instrumento de obtenção dos mesmos.”

Assim, a escolha do instrumento de colheita de dados teve por base a necessidade de possibilitar às participantes de responderem por suas palavras às questões colocadas, sem as restrições impostas por chaves dicotômicas ou perguntas de resposta múltipla, por exemplo. Contudo, para termos a certeza de que iríamos obter subsídios relativamente a todas as dimensões da nossa problemática decidimos criar um guião* para uma entrevista semi-estruturada, constituído pelas grandes linhas orientadoras da entrevista (sem a indicação da ordem de aplicação ou a forma de colocação das questões). Para FORTIN (1996:247) a entrevista semi-estruturada é *“aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à descrição do entrevistador.”* As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelas participantes, de acordo com as possibilidades do entrevistador.

Optámos pela gravação das entrevista em suporte informático pois, de acordo com MARTINEZ (1989), permite rever a entrevista, ouvi-la repetida e sistematicamente *a posteriori* possibilitando uma análise aprofundada dos relatos obtidos. Além disso, na opção de registo em papel da entrevista tem a desvantagem de ser fonte de distracção tanto do entrevistador como da entrevistada e, em última análise, poderá retrair a participante pelo facto desta se poder sentir mais “observada”. O gravador de voz foi colocado a uma distância considerável das participantes para evitar qualquer tipo de perturbação nas mesmas

As nove entrevistas realizadas tiveram uma duração aproximada de 15 minutos, consoante as participantes tinham maior ou menor facilidade em exprimir as suas vivências de parto.

Depois, tentámos transcrever em suporte informático todos os relatos obtidos, o mais próximo possível do momento da entrevista no sentido de preservar todo o contexto em que foram realizadas. Seguiram-se a realização das várias etapas do estudo fenomenológico. Assim, numa primeira fase foi realizada a descrição de todos os relatos que obtivemos. Depois, foi necessário aplicar a fase da redução em que seleccionámos de entres as várias unidades de significado, aquelas que se revestiam de maior importância para a compreensão do fenómeno.

* Anexo 2

Finalmente, seguiu-se a fase da compreensão/interpretação, em que tentámos entender o significado que o fenómeno teve para as participantes.

Segundo VAN MANEN (1997) são necessários três tipos de abordagem para podermos isolar num texto os aspectos temáticos mais ocultos:

- A abordagem Holística, em que devemos estudar o texto dos relatos como um todo, procurando a frase que possui em si o sentido fundamental do texto.

- A abordagem selectiva, na qual lemos o texto várias vezes, procurando as frases reveladoras do fenómeno descrito.

- _ A abordagem detalhada que se caracteriza por olharmos cada frase ou conjunto de frase procurando entender o que cada uma dela nos traz de novo relativamente à experiência descrita.

No nosso estudo a tentativa da aplicação das abordagens descritas por VAN MANEN foi uma constante e os resultados que obtivemos estão apresentados no subcapítulo seguinte.

3- EFECTUANDO UMA REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA

Após a recolha dos dados através das nove entrevistas a mulheres da Grande Lisboa e Grande Porto que usaram a imersão em meio aquático durante o seu trabalho de parto, iniciámos a nossa reflexão fenomenológica de onde emergiu várias categorias e subcategorias de unidades de significado.

Relativamente ao tratamento dos dados obtidos, seguindo a óptica dos estudos qualitativos fenomenológicos, encontrámos cinco categorias que foram subdivididas num total de dezoito subcategorias que apresentamos sob a forma de esquema ⁴³.

A análise das entrevistas realizadas permitiu-nos criar uma primeira Categoria que intitulámos de “Procedimentos”. Dentro desta categoria, definimos a subcategoria “Informação” onde constatamos que os relatos revelam uma tónica associada aos procedimentos quanto à forma de obtenção de informação sobre o parto com o uso da água; verificamos que, em seis das entrevistas, as informações obtidas sobre o parto com uso da água foram através de pesquisas bibliográficas versando sobre este tema:

“A doula informou-me e deu-me documentação sobre parto na água, ..., slides, ..., filmagens...” (E2)

⁴³ Anexo 1

“... , comecei a ler sobre o parto na água, daquilo que li,..., a água era como uma segunda epidural”(E3)

“Quando engravidei, acabei por ler muita coisa sobre, ... o trabalho de parto na água seria o mais eficaz para mim.”(E5)

“...estive a ver... em França a estudar sobre... lá já faziam partos na água há muitos anos e sempre pensei nessa hipótese em Portugal, mas achava que não era possível”.(E8)

Outras fontes de informação foram a visualização de filmes e documentários, “...lembro-me de estar no liceu e começar a ver documentários sobre o parto na água e gostava muito de quando fosse a minha vez de experimentar...”(E1)

“...foi quando vim assistir ao parto da C. e foi ela que me deu a conhecer o parto na água. (E3)

a participação em congressos,

“... numa conferência de parto na água,..., em que se abordou esses assuntos e se aprofundou...”(E6)

“Nos 9 meses fomos aproximando de pessoas que nos podiam dar dicas, fomos ao congresso da Humpar, vimos partos na água...”(E8)

ou mesmo a experiência de assistir a um parto de uma amiga que utilizou essa estratégia para o seu parto:

“...vi o parto da C., ... Então decidi fazer o parto na água...”(E3)

Citando vários autores, DOMINGUES (2004) afirma que a satisfação das mulheres relativamente à vivência do seu trabalho de parto assenta em vários itens destacando-se, entre outros, o grau de informação tanto durante a gravidez como durante o parto (por possibilitar uma maior participação no processo decisório). De facto o estudo deste autor revela-nos que existe uma relação directa entre o grau de informação das gestantes/parturientes e o seu grau de satisfação com a vivência do parto.

Outra subcategoria emergida da análise dos relatos obtidos foi a subcategoria “Motivações para o parto na água”.

Quanto às razões pela escolha pelo uso da água no parto, podemos afirmar que a tónica geral nestes testemunhos passa pela grande vontade de um parto totalmente natural, com recurso a pouca ou nenhum a intervenção externa.

“... acho que ajuda a concretizar esse desejo de parto natural.” (E1)

“Eu tinha ideia de querer um parto natural, isso sim... Nessa 2ª gravidez eu estava muito descontraída,..., comprei a piscina,...,”(E2)

“A escolha de ter um parto na água foi precisamente a possibilidade de ter um parto com a menor intervenção possível...”(E4)

A escolha do meio aquático resultou não só dessa vontade por um parto natural, mas também das informações que as participantes recolheram ao longo da sua gravidez,

“Quando engravidei acabei por ler muita coisa sobre, portanto, partos naturais, ..., o trabalho de parto na água seria o mais eficaz para mim.”(E5)

“Usei a água 2 vezes durante o trabalho de parto, ..., na água porque demos por nós numa conferência de parto na água...”(E6)

às possibilidades oferecidas no local de parto pelos profissionais envolvidos,

“...foi acompanhado pela doula, ..., eu gosto e sinto-me bem dentro da água gostaria de experimentar,..., mas pensava que não era possível em Portugal.”(E7)

“... não tinha dilatação nenhuma e estava com dores,..., a parteira sugeriu porque é que não ia para a sala ao lado, havia uma banheira com água tépida e recostar-me lá,... (E9)

“Naturalmente, quando eu me deitei naquela banheira não quis sair mais...”(E9) ou simplesmente o facto de se sentir em total harmonia com o meio aquático

“... queria que o bebé nascesse mesmo na água...”(E1)

“...o parto na água era reencontrar-se com o meio com o qual me identifico muito, é uma 2ª casa... eu sabia que me sentia muito á vontade...”(E8)

Ainda nesta categoria de “Procedimentos” delineámos uma terceira subcategoria: “Intervenção Médica Reduzida”.

Apesar do apoio e vigilância indispensáveis dos profissionais de saúde em todo o processo do trabalho de parto, verificamos ao longos dos relatos que as participantes valorizaram bastante o facto dos seus partos não terem sido medicados,

“... acho que para outras mulheres que têm medo da dor, que não querem ter dor, mas também não gostam, por exemplo, de levar com todos os medicamentos que eles dão, acho que é uma boa utilização não é?” (E3)

nem muito intervencionados;

“Ela não mexeu..., ninguém mexeu no bebé, ..., viu a cabeça a virar, depois os ombros,...e saiu para dentro da água”(E2)

“... ter um parto com a menor intervenção possível...”(E4)

“Nasceu para dentro da água,..., sem mãos de terceiros, é sempre muito, muito mais relaxante. Muito mais natural.”(E6)

“... a médica,..., verificou e fez a palpação,..., nunca mais me observou,..., eu pedi a piscina para entrar dentro,..., para efeito de terminar,..., dilatação dentro da água e depois o período de expulsão.”(E7)

“... a parteira,..., não interferiu em mais nada...o parteiro estava só a assistir ao parto.”(E9)

Ao cruzarmos estas experiências com as motivações que levaram as participantes a escolher o meio aquático para aí desenvolverem o seu trabalho de parto, podemos concluir que, para elas, a água contribui de forma evidente para o alcance dos seus objectivos: realizar um parto o mais natural possível.

Basicamente, quanto se pode observar nas respostas, a maioria das participantes planearam um parto “normal”, com intervenção directa do marido/companheiro e cujas “regras” foram por si sugeridas, tornando-se pró-activas no seus respectivos partos. Contudo, havendo sempre riscos, a presença dos profissionais de saúde foi uma mais-valia.

Desta forma, verificamos também que, o cuidar da Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica parece, desta forma, muito óbvia e poder-se-ia resumir ao apoio contínuo e subtil da parturiente, de que nos fala EWING (2006). Contudo, esta pequena tarefa, na verdade, contém uma série de actividades, subtis ou declaradas, que têm como objectivo manter a parturiente a mais serena possível, minimizando os estímulos e na maior segurança possível, no sentido de promover um bom desenvolvimento de todo o trabalho de parto.

Esta interpretação vai de encontro com a definição de parto humanizado defendida por MOURA et all (2007:454): “*A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania.*”

CUIDAR é a palavra-chave do exercício da enfermagem e COLLIÈRE (1989) afirma que o cuidar só tem sentido se a utilização das técnicas se mantiver integrada num processo relacional.

Da análise dos relatos emergidos das entrevistas que realizámos, surgiu uma segunda categoria que intitulámos “Relaxamento e trabalho de parto”. Subdividimos esta categoria em 4 subcategorias.

NIGHTINGALE, citada por BEECH (1996) explica-nos que a maioria das parturientes, quando admitidas nas maternidades, está ansiosa libertando muitas catecolaminas que inibem as endorfinas, levando ao aumento da sensação nóxica

e, eventualmente, uma lentificação do trabalho de parto. O meio aquático, ao promover indubitavelmente o relaxamento, inibe a produção contínua e nefasta de catecolaminas, induzindo o avanço do trabalho de parto, sob a protecção das endorfinas.

É muito evidente e real para todas as participantes, a grande minimização dos efeitos da dor aquando da entrada dentro da água. Assim, criámos a subcategoria “Controle da Dor” onde reunimos várias unidades de significado:

“A partir do momento em que entrei na água,..., eu costumo dizer às pessoas que já não sentia dor...”(E1)

“... a única coisa que me lembro, foi entrar dentro da água e dizer “isso é a melhor coisa que me aconteceu na vida!”...entrei dentro da água, deixei de sentir dores...”(E2)

“Quando entrei na água, de facto, há uma sensação de alívio imediato...”(E4)

“Entre na água porque o trabalho de parto estava a ser duro, ..., não senti tão intensas as contracções.”(E6)

“A nível das dores, ..., eram fortes, mas, ..., o facto de estar num meio que não é nosso, ..., acaba por dar uma sensação diferente da dor...a água acaba por atenuar...não ter tantas dores a nível muscular...”(E7)

Uma participante refere a relação que existe entre o relaxamento e a redução da dor:

“Quando entrei na água, ..., sentámo-nos na água e acabámos por relaxar,..., parece que já não há dores...”(E5)

Surge quase automaticamente, uma grande leveza, uma menor pressão a nível muscular, surge a sensação de bem-estar que conduz a uma maior segurança por parte da parturiente.

“As sensações que fui tendo fora de água, ..., era doloroso, cada vez que entrava na água,..., tornava-se mais leve, as contracções não eram tão fortes.”(E3)

“... quando eu me deitei naquela banheira não quis sair mais,..., foi uma diferença,..., sensação peso, dores nas costas e todas as más sensações...deixaram de existir”(E9)

Destacamos também, a associação que duas participantes fazem quando se referem ao facto de, dentro da água, “quase parece uma epidural” sendo notório os grandes efeitos benéficos que a água produz no processo de trabalho de parto.

“... acho que foi a melhor coisa, é como a epidural!” (E2)

“Estávamos calmos, confiantes, ..., um bocado receio das dores, ..., há sempre o fantasma da dor, ..., eu nunca pensei na epidural, nem antes nem durante...”(E8)

Á outra subcategoria que criámos demos o nome de “Relaxamento”. Como nos explica HARPER (1996:161) *“Dans l’eau, la femme parvient à un niveau de détente qui atténue son anxiété et son stress, car la perception de la souffrance est nettement accentuée par l’angoisse.”*⁴⁴

O relaxamento provocado pela entrada na água faz parte de todos os testemunhos registados neste grupo de parturientes.

“...foi impressionante, ..., porque relaxei completamente...senti ao fim de uns minutos o bebé a descer,..., entrar mais cedo na água,..., relaxa-me,..., acho que foi a melhor coisa - é como a epidural!...”(E2)

“... todas as vezes que entrava dentro de água era uma sensação de leveza, de flutuar,..., flutuar no paraíso...”(E3)

“... há uma sensação de alívio imediato...algumas mensagens até com a água, ...”(E4)

“... ao entrar na água eu consegui relaxar...”(E5)

“... foi impressionante porque relaxei completamente!” (E6)

“... o facto de estar no meio aquático, acaba por permitir um relaxamento do corpo,..., a temperatura da água permite relaxar...”(E7)

“...a água ajuda a amolecer os tecidos, ajuda a relaxar os tecidos, e a mim, ..., relaxou-me imenso porque é um meio com o qual eu me identifico.”(E8)

“Naturalmente, quando eu me deitei naquela banheira não quis sair mais, ...uma sensação de conforto, e aquela água quentinha faz tão bem!”(E9)

Verificamos que em todos os casos, a entrada na água despoletou uma grande tranquilidade, sensação de conforto, de flutuar, confiança e paz. O encontro com a água transformou o parto em algo único, maravilhoso (na opinião de algumas parturientes...), entra neste patamar, a perda da noção do tempo causado pelo enorme relaxamento que a água lhes produziu.

Destacamos o facto de duas participantes realçarem o facto de terem adormecido entre as contracções, tal era o relaxamento conseguido:

“...tive uma parte do trabalho de parto e do relaxamento na água, ..., até adormeci no meio das contracções”(E1)

“Entrei numa de relaxar, entrei sozinha. Adormecia durante as contracções, tal era o relaxamento. ” (E6)

⁴⁴ Na água, a mulher atinge um patamar de relaxamento que atenua a sua ansiedade e o seu stress pois a percepção da dor é francamente aumentada pela angústia.

Várias participantes deram especial enfoque ao facto de, na água, terem maior capacidade em se mobilizarem e de se adaptarem à descida do bebé. Desta forma, foi-nos possível criar a subcategoria “Mobilidade/ Adaptabilidade”. Como nos refere BEECH (1996:10) ao citar BALASKAS, *“Its buoyant quality carries the body’s weight, so that it becomes much easier to change positions, for example to squat without support and to move freely.”*⁴⁵ A sensação de leveza proporciona uma liberdade de movimentos dentro da água que, posiciona quase que inconscientemente as parturientes em posições favoráveis ao bom desenvolvimento do trabalho de parto.

“Podemos estar a mexer e estar em posições diferentes dentro da água.” (E1)

“..., há uma sensação de alívio imediato, tanto pela mobilidade, ...”(E4)

“... fora da água já não estava a saber muito bem como reagir, ..., já não sabia mais como me havia de colocar/posicionar; dentro da água já tinha uma série de coisas que poderia fazer...”(E4)

“...liberdade de movimentos, a água torna-nos mais leves...”(E6)

“... o parto era um parto activo, eu podia movimentar-me à vontade. A partir de uma certa altura, o movimento de cócoras e a posição de cócoras acabava por, ... , cansar fora água,..., dentro de água a ausência de peso...”(E7)

“E então, quando entrei, parecia, ..., um golfinho a parir porque comecei, ..., a movimentar-me, a balancear-me para suavizar a dor, e para o bebé se encaixar...”(E8)

“... fui usando a potencialidade da água para me deslocar...” (E8)

Inclusivamente, duas participantes referem que, dentro da água, sentiram perfeitamente a descida do seu bebé pelo canal de parto.

“... senti ao fim de uns minutos o bebé a descer, senti-o literalmente a entrar na bacia, ...”(E2)

“senti que o bebé estava a descer...”(E4)

De facto, a mobilidade é fundamental no trabalho de parto já que a pelve altera constantemente o seu formato e, ao oferecer-se vários ângulos de descida ao feto, este encontra mais facilmente o seu caminho. O intenso relaxamento produzido pela entrada na água parece ter ajudado as participantes a escutarem as posições mais confortáveis pedidas pelos seus respectivos corpos.

⁴⁵ A sua fluabilidade suporta o peso corporal tornando mais fácil a mudança de posição, como por exemplo a posição de cócoras, sem suportes, e mover-se livremente.

Como factor determinante para o relaxamento e trabalho de parto, a adaptabilidade; a capacidade de readaptação, em termos de quais os melhores posicionamentos, constitui também um dos factores importantes de adaptação.

Finalmente, criámos a subcategoria “Percepção do tempo”. BALASKAS (1989) refere-se ao tempo, no sentido da perda da noção temporal confirmando um estado de semi-consciência da parturiente sem intervenções médicas. Essa sensação foi relatada numa das nossas entrevistas:

“Achei que tinha lá estado meia hora, estive 3 a 3 horas e meia...,”(E6)

Efectivamente, em alguns casos, perde-se a noção do tempo; verificamos que as participantes, destacam a rapidez da dilatação, quando estão dentro do meio aquático.

“... estive 20 minutos na água...”(E2)

“... foi tudo muito rápido, o meu parto foi um parto de 3 horas e ela diz que é normal,..., parecia um golfinho a parir porque comecei,..., movimentar-me, balancear-me, para suavizar mais a dor, a bebé se encaixar...”(E8)

HARPER (1996) explica a rapidez de que nos falam algumas participantes nos seus relatos; após cerca de 20 minutos na água, há uma redistribuição sanguínea que origina a libertação do peptídeo atrial natriurético que, por sua vez, estimula a hipófise a produzir ocitocina. Dessa forma, já houve estudos ingleses que provaram que a água tinha um poder promotor do avanço do trabalho de parto maior do que a ocitocina sintética (SYNTHOCINON®). “*Some midwives and nurses who assume that there is a little or no progress in dilatation because mother is not displaying any outwards signs of discomfort are often surprised to find a rapid dilatation in the first hour of immersion*”⁴⁶ (HARPER, 1996:176). Uma participante do nosso estudo confirma esta afirmação de HARPER:

“... a parteira não estava a acreditar, ..., estava fora da água nunca mais tinha dilatação, pus-me dentro da água, a dilatação foi rapidíssima!”(E9)

Ao longo da análise das entrevistas, foi-nos possível criar uma terceira categoria que intitulámos de “Benefícios do uso da água no trabalho de parto” onde as unidades de significado que realçamos permitiu-nos criar 5 subcategorias.

A primeira, “Auto-estima” emergiu do facto de várias participantes referirem que, no seu parto decorrido com a ajuda do meio aquático, experienciaram uma sensação de realização pessoal e de orgulho,

⁴⁶ Algumas parteiras e enfermeiras que assumem que um parto está a evoluir lentamente ou está mesmo parado porque as mulheres não apresentam sinais externos de desconforto, são muitas vezes surpreendidas com a rápida dilatação na primeira hora de imersão.

“... senti um sentimento de realização muito grande,...,de recompensa e de orgulho...”(E4)

“... ..psicologicamente, a pessoa ter saído do parto com a sensação de realização pessoal porque acho que é bem mais... Há mais realização pessoal.” (E7)

Realçam a sensação de se terem “portado bem”

“... acho que me portei muito bem...” (E5)

e de se terem sentido activas no seu parto, isto é, de terem experienciado a sensação de terem sido “donas” do seu próprio parto, não deixando para a parteira o protagonismo do mesmo :

“...neste estive sempre activa...”(E6)

“... por isso o parto foi meu! Não foi do parteiro, o parteiro estava só a assistir ao parto...”(E9)

Como refere um estudo de CARRARO (2008:505), *“A participação ativa da mulher na vivência do trabalho de parto e parto é salutar desde o momento em que o local lhe é apresentado, na liberdade de escolha, no oferecimento de diferentes modalidades de atenção ao parto – tanto em relação ao local e posição, quanto ao método para o cuidado e conforto nos momentos que antecedem o nascimento. Esses aspectos fazem com que a mulher se tranqüilize e se sinta valorizada, o que facilita a evolução do parto.”*

MACKEY (2001) revela que vários estudos confirmam que parturientes na água descrevem maior sensação de bem-estar, auto-estima, relaxamento emocional e controlo do seu trabalho de parto em meio aquático. Um parto em que se utilizou a água no seu decurso é um parto onde a mulher foi muito mais activa e em que o auto-controlo foi muito maior do que em “partos hospitalares tradicionais”.

Nesta subcategoria, ainda podemos dar especial enfoque ao facto de uma participante referir que a sensação de realização pessoal ser tão boa, a auto-estima ser tão elevada que a depressão pós-parto parece-lhe um acontecimento impossível quando a estratégia do uso da água é a escolhida para o relaxamento e o controlo da dor de parto:

“...o parto tinha sido aquele que eu desejei, ..., superou as minhas melhores expectativas, ..., é difícil a pessoa falar em depressão pós-parto.”(E7)

Relativamente ao bem-estar e à satisfação ressentida aquando da permanência na água, durante os seus respectivos trabalho de parto, as participantes são inequívocas: todas referem que estar dentro do meio aquático proporcionou-lhes momentos de bem-estar geral, de paz, de sensações fantásticas. Esse facto

permitiu-nos delinear outra subcategoria a que demos o nome de “Bem-estar e satisfação”

“... a água trouxe-me essa calma, esse bem-estar...”(E2)

“Adorei o parto na água. Para mim foi uma sensação maravilhosa, até superou aquilo que eu idealizava!” (E3)

“..., foi extremamente positivo e senti-me muito bem...”(E4)

“... ao entrar na água eu consegui relaxar, ..., e achei a sensação fantástica.”(E5)

“tanto que entrei e dizia: que bom! Que bom! Que bom!” (E6)

“superou todas as minhas melhores expectativas.!” (E7)

“... e depois de eu entrar na água senti-me em paz.” (E8)

“..., uma sensação de conforto, e aquela água quentinha faz tão bem! ” (E9)

De referir que, no caso da E1, o uso da água durante o primeiro parto (no duche) também foi significativamente positivo já que possibilitou à mulher a possibilidade de descansar (adormecer) entre as contracções.

“... tivemos a oportunidade de tomar um duche; foi bastante bom; tive lá dentro, com aquelas bolas de ginástica no duche; até adormeci, ..., no meio das minhas contracções...”(E1)

Segundo Harper (1996:160) “*Quand une femme se détend dans une baignoire, libérée de la pesanteur, avec très peu de stimuli sensoriels, son corps sécrète moins d’hormones de stress. En revanche, il produit des inhibiteurs de la douleur – les endorphines – qui facilitent le travail.*”⁴⁷ Mais uma vez, fica patente pelos relatos recolhidos e as informações colhidas juntos dos diversos autores que consultámos, que existe como que um ciclo vicioso positivo entre a imersão em água tépida durante o trabalho parto, o relaxamento e a redução da sensação de dor conseguidos, a sensação de bem-estar e a vontade de permanecer na água.

O relaxamento e a leveza induzidos pelo meio aquático facilitam o controlo do parto por parte da mulher. Segundo SILVA e OLIVEIRA (2006:62) “*O banho de imersão permite que a mulher assuma o comando da situação, pois ela pode mobilizar seus recursos para buscar o bem-estar durante o processo do nascimento.*”

Estes dados divulgados pelo estudo efectuado por estes autores está patente nos relatos de cinco das nossas participantes. Assim, a subcategoria “Auto-controlo” emergiu naturalmente dos relatos obtidos. De facto, elas referem ter conseguido

⁴⁷ Quando uma mulher se relaxa numa banheira, libertada do seu peso, com muito poucos estímulos sensoriais, o seu corpo segrega menos hormonas de stress. Em contrapartida, ele produz inibidores da dor – as endorfinas – que facilitam o TP.

manter-se em auto-controlo em termos de calma, de movimentação do corpo e da força a aplicar aquando dos puxos para o nascimento.

“...saiu a cabecinha e passado um bocadinho, quando veio a próxima contracção, saiu o resto do corpo e não tive de fazer força...”(E1)

“tenho que dar tudo o que posso para que o bebé possa nascer,..., senti que o bebé estava a descer,..., senti que estava a ajudar,..., estava tudo a correr bem...”(E4)

“foi o que eu idealizei,..., tentar ser o mais calma possível – e acho que o fui -,...” (E5)

“Uma vez que o parto era um parto activo.” (E7)

“senti-me sustentada, senti-me amparada, e á vontade, muito à vontade para , ..., para libertar o meu corpo, e foi isso que fiz,...” (E8)

Podemos também inferir que, o facto da intervenção do profissional ter sido mínima, facilitou a maior envolvimento das mulheres nos seus trabalhos de parto.

Uma quarta subcategoria criada foi a que denominámos de “Leveza”. Na verdade, cinco participantes referiram-se ao facto de se sentirem mais leves na água:

“... o corpo foi muito mais leve do que se tivesse sido cá fora,...” (E3)

“Sentia que, ..., mal submergia a barriga, o peso desaparecia,...” (E8)“... quando eu fiquei dentro da água, ... uma sensação de leveza,...” (E9)

Duas delas reforçaram o facto dessa sensação ter contribuído para o seu relaxamento:

“ Acho que ajuda ainda mais do que estar cá fora pelo facto de não ter o peso da gravidade e a pessoa poder estar ali muito leve...” (E1)

“... dentro da piscina, a ausência de peso, o facto de estar no meio aquático, acaba por permitir um relaxamento do corpo...” (E7)

De facto, o princípio de Arquímedes está aqui bem patente e, se o aliarmos à facilidade na mobilidade/adaptabilidade que promove, facilmente entendemos a importância desta característica do meio aquático na promoção de um trabalho de parto vivido com maior auto-controlo e maior satisfação por parte da parturiente.

Em termos da facilidade na expulsão, a maioria das nossas participantes referem-se a esse momento como um momento fácil e rápido. A criação da subcategoria “Facilidade de expulsão” surgiu naturalmente. As participantes descreveram o acto de expulsar com muita precisão e transformaram esse momento único como algo que inicialmente se receia mas, afinal, é um momento suave.

“... a diferença maior foi realmente na expulsão...não fiz força nenhuma...” (E1)

“... o expulsar do bebê foi relativamente fácil...”(E1)

“...e o bebê saiu sozinho...ninguém mexeu, virou a cabeça, depois os ombros e ...saiu para dentro de água ”(E2)

“No momento da expulsão, ..., não senti nada,... as coisas foram suaves, sair a cabeça fazer a rotação da cabeça,..., o corpo fica mais leve do que se tivesse sido cá fora...”(E3)

“Gostava de sentir mais o D. a sair porque quase que nem me lembro, ..., foi tão rápido...”(E5)

“..., já sentia que a cabeça estava prestes a sair.”(E6)

“... a expulsão, o momento da expulsão do bebê é bom para o bebê e para a mãe porque,..., a água quente acaba por ser mais fácil,..., por dilatar mais facilmente...”(E7)

“... eu caracterizo a saída dela como um polvo!... quando nós o tiramos da água, o polvo é assim...”(E8)

“...olhe que a bebê esta a nascer, não sei se quer sair da água,..., não!... foi um parto inesquecível.”(E9)

As propriedades da água ajudariam na expulsão como nos refere HARPER (2005:151): *“Another benefit of laboring in water is the elasticity that water imparts to the tissues of the perineum, reducing the incidence and severity of tearing and eliminating the need of episiotomies.”*⁴⁸

Esta premissa explicaria a maior suavidade na expulsão. A maior elasticidade do períneo promovida pela imersão em água e a liberdade de posicionamentos para parir reduz a necessidade de sutura de lacerações/episiotomias o que, consequentemente, traz o maior bem-estar no pós-parto.

Foi-nos possível criar uma quarta categoria que intitulámos “Satisfação” e na qual encontramos 3 subcategorias de unidades de significado.

Á primeira demos o nome de “Vinculação”. O processo de vinculação precoce, no parto na água, parece ter sido algo que marcou as nossas participantes; sete delas referem-se ao momento em que o bebê nasceu,

“Pronto, é uma experiência gira, dele sair e ser quase ele próprio a vir para mim...”(E1)

“Portanto estava eu dentro da água, estive o meu companheiro e depois, entretanto, apareceu o bebê, ...” (E7)

⁴⁸ Um outro benefício de realizar-se o trabalho de parto na água é a elasticidade que esta promove nos tecidos perineais, reduzindo a incidência de lacerações e do seu grau de severidade, e eliminando a necessidade de episiotomias.

e à forma como o recém-nascido interagiu com os pais e vice-versa:

“Houve o facto de ser eu a levar o meu bebé para cima para pegar nele...e a ser abraçado por nós os dois foi extraordinário também...”(E4)

“...O D. no meu peito, eu dentro da água foi uma boa sensação...” (E5)

“... realmente foi muito bom e ficámos, não sei precisar, 10/15 minutos, portanto, o pai e eu e o D.”(E5)

“...não sai de ao pé da mãe...”(E7)

“Punha água em cima do bebé enquanto nós estivemos ali, aqueles 5 minutos a olhar para a A...” (E9)

“O pai cortou o cordão, entretanto tirou a t-shirt (porque pediram...), ..., a bebé ficou contra o peito do pai...” (E9)

De salientar os relatos que reforçam o contacto ocular prolongado entre recém-nascido e pais:

“...e ele ficou depois uns 20 minutos ainda em cima de mim, com o cordão ligado e ele olhava para nós, olhava para mim e com os olhos abertos ele olhava para o pai...”(E2)

“... ela nasceu a olhar para nós, ..., olhou para nós, para o pai, olhou para a mãe.” (E8)

A vinculação é imediata pela manutenção do bebé junto dos seus progenitores, pelo contacto pele a pele, etc... (HARPER, 2005). Sabe-se que o contacto pele a pele favorece a produção endógena de ocitocina. Assim, podemos afirmar que o parto onde a estratégia de relaxamento e de controlo da dor passou pelo uso da imersão em água tépida, ao promover a libertação da hormona do amor “Ocitocina” facilita a vinculação.

A presença paterna no desenrolar do trabalho de parto é referenciado por várias participantes como algo que as ajudou a ultrapassar as dificuldades inerentes ao parto. Assim, criámos a subcategoria “Apoio do cônjuge/companheiro”. Se algumas delas referem-se apenas ao apoio do cônjuge,

“...tive o apoio do P...”(E4)

“... a presença do marido durante o trabalho de parto foi fundamental...”(E6)

“...o meu marido esteve sempre presente...”(E9)

Outras dão importância ao seu apoio a nível físico,

“...como é que se chama aquele banquinho, ..., banco maia, ..., então o meu marido sentou-se nele e eu sentei-me no meu marido e estava naquela posição de cócoras e tive o meu 1º filho assim...”(E1)

“...o P. entrou na água,..., ele entrou lá de boxers,..., a partir daí foram mais 10 minutos...”(E2)

ou referem que num próximo parto desejam que a presença do marido seja ainda mais próxima:

“num próximo parto, o que faria diferente era o facto do meu marido pode estar na água comigo...” (E4)

Algumas das participantes referem que o marido foi muito importante na decisão pelo parto aquático:

“...eu era uma parte envolvente no processo, e o meu companheiro também, ..., acho que foi muito importante, o casal tem uma parte activa e tem um papel muito relevante no nascimento...”(E7)

“... queríamos e preparamos o parto que queríamos,..., ter um parto muito familiar,...,estive em várias posições, apoiada de joelhos e de costas para o B. e aí fiquei...”(E8)

A ajuda do companheiro vai desde a concepção do processo de parto, ao apoio activo no mesmo, à sensação de segurança que emana. Para TARNOWSKI, PRÓSPERO e NÉLSEN (2005:106) “[...] *sem o devido acolhimento e o reconhecimento da importância da presença paterna no alívio das tensões do trabalho de parto, sejam as ocasionadas pela fisiologia do parto ou aquelas relacionadas ao ambiente não familiar, a humanização não poderá se concretizar.*” Por outras palavras, estes autores reforçam a importância da presença do cônjuge/companheiro durante o trabalho de parto, no sentido deste ser uma mais-valia no alívio de tensões próprias do parto.

Aliás, na questão da presença do pai aquando do parto GAMELIN-LAVOIS (2006) confirma-nos a importância dele (ou uma terceira pessoa escolhida pela parturiente) estar presente pelo sentimento de segurança afectiva que traz á mulher em trabalho de parto e, conseqüentemente, à segurança de todo o parto em si.

Continuando a interpretar a satisfação das participantes no presente estudo, os relatos de três delas permitiram-nos criar a subcategoria “Privacidade”. DAVIS (2004:58) refere exactamente que “*Benefits of water birth include increased relaxation and comfort for the mother, greater intimacy for the couple and an easier transition for the baby.*”⁴⁹ Três participantes concordam com a autora através dos seus relatos, pois afirmam que o parto com uso da água transportou-

⁴⁹ Os benefícios do parto aquático incluem o relaxamento e o conforto para a mãe, a maior intimidade do casal e uma transição mais fácil para o bebé.

as num ambiente de privacidade onde a não interferência de terceiros e a presença da família foram factores determinantes.

“A escolha de ter um parto na água foi precisamente a possibilidade de ter um parto, ..., num ambiente de privacidade...” (E4)

“...parece quase como um útero em que se está ali só em família, ...acabamos por não nos sentirmos invadidos...”(E7)

“... sentia-me em casa,..., um ambiente que só posso recomendar...”(E9)

Destacamos o facto de (E4) correlacionar directamente a privacidade com a sensação de alívio da dor de parto:

“ Quando entrei na água, de facto, há uma sensação de alívio imediato, ..., pela sensação de privacidade”(E4)

HARPER (2005) fala-nos da água como uma barreira ao exterior, como se fosse um ninho ou uma gruta que protege a parturiente (e o companheiro, se este estiver na água também). Assim, podemos afirmar que a imersão cria como que um “filme protector virtual” que protege a parturiente, fazendo-a sentir mais protegida e menos exposta a terceiros. Na piscina de parto apenas pode entrar quem a parturiente desejar e, baseado no que as nossas participantes referiram, a entrada do companheiro na água é uma possibilidade que, sem interferir na sua privacidade, cria um ambiente de intimidade no casal difícil de igualar numa sala de partos hospitalar tradicional.

O nascimento aquático beneficia o recém-nascido na medida em que, pela calma que traz tanto à mãe como ao filho, como pelo facto de ser muitas vezes a própria mãe a trazer o seu filho à superfície, o contacto cara a cara é imediato e a vinculação é facilitada. COSTER (2006:10) reforça dizendo que “*En conclusion, le recours au bain chaud contribue à créer des conditions favorables pour un accouchement satisfaisant et pour l'instauration des relations précoces.*”⁵⁰

De acordo com esta afirmação e baseados nos relatos que obtivemos, a subcategoria “Harmonia/ Suavidade do nascimento” emergiu. Com efeito, a totalidade das participantes realçam a segurança e suavidade que rodeiam o nascimento; todas elas apontam para a tranquilidade com que o bebé nasce, “...E depois, a diferença maior foi realmente na expulsão porque eu,...tive mesmo a espera que ele saísse.”(E1)

⁵⁰ Em conclusão, o uso do banho quente contribui na criação de condições favoráveis para um parto satisfatório e para a instauração da vinculação precoce

“...A doula..., a dizer que viu a cabeça a virar, depois os ombros e... saiu para dentro da água... ele ficou dentro da água assim um bocadinho...”(E2)

“A sensação mais espectacular foi quando saiu a cabeça do bebé,..., colocar a mão na cabecinha dele...tocar no meu filho pela 1ªvez...saída do bebé é extraordinária,..., pegar nele e colocá-lo no meu peito...”(E4)

“...o D. saiu à 2ªvez, debaixo da água. Ainda ficou ali uns segundos...nem me lembro do D. a chorar, foi para o meu peito e aí é que relaxei...”(E5)

“Foi muito suave,..., o bebé,..., nasceu dentro da bolsa das águas, portanto não foi um choque tão grande...”(E6)

“Depois de encontrar a posição fui ficando ali,..., foi um parto em paz,..., sem esforço,...”(E8)

“O parto foi tranquilo, o nascimento foi tranquilo, era à meia-luz,..., num ambiente totalmente tranquilo...”(E9)

ou simplesmente porque vem de um meio aquoso e mantêm-se nele com calma, naturalidade sem manifestar medo, receio.

“... eles saem de um meio aquoso e entram noutra meio aquoso,..., cá fora,..., era mais violento...”(E3)

“... para o bebé,..., acho que o choque acaba por ser mínimo,..., está dentro do meio aquático e vai para o meio aquático ...”(E7)

Terminamos com uma última subcategoria – “Respeito pela vontade do casal” –; na verdade, o respeito pela participação activa da parturiente no seu processo de parto (assim como do companheiro) tem sido valorizado pelas mulheres e companheiros. Cinco das nossas participantes valorizam o facto da sua opinião ter sido importante na condução do seu parto,

“...em Paris, ..., decidi por uma clínica já muito aberta àquilo que os pais queriam,...” (E2)

“... eu era uma parte envolvente do processo..., e o meu companheiro também,...” (E7)

falam no plano de parto,

“... foi o facto de me terem respeitado ao longo de todo o trabalho de parto, o facto das minhas opções terem sido respeitadas, ter podido apresentar o meu plano de parto, de tudo aquilo que foi feito, todas as intervenções que forma feitas, foi pedido a minha opinião e o meu consentimento, ..., foi aquilo que eu desejava.” (E4)

na sua escolha pela não medicalização do parto,

“Aconselhava que as pessoas tivessem essa hipótese, ..., porque para mim, e acho que para outras mulheres que, ..., não gostam, por exemplo, de levar com todos os medicamentos que eles dão, acho que é uma boa utilização, não é?” (E3) e destacam a parteira que estava atenta às suas vontades:

“A parteira perguntava-me tudo! E perguntou-me, ..., quer que eu corte, ou quer deixar rasgar naturalmente?” (E9)

Estes relatos reflectem outros recolhidos por CARRARO et al (2008:508) que nos afirma

“Os resultados deste estudo, por surgirem das vozes das mulheres, inovam ao trazerem à pauta sua visão a respeito do cuidado e conforto recebidos durante seus pré-parto e parto. E, com base nesses dados, [...] Subsidiaram o desenvolvimento de novas possibilidades de cuidado e conforto à mulher nesse momento singular em sua vida, no qual é necessário que seja ela a protagonista e, não os profissionais de saúde.”

Viver o fenómeno de trabalho de parto implica sempre outras vertentes que não apenas a experiência da parturiente. Com efeito, as nossas participantes também referiram-se aos pontos que pensavam terem sido positivos para o bebé, pela escolha desta estratégia de parto e algumas delas também mencionaram a suas experiências de pós-parto o que nos permitiu criar mais uma categoria que intitulámos “Nascimento e Pós-parto”.

Quanto ao bebé, podemos inquirir (como LEBOYER) da necessidade dele chorar no nascimento. Este autor francês tem sido um dos autores que mais coloca essa questão. Na sua obra “Pour une naissance sans violence”⁵¹, ele refere-nos que os choros dos bebés apenas traduzem o seu sofrimento, a sua angústia, o seu choque, a necessidade de protecção, de calma.

Foi-nos possível criar uma subcategoria – “ Nascimento do bebé” – na qual agrupámos unidades de significados onde está patente a convicção das participantes de que o parto aquático promove um nascimento menos custoso para o bebé:

“... e acho que foi bastante bom e para o bebé ainda foi menos intenso.”(E1)

“E de vez em quando a médica lá punha o, ..., o doppler, ..., debaixo da água, estava tudo bem e o bebé lá foi saindo, ..., e o bebé saiu sozinho”(E2)

“E, e pronto o bebé também nasceu dentro da bolsa de águas, portanto, não foi um choque tão grande,...” (E6)

⁵¹ Para um nascimento sem violência

“Só vendo na fotografia um segundo depois de ela ter saído da água, ela nasceu a olhar para nós, como se tivesse vindo de outro planeta, ..., olhou para o pai, para a mãe, ..., foi fantástico...foi o momento mais emocionante,...,muito acordada, atenta, esperta...”(E8)

Salientamos que (E7) refere-se ao facto do ritmo cardíaco fetal nunca ter sofrido alterações ao longo do trabalho de parto e das várias auscultações:

“...deu-me a sensação de ser realmente a melhor maneira para o bebé nascer, ..., o ritmo cardíaco, nem sequer tinha sido alterado, é como se estivesse ainda na barriga da mãe.”

e três delas ressaltam o facto do recém-nascido nem sequer ter chorado:

“..., quase que nem chorou...”(E5)

“... não veio aquela imagem que muitas vezes acontece de ver os bebés a chorar assustados, não! Ela olhou para o ambiente que a rodeava, depois, quando começou a respirar chorou um bocadinho...” (E7)

“... não sei se foi pelo parto na água mas a A. Não chorou ao nascer,..., todo o tempo foi uma criança calma, tranquila.”(E9)

Podemos inferir que estes nascimentos corroboram a teoria de LEBOYER: a necessidade do bebé chorar intensamente após o nascimento é um mito.

Após o nascimento, a vinculação fortifica-se, como já vimos, ainda mais facilmente num parto calmo como foi o das nossas participantes e através do contacto pele a pele, a troca de olhares demorada etc... contudo a amamentação é um momento único também. Uma experiência que várias participantes referiram nos seus relatos fazendo emergir uma outra subcategoria: “Amamentação”.

Segundo CRUZ, SUMAM e SPÍNDOLA (2007:692),

“A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo. Durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, [...] Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.”

Sabe-se que, das hormonas directamente ligadas à amamentação, temos a ocitocina, responsável pela ejeção do leite materno, e a prolactina que estimula a produção do mesmo. Facilmente se deduz que um parto em que o relaxamento foi a chave mestra, pela alta secreção dessas hormonas, a amamentação encontrar-se-á facilitada. A indissociável característica naturalista do parto aquático, com a fomentação do respeito pelos tempos da mãe e do bebé e a

promoção do contacto visual e físico precoces, parecem seguir as premissas destes 3 autores. Na verdade, algumas participantes referem-se à prontidão na amamentação, logo após o nascimento dos seus respectivos recém-nascidos:

“Os 2 foram directamente para a mama e então o aconchego de um e do outro logo a seguir ao parto foi igual...”(E1)

“..., ele olhava para o pai e,..., eu estava a ver se ele queria amamentar...”(E2)

“...veio para o meu peito, ..., quase que nem chorou...”(E5)

“... a G. passados 5 minutos já estava a mamar ainda tinha a placenta dentro,..., e já estava a mamar...nem sequer estava à espera”(E7)

“...muito curiosa depois mamou um bocadinho,..., orientei-a para a mama e foi... foi fantástico,..., foi como um milagre...”(E8)

Conseguimos ainda encontrar uma última subcategoria que denominámos de “Bem-estar no pós-parto” pois algumas participantes realçaram a energia que sentiram no pós-parto, o bem-estar, a facilidade em movimentar-se, logo após o parto.

“o pós-parto: não tive pontos, não tive ruptura do períneo...”(E8)

“... deixei rasgar, ...ela respondeu-me que deixavam cicatrizar, e eu também fui por essa via e, realmente, correu tudo optimamente, ficou tudo lindamente!” (E9)

Há uma minimização dos efeitos pós-parto, tais como o cansaço, inchaço, que no parto convencional acontece frequentemente, onde há um maior dispêndio de energia e trabalho da parturiente.

“... Uma grande diferença entre os 2 partos foi que senti-me muito mais cansada do primeiro parto em relação ao segundo, depois não é. Fisicamente estava muito inchada no parto fora da água, ..., e talvez uns 2 dias depois um bocado assim de dificuldade em andar, andava com muito cuidado e tal e os músculos, para além da zona pélvica toda, e abdominal, os músculos das pernas estavam mais cansados,... Com o parto na água ..., acabei por ter o bebé às 8:30 da manhã e, ..., ao final do dia estava a andar normalmente...”(E1)

“... depois do parto em si, levantei-me na maior, com uma energia, como se nada se tivesse passado!”(E6)

“Gostava de dizer que, depois do parto em si me levantei na maior, com uma energia, como se nada se tivesse passado! Estive 17 horas, estive de directa, ..., e estava como se nada se tivesse passado, ... ”(E6)

Inclusive, uma participante refere a euforia duradoira no pós-parto:

“... ficamos várias semanas em euforia total!! Estávamos noutra planeta!”(E2)

BLAND (2001) alerta-nos para o facto da sensação de controlo pessoal sobre o processo de parto está relacionado com o aumento da satisfação das parturientes e, ao invés, reduz a tendência para a depressão.

A conservação energética ao longo do parto, promovida pela serenidade, pela leveza e pelo bem-estar tem uma importância muito grande já que possibilita à mulher a conservação de um máximo de energia para o período expulsivo e, no pós-parto, a sensação de cansaço tende a ser menor (HALE, 2008).

Na verdade, após o parto algumas das mães, retomaram quase na totalidade, as rotinas diárias, sendo também referido a euforia que mantiveram após o nascimento do bebé. Desta forma, o parto na água, permite um menor desgaste tanto físico como emocional o que, se reflecte muito positivamente no pós-parto.

Finalmente, ao longo das entrevistas que realizámos, foi notório a recomendação pela estratégia do uso da água durante o parto por parte das nossas participantes; todas elas o recomendaram. Assim criámos uma última categoria - "Opinião das mulheres quanto ao uso da água no trabalho de parto". As unidades de significado que destacamos revelaram que a opinião das participantes, quanto ao uso da água no trabalho de parto, é unânime. Todas as participantes tendem a recomendar, por várias razões, mas essencialmente, porque é mágico e é natural. "Tenho recomendado, ..., o estar dentro água, ajuda a concretizar esse desejo de fazer um trabalho de parto bastante natural."(E1)

"... foi um parto mágico,...se tiver um terceiro filho vai ser dentro de água, é impossível que não seja..."(E2)

"..., Extremamente positivo, ..., recomendo."(E4)

"Recomendo vivamente o parto na água, vivamente."(E5)

"Aconselho! Aconselho acima de tudo..."(E6)

"... foi muito bom, ..., recomendo..."(E8)

"... façam o parto na água porque acho que é um meio em que todos nós nascemos..."(E9)

De referir, que duas das participantes, gostariam que fosse num hospital só para que pudesse ser possível que outras mães depois, no futuro, pudessem usufruir daquilo que elas já usufruíram.

"Eu aconselho vivamente as pessoas. Se pudessem os hospitais ter... Adorei o parto na água, ..., aconselho vivamente."(E3)

"Se tivesse outro, gostaria de repetir, ... , gostaria que fosse num hospital só para que pudesse permitir a que outras mães depois no futuro, pudessem usufruir daquilo que eu já usufrui..."(E7)

Verificámos que o facto da parturiente ser capaz de controlar o seu próprio parto, dentro de um ambiente criado por si e pelo ser marido/companheiro, de um modo geral em casa, torna o parto num parto natural no qual há uma minimização na intervenção de terceiros e há uma maior cumplicidade e intimidade.

A parturiente passa pelo estado de, naturalmente grávida, para parto natural e um contacto directo, imediato e natural com o seu bebé.

PARTE III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

1- REFLEXÕES FINAIS

Quando iniciámos o presente estudo, o nosso propósito fora o de entendermos, a forma como as mulheres vivenciaram o trabalho de parto em situações que utilizaram o meio aquático como estratégia de relaxamento e controlo da dor. Consideramos que esse conhecimento é uma pedra angular para compreender as experiências vividas num ambiente diferente daquele que usualmente encontramos nas salas de partos portuguesas e permitir obter outros conhecimentos diferentes, por ventura complementares, relativamente à forma como as mulheres experimentam o trabalho de parto, já que as participantes tiveram a oportunidade de experienciar outras estratégias de relaxamento, diferentes daquelas consideradas “normais” no contexto da biomedicina e da obstetrícia do nosso país pois, à luz do modelo de assistência à parturiente, preconizado pela obstetrícia tradicional tudo parece resolver-se através da medicação e das intervenções humanas, que muitas vezes são classificadas como prejudiciais e/ou potencialmente prejudiciais ou sem benefícios associados, pela OMS (1996)

Embora não seja pretensão dos estudos qualitativos de orientação fenomenológica a extrapolação dos resultados para o âmbito geral podemos, contudo, deduzir quais os pontos mais relevantes que as mulheres verbalizam quanto às suas vivências do trabalho de parto. A compreensão dessas vivências é importante para que os EESMOs possam, no seu contínuo laboral, ir mais facilmente de encontro aos anseios maternos.

Pelo facto do objectivo central deste estudo ter sido a compreensão do vivido das mulheres que utilizaram o meio aquático no seu trabalho de parto, a abordagem fenomenológica nesta investigação foi deveras a mais adequada pois permitiu-nos colher relatos na primeira pessoa em que as participantes tiveram total liberdade na expressão dos seus sentimentos e falar livremente das suas experiências.

Alguns autores concluíram, nos seus estudos, que o parto é um momento marcante na vida das mulheres cujas expectativas nasce bem antes do parto em si. Segundo LOPES et all (2005:252), *“Os resultados do presente estudo apoiam a expectativa inicial de que o parto constitui um evento que perpassa todo o processo de gestação e puerpério, marcando profundamente a história das mulheres. Ele já é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e*

continua sendo referido posteriormente, na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe.”

Os relatos das nossas participantes vão de encontro aos resultados do estudo de Lopes et all. A importância deste momento levou-as a prepararem-se para o nascimento do seu filho, iniciando nas suas gravidezes a pesquisa sobre as várias formas de parir, os pontos fortes e os pontos fracos de cada estratégia de parto, a nível materno e a nível do recém-nascido, entre outros.

Segundo um estudo de KRUNO e BONILHA (2004:403), *“Outro aspecto relevante é que a busca de informações, durante a gestação, destacou-se entre um dos preparos mais importantes...”*

Desta procura de conhecimentos, realizada tanto em termos de pesquisa bibliográfica, como pesquisas online na internet, participação em congressos ou pela partilha de experiências com amigas já com experiência de parto, motivou as nossas participantes para enveredarem para o parto natural. Este tipo de parto seria o ideal no sentido delas poderem ser pró-activas no seu parto e manterem o protagonismo que lhes cabe de direito durante este fenómeno particular das suas vidas. O parto dito “humanizado” implica exactamente estas premissas, como nos afirma MACHADO e PRAÇA (2006:277): *“Julgamos que o conceito de atenção obstétrica centrada nas necessidades da cliente melhor dimensiona o conceito de assistência humanizada [...] Consideramos, outrossim, que a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é fator relevante, sendo a base principal para que tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado com seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente e convergente ao seu bem-estar”*

Do quanto podemos inferir, a partir dos relatos que obtivemos ao longo do nosso estudo, a opção por um parto aquático que, como já verificámos, está intimamente relacionado com uma filosofia naturalista e humanizada da assistência ao parto, permitiu às nossas participantes serem respeitadas relativamente às suas opções e vontades como, por exemplo, a minimização das intervenções médicas (classificadas pela OMS como rotineiras e muitas vezes dispensáveis ou até, algumas vezes, prejudiciais) que, segundo WOLFF e WALDOW (2008), são reflexos práticos do que denominam por “violência consentida” por parte das utentes de muitas maternidades, pelo facto destas serem “violentadas” sem terem hipótese de reclamar ou questionar as atitudes

dos profissionais, por medo de represálias ou desconhecimento da inadequação de tais procedimentos.

Os relatos não oferecem dúvidas relativamente às experiências mais marcantes referidas pelas participantes. Assim o relaxamento e o bem-estar foram a nota dominante em todos os relatos que obtivemos. Os factores concorrentes para este sentimento parecem ter sido a sensação de leveza que lhes possibilitou uma maior capacidade de mobilidade, adaptando-se melhor aos sinais que os seus corpos lhes transmitiam durante o trabalho de parto. HABANANANDA (2004) refere-se exactamente ao facto da água, pelas suas propriedades hidrotérmicas (que reduzem os espasmos musculares pelo efeito do calor) e hidrocinéticas (que reduz a força da gravidade), promover um conforto e relaxamento imediatos após a imersão, facilitando assim a mobilidade da parturiente o que promove o avanço do trabalho de parto.

A privacidade promovida pela imersão em água também parece ter sido determinante para algumas participantes. A esse propósito, escreve-nos FREEDMAN (2000:61) *“Besides comfort and freedom of movement during labour, water gives women the privacy that they need to be able to let go of their fear and enter the mental space in which their labour can progress unhindered.”*

O apoio contínuo que receberam ao longo do trabalho de parto também é referenciado como algo de preponderante nas suas experiências de parto; de referir que o apoio específico do marido/companheiro foi bastante realçado ao longos dos diversos relatos. Segundo NAKANO et al (2007), *“Dentre as atividades de suporte que o acompanhante pode prover à parturiente, encontram-se de atividades de apoio emocional, aquelas de conforto físico como auxiliar no banho e na deambulação, e encorajar no período expulsivo.”* Os mesmos autores referem que estudos provam a relação entre maior grau de satisfação das mulheres quanto ao seu parto, quando estas se encontram acompanhadas aquando da vivência deste fenómeno.

Salientamos também que algumas participantes realçaram o grau de relaxamento que obtiveram no meio aquático pois referem terem adormecido no intervalo das contracções e/ou revelam uma certa perda da noção do espaço temporal. A rapidez da dilatação também foi apresentada como algo de positivo durante os seus vividos de trabalho de parto. A perda da noção de tempo é referida por BALASKAS (1993); esta autora afirma que, num parto aquático, o relaxamento é intenso e promove “a ascensão a outro plano” perdendo a parturiente a noção do

tempo e sentindo-se noutra mundo. ODENT (2005) também refere este “desligar” da terra.

Tal como defende uma diversidade de autores, a experiência de parto parece ter sido determinante ao nível da satisfação tanto do fenómeno parto em si, como no período do pós-parto. Invocando PETERSON (1996), LOPES et all (2005:248) refere que “...ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir sua identidade materna. Portanto, a experiência do parto produz efeitos na auto-estima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar sua disponibilidade emocional para com seu bebê imediatamente após o parto.” A sensação de realização pessoal, de alegria por terem conseguido ter um parto sem medicalização, o facto de sentirem que foram as protagonistas dos seus partos e a forma como contactaram com o bebê parece ter influenciado de forma positiva tanto o parto como o pós-parto das nossas participantes, em termos psicológicos.

A nível físico, as experiências que recolhemos também são bastante concordantes entre si, e com a opinião de vários autores. Na verdade, a poupança de energia ao longo do trabalho de parto parece ter sido determinante para a vivência de um pós-parto com menos cansaço. Para as participantes com hipótese de comparação com um parto anterior, este facto é indubitável. HALE (2006) refere-se ao menor gasto de energia durante o TP na água, visto haver menos tensão muscular. O desgaste na movimentação é menor visto a água trazer uma sensação de leveza. A reabsorção de líquido intersticial para o espaço intravascular promove a redução do edema nos membros inferiores e, a elasticidade dos tecidos reduz significativamente a necessidade de episiotomias, ou a ocorrência de graus mais severos de lacerações perineais. ENNING (2000:34) afirma que “A elasticidade aumentada do tecido perineal nos partos na água é documentada através da comparação entre estes e os partos na mesa: os estudos clínicos constataram que, em 50% das mulheres que pariram na água, o períneo ficou intacto. Em contrapartida, o índice de episiotomia foi de cerca de 70% nas maternidades alemãs.”

Finalmente, gostaríamos de dar uma atenção especial à forma como as mulheres vivenciaram o nascimento dos seus bebês. Ressalta dos discursos obtidos a suavidade com que o nascimento ocorreu, e o facto dos bebês terem surgido num estado de vigília alerta, atenta, contudo sem a presença concomitante de choro (em vários casos) o que parece ter deliciado as mães. Esta situação pode vir a promover de uma forma muito positiva de vinculação precoce, tanto pelo

contacto visual imediato e prolongado, como pelo contacto físico e imperturbado entre mãe, bebé e pai. ENNING (2000) afirma-nos que “*Luzes e barulhos parecem-lhe [ao bebé] ainda baixos. Por isso, a maioria dos bebés da água olha ativamente à sua volta, observando curiosamente seu novo ambiente.*”

Pelos dados emergentes do estudo, podemos concluir que as vivências das mulheres que utilizaram o meio aquático durante o seu trabalho de parto, como meio natural de relaxamento e de controlo da dor foram positivas. Na verdade, a totalidade das participantes referem recomendar em absoluto esta forma de parir sendo que, algumas, gostariam que este tipo de parto fosse generalizado em Portugal, em termos de Serviço Nacional de Saúde, no sentido de promover junto das parturientes portuguesas, partos mais humanizados e menos intervencionados e/ou medicalizados. Estas recomendações das nossas participantes parecem reforçarem vários autores como nos afirmam WU e CHUNG (2003:262): “*Most studies pointed out that mothers who choose waterbirth have greater satisfaction, and are more likely to be willing to choose this childbirth method next time (Burke & Kifoyle, 1995; Church, 1989; Garland & Jones 1997; Geissbuhler & Eberhard, 2000).*”⁵²

2- ALGUMAS SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E INVESTIGAÇÃO

Ao finalizarmos esta investigação, a nossa convicção é que a compreensão e interpretação das vivências das nossas participantes, em termos de parto, revestem-se de uma relevância incontornável e passível de colocarmos em questão muitas atitudes ditas “terapêuticas” utilizadas no dia-a-dia das nossas salas de partos.

Através dos relatos que recolhemos podemos inferir que se torna cada vez mais importante que o corpo da Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica (e porque não, também toda a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, administrativos e pessoal auxiliar - cada um na sua especificidade e missão) escute quais os anseios das parturientes quanto ao trabalho de parto. Vários autores, organizações - como a própria OMS -, estudos, relatos e experiências por todo o mundo demonstram e enfatizam a inadequação da estratégia da Obstetrícia tradicional nos cuidados de saúde a prestar à parturiente/puérpera e seu respectivo acompanhante.

⁵² A maioria dos estudos apontam para uma maior satisfação entre as mães que escolheram o parto aquático e estas parecem apresentar uma maior vontade em repetir a experiência num próximo parto.

A visão holística destes clientes do Serviço Nacional de Saúde é cada vez mais defendida e divulgada, em detrimento de um modelo reducionista como o modelo utilizado tradicionalmente nas nossas salas de parto. Como nos afirma LAZURE (1994:1) “*A enfermeira deve oferecer inteiramente a sua presença e a sua atenção à globalidade da pessoa do seu cliente.*” A mesma autora ainda ressalva o facto de uma maior entrega por parte da profissional aos seus clientes não implica forçosamente um maior gasto de tempo. Na verdade, por exemplo, a aceleração artificial do trabalho de parto, implica a preparação de soroterapia composta de ocitocina e a preparação da monitorização contínua do bem-estar fetal e da contractilidade uterina. Este tempo pode ser gerido de outra forma ao dar-se liberdade de movimentos à parturiente e reduzir, dessa forma, a monitorização fetal, para uma situação intermitente. Estudos como o de BIO, BITTAR e ZUGAIB (2006:) revelam isso mesmo: “*verificamos, em nosso estudo, que o movimento e a orientação das posições verticais são eficazes para melhorar a evolução da fase ativa e favorecer o parto vaginal, quando comparado ao grupo de parturientes que permaneceram sem mobilidade e na posição horizontal.*”

Não nos podemos esquecer que a mulher tem representações mentais do que será o seu parto (expectativas), de como gostaria de o viver, do que sente necessidade aquando da sua vivência deste fenómeno. Na verdade, segundo LOPES et al (2005), “*o parto [...] já é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua sendo referido posteriormente, na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe.*” Cabe ao pessoal das salas de parto contribuir para a concretização desses desejos. Não nos podemos olvidar da posição estratégica do Enfermeiro Obstetra na sala de partos.

A influência da vivência do trabalho de parto sobre a satisfação sentido pelas mulheres é inquestionável; inclusive, alguns autores referem como determinante a forma como o parto decorreu, no cálculo do risco de depressão pós-parto.

Todos estes dados conduzem-nos ao mesmo caminho: o da humanização do parto, tendo como central atenção a mulher na situação de parturiente, sem esquecer o acompanhante que com ela partilha este momento tão único e intenso.

Em termos práticos, este estudo revela-nos uma outra dimensão possível na adopção de outras estratégias, tendo em conta práticas emancipatórias face ao desejo das parturientes, que pode marcar uma mudança de referência nos cuidados prestados nas nossas salas de parto. Os dados emergentes neste estudo e na panóplia de outros, quantitativos e qualitativos, que ao longo deste

percurso consultámos sobre o uso do meio aquático no trabalho de parto, demonstram que uma aplicação efectiva desta estratégia, nas nossas salas de partos seria uma mais-valia e podia fazer a diferença no envolvimento e satisfação da parturiente, para além de evitar a manipulação de situações que muitas vezes são potenciadoras de complicações para a mãe e feto, que deixam marcas e o registo de um nascimento mais atribulado.

Esta situação, por ser pouco conhecida em Portugal, necessita de ser promovida junto dos profissionais, através de formações contínuas em serviços, por exemplo.

A criação de um grupo de trabalho em prol da promoção desta estratégia de condução de trabalho de parto junto às entidades governamentais seria, por ventura, uma mais-valia inquestionável na medida em que facilitaria a aplicação no terreno desta prática no seio das nossas salas de parto.

Os currículos escolares, no âmbito da formação em Pós-Licenciaturas de Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica, deveriam comportar um aporte de conhecimentos específicos relativos a estes métodos naturais de relaxamento e controlo da dor de parto, tanto a nível teórico como a nível prático, através de visitas de estudo ou de possibilidade de estágio em locais onde o parto aquático é já uma realidade.

Por outro lado, verifica-se uma necessidade premente da realização de mais estudos relativamente a este fenómeno no sentido de dar maior consistência a esta área do conhecimento.

A estratégia de relaxamento no trabalho de parto através da imersão em água tépida tem sido reconhecida em vários países como um garante de bem-estar e satisfação das parturientes. Tal facto, tem contribuído para a produção de conhecimentos científicos apesar de, na sua maioria, estes terem expressão no âmbito da investigação quantitativa, tal como demonstram os estudos realizados por THOENI, GEISSBÜHLER ou ZIMMERMANN, no sentido de se estudar a sua viabilidade em termos de vantagens para a mãe e bebé, de riscos de infecção materno-infantil, de riscos de afogamento, etc...

Assim, a nossa pesquisa bibliográfica revela que a realização de estudos qualitativos podia superar algumas lacunas existentes no domínio da compreensão, que se revelou insuficiente, relativamente ao conhecimento existente face ao fenómeno que estudámos - as vivências das mulheres que experienciaram o relaxamento em meio aquático durante o seu parto -.

Este estudo, dada a sua característica e especificidade fenomenológica, não pode ser encarado como uma investigação com o fim em si mesma, pois estamos conscientes que este se cinge a esta realidade na descrição de uma forma particular. Todavia, sugerimos que outros estudos, no mesmo âmbito, sejam realizados numa busca contínua de uma melhor compreensão do fenómeno “Vivência do Parto”, devido à sua especificidade e complexidade, e no sentido de reforçar os conhecimentos relativamente à satisfação da mulher e do casal. Ou seja: não só para conhecer as vivências das parturientes durante os partos, mas também para que estes sirvam de suporte às práticas dos enfermeiros, mobilizem evidências científicas, de forma a poder corresponder de uma forma eficaz às necessidades da mulher e do casal como pessoas, que vivem um momento tão maravilhoso e simultaneamente complexo!

Em jeito de conclusão, diríamos que este estudo pode ser uma oportunidade para o crescimento e o enriquecimento da reciprocidade entre parturientes e enfermeiros, como profissionais de saúde, nos seus cuidados prestados. Pode ainda constituir um reforço à forma de agir destes profissionais, promovendo a sua própria identidade como enfermeiros/parteiros e proporcionando outra forma de olhar o parto quanto à sua sensibilidade, relativamente à questão do parto, parto humanizado e parto aquático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, M. E. D. A. (1983) Texto, contexto e significativos: algumas questões na análise de dados qualitativos. Caderno de Pesquisa, nº45, págs. 66-7.

AZEVEDO, Anabela A. (2003) Incontinência Urinária: Impacto no Feminino. Dissertação de Mestrado - Universidade do Porto, ICBAS

BALASKAS, Janet (1993) Parto ativo Guia Prático para o parto natural São Paulo: Editora Ground Lda. ISBN: 85-7187-045-4

BALASKAS, Janet (2002) PARTO Y NACIMIENTO EN AGUA. Revista Obstare El mundo de la Maternidad. Nº4, págs. 13-17

BAXTER, Liz (2006) What a difference a pool makes: Making choice a reality. British Journal of Midwifery. Vol. 14, nº6

BAYLE, Filomena (2006) Á volta do nascimento. Climepsi Editores ISBN: 972-796-249-1

BECERRA, Marisa V. (2004) El parto Natural Genera un Trance Hipnótico Espontáneo que Controla el Dolor Revista Obstare El mundo de la Maternidad. Nº12, págs. 5-14

BEECH, Beverley A. L. (1996) Water Birth Unplugged proceedings of the first International Water Birth Conference. Books for midwives Press. ISBN: 1-898507-53-8

BEECH, Beverley L. (2000) Waterbirth - Time to move forward. AIMS Journal. Vol. 12, nº2

BIO, Eliane; BITTAR, Roberto E.; ZUGAIB, M. (2006) Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. Revista Brasileira de Ginecología e Obstetrícia: Vol. 28 nº11 págs. 671-679

BLAND, Michelle A. (2001) Como influye la experiencia del parto en la depresión posparto Revista Obstare El mundo de la Maternidad. Nº2, págs. 26-28

BOBAK, Irene et all (1999) Enfermagem na maternidade. Lusociência. ISBN: 972-8383-09-6

BOEMER, Magali R. (1994) A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 2, nº1, págs. 83-94

BRAILEY, Sue (2006) Un projet de naissance: pour ou contre? Hebamme, nº10, PÁGS. 28-31

BRANDEN, Pennie S. (2000) Enfermagem Materno-infantil. Reichmann & Affonso Editores ISBN: 85-87148-41-9

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. (1993) A relação mais precoce os pais, os bebés e a interacção precoce. Terramar ISBN: 978-972-710-083-5

BRÜGGEMANN, Odálea M.; OSIS, Maria J. D.; PARPINELLI, MARY A. (2007) Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Revista de Saúde Pública Vol. 41 nº1 págs. 44-52

BRÜGGEMANN, Odálea M.; PARPINELLI, MARY A. (2007) Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Vol. 42, nº3, págs. 563-568

BURNS, Ethel (2006) Waterbirth: A natural intervention. British Journal of Midwifery. Vol. 14, nº9

BURROUGHS, A. (1995) uma introdução á enfermagem materna. Artes Médicas

BUSINE, A.; GUÉRIN, B. (1987) Le bain de dilatation: résultats obstétricaux et répercussions sur le vécu de la naissance. Revue médicale de Bruxelles. Nº8 págs. 391-397

BYRNE, Deborah (2006) A Water Birth Denied. Midwifery Matter nº109, págs. 5,6

CAMATTA, Marcio W. et all (2008) Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem - revisão de literatura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul in, Online Brazilian Journal of Nursing, Vol. 7, nº2

CAMPBELL, Gillian Critical incident analysis of water immersion British Journal of Midwifery. Vol. 12. nº 1 págs. 7-11

CANAVARRO, Maria Cristina (2006) Psicologia da gravidez e da maternidade. Quarteto ISBN: 989-558-081-9

CARON, Olga A. F.; SILVA Isília A. (2002) Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 10, nº 4, págs. 485-492

CARRARO, Telma E. et all (2008) O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto: opinião de puérperas. Texto Contexto Enfermagem, Vol.17 nº 3 págs. 502-509.

CASTRO, Jamile C.; CLAPIS, Maria J. (2005) Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 13, nº 6, págs. 960-967

CLITT-MATIEWS, Victoria (2007) So much diversity in practice: caesarean or waterbirth? BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY. Vol. 15, nº1

CLUETT, Elizabeth R. et all (2004) Randomized controlled trial of labouring in water compare with standard augmentation for management of dystocia in first stage of labour. British Midwifery Journal, Fevereiro págs 314-328

COELHO, Maria J. (1997) CORPO, PESSOA E AFECTIVIDADE Da fenomenologia à Bioética. Dissertação de Mestrado- Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais Humanas.

COLLIÈRE, M. F. (1989) Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel

CORRÊA, Adriana K. (1997) Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em Enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, Vol. 5 nº1 págs. 83-88

COSTA, R. et all (2003) Tipo de parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. Revista de Obstetrícia e Ginecologia, págs. 256-306

COSTER, L. (2006) Accouchement dans l'eau et expérience de la mère : entre participation active et position régressive. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. Vol. 10, nº96, págs. 5-10

COUTO, Germano (2003) PREPARAÇÃO PARA O PARTO representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência ISBN: 972-8383-63-0

CRUZ, Daniela C. S.; SUMAM, Natália S.; SPÍNDOLA, Thelma (2007) Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Vol. 41, nº4, págs. 690-697

DAVIM, Rejane M. B.; BEZERRA, Luiz G. M. (2002) Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwifery: um relato de experiência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 10, nº5 págs. 727-732

DAOLIO Jocimar (1995) Os significados do corpo e as implicações na educação física. Movimento, Ano 2, Nº 2, Junho págs. 24-28

DAVIS, Elisabeth (2004) HEART & HANDS Midwife's Guide to Pregnancy and Birth. Celestial Arts ISBN-13: 978-1-58761-221-3

DIAS, C. D. (1996) A Depressão no Adolescente. Edições Afrontamento

DIAS, G. (1996) Tarefas desenvolvimentais e Bem-estar Psicológico dos jovens. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia

DOMINGUES Rosa M. S. M.; DIAS, Marcos A. B. (2005) Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 10 nº3 págs. 669-705

DOMINGUES, Rosa M. S. M.; SANTOS, Elizabeth M.; LEAL, Maria do C. (2004) Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cadernos de Saúde Pública Vol. 20, supl. 1 págs. S52-S62

EBERHARD, Jakob; STEIN, Sonja; GEISSBUEHLER Verena (2005) Experience of pain and analgesia with water and land births Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Vol. 26 nº2

EMERSON, William R. (2001) El trauma del nacimiento: los efectos psicológicos de las intervenciones obstétricas III. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº3 págs. 46-52

EMERSON, William R. (2001) El trauma del nacimiento: los efectos psicológicos de las intervenciones obstétricas. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº1, págs. 46-49

ENKIN, Murray et al. (2005) Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Guanabara Koogan ISBN: 85-277-0973-2

ENNING, Cornélia (2000) O PARTO NA ÁGUA Um guia para pais e parteiros. editora Manole Lda. ISBN:85-204-1079-0

EWING, Alisson (2006) Mechanical Midwifery - Autonomous or Automaton. Midwifery Matters nº111 págs. 3-9

FEHERVARY, Patricia et al (2003) Water birth: microbiological colonisation of the newborn, neonatal and maternal infection. Archives of Gynecology and Obstetrics. Vol. 270 nº1

FIGUEIREDO, Nélia M. A. et al (2004) indicadores de cuidados para o corpo que pró-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para

a prática da enfermagem obstétrica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 12 nº6 págs. 905-912

FORTIN, M. F. (1999). O processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência ISBN : 972-8383-10-X

FREEDMAN, Françoise B. (2000) Aqua Yoga for pregnancy. Southwater, ISBN : 1-84215-937

FURTADO Ana M. (2001) Um corpo que pede sentido : um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. Revista Latino-americana de psicopatologia fundamental

GAMELIN-LAVOIS, Sophie (2006) Préparer son accouchement Faire un projet de naissance. Éditions Jouvence. ISBN: 2-88353-469-1

GOLDENBERG, Mirian (2002) A construção social do corpo: Um Novo Modelo de ser Mulher Revista da FACED, nº6 págs 87-97

GRAÇA, Luís M. et all (2000) Medicina Materno Fetal. Lidel Vol. 1. ISBN: 972-757-148-4

HABANANANDA, Tanit (2004) Non-Pharmacological Pain Relief in Labour. Journal -Medical Association of Thailand, Vol. 87, supl. 3, págs. S194-202

HALE, Rachel (2008) Equipment for birth. British Journal of Midwifery. Vol. 16 nº5 págs. 322-325

HARPER, Barbara (1996) Choisir son accouchement. Édition Vivez Soleil SA. ISBN : 2-88058-146-X

HARPER, Barbara (2002) PARTO EN AGUA: LA ÚNICA TÉCNICA CREADA POR MUJERES PARA LAS MUJERES. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº4 págs. 24-30

HARPER, Barbara (2005) GENTIL BIRTH CHOICES. Healing Arts Press ISBN: 159477067-0

KRUNO, Rosimery B.; BONILHA, Ana L. L. (2004) Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva á luz da humanização. Revista Gaúcha de Enfermagem Vol. 25 nº 3 págs. 396-407

LAZURE, Hélène (1994) Viver a relação de ajuda abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Artes Gráficas. ISBN: 972-95399-5-2

LEBOYER, Frédérick (1980) Pour une naissance sans violence. Paris: éditions du Seuil. ISBN : 2-02-005576-7

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (1990). Investigação qualitativa – fundamentos e práticas. Instituto Piaget.

LIEHR, Patricia; MARCUS, Marianne T. (1994) Qualitative approaches to research, in LOBIONDO-WOD, Jeri; HABER, Judith Nursing research. Mosby

LOPES, Rita C. S. et all (2005) O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. Psicologia, Reflexão e crítica, Vol. 18, nº2, págs. 247-254

LYNCH-SAUER, Judith (1985). Using a Phenominal Research Method to study Nursing Phenomena. In LEININGER, Madeleine (ed.) (1985) - Qualitative Research Methods in Nursing. Grune e Stratton, pp. 93-107

MACHADO, Nilce X. S.; PRAÇA, Neide S. (2006) Centro de parto normal e assistência obstétrica entrada nas necessidades da parturiente. Revista da Escola de Enfermagem USP, Vol. 40, nº 2 págs. 274-279

MACKAY, Miranda M.; CNM; MSN (2001) Use of Water in Labor and birth. In: Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 44 nº4, págs. 733-749

MARCON, Sónia S.; ELSÉN, Ingrid (2002) Percepção de mulheres sobre os tempos de uma gravidez. Revista Ciência Cuidado e Saúde, Vol. 1, nº1, págs. 7-13

MARTINEZ, Miguel M. (1989) Comportamento Humano: Novos Métodos de investigação. Editorial Trillas

MERIGHI Miriam A.. B.; GONÇALVES, Roselane ; FERREIRA, Fernanda C. (2007) ESTUDO BIBLIOMÉTRICO SOBRE DISSERTAÇÕES E TESES EM ENFERMAGEM COM ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA: TENDÊNCIA E PERSPECTIVAS. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 15, nº4 edição online In: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a19.pdf

MINAYO, Maria C. S.; SANCHES, Odécio 1993) Quantitativo- Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. Caderno de Saúde Pública, Vol. 9, nº3, págs. 239-262.

MORSE, Janice M. (1999) Qualitative Methods: The State of the Art. Qualitative Health Research, Vol. 9 nº 3, págs. 393-406

MOTHA, Gowri; MACLEOD, Karen S. (2008) Método para um parto Suave. Estrela Polar ISBN: 978-972-8929-83-1

MOURA, Fernanda M. J. S. P. et all (2007) A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Revista Brasileira de Enfermagem, Vol. 60, nº4, págs. 452-455.

NAKANO, Ana M. S. et all (2007) O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta Paulista de Enfermagem, Vol.20 nº2 págs. 131 137

ODENT, Michel (1999) L'amour scientifié. Éditions Jouvence. ISBN: 2-88353-241-9

ODENT, Michel (2005) A CESARIANA operação de salvamento ou indústria do nascimento?. Miosótis ISBN : 972-8779-57-7

OMS (1997) Les soins liés à un accouchement normal: Rapport d'un groupe de travail technique. OMS

PATTON, Michael Q. (1990) Qualitative evaluation and research methods. Sage

PERALTA, José J. G.; RODRÍGUEZ, Ana M. P. (2002) El Manejo del Parto y sus Implicaciones para la Lactancia y el Amamantamiento. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº6 págs. 18-22

PHANEUF, Margot (1995) relação de ajuda elemento de competência da enfermeira edição do cuidar

PIRES, Maria R. G. M. (2005) Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 13 nº5 págs. 729-736

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, L. VAN (2003) Manual de investigação em ciências sociais. Gradiva

RENAUD, Isabel (1994) Pessoa Humanae o Direito à Saúde. Brotéria, nº139, págs 323-342

RENAUD, Isabel (1996) Corpo, Ética e Feminilidade. Brotéria, nº142, págs 5-6

RIBEIRO, Agostinho (2005) O Corpo que somos - Aparência Sensualidade e Comunicação 2ª edição Cruz Quebrada: Casa das Letras

RIVERA, Maria S.; HERRERA, Luz M. (2006) Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. Texto Contexto Enfermagem nº15 págs. 158-163

ROBERTSON, Andrea (2004) El Dolor en el Parto. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº12 págs. 32-38

RUANO, Rodrigo et all (2007) Dor do parto - sofrimento ou necessidade? Revista da Associação Médica brasileira Vol. 53 nº5 págs 384

SALTER, Mave (1988) Altered Bodyimage. The Nurse's role John Wiley & Sons

SCHMID, Verena (2007) ABOUT PHYSIOLOGY IN PREGNANCY AND CHILDBIRTH. 2ª edição. Firenze: Litografia I.P.

SHUMAN, Andrew J. (2006) When parents-to-be ask about water birth. Contemporary Pediatrics Vol. 23 nº11, págs. 84-90

SILVA, Flora M. B.; OLIVEIRA, Sónia M. J. D. (2006) O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Vol. 40, nº1, págs. 57-63

SILVA, Jovânia M. O.; LOPES, Regina L. M.; DINIZ, Normélia M. F. (2008) Fenomenologia. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, volume 61, número 2, páginas 254-257.

SILVEIRA, Isolda P.; LEITÃO, Glória C. M. (2003) O cuidado de enfermagem no partear: marcos conceptuais. Revista Gaúcha de Enfermagem, Vol. 24 nº3 págs. 279-285

SIMÕES, Sónia M. F.; SOUSA, Ívis E. O. (1997) Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol. 5 nº3 págs. 13-17

SOTO, Carmen et all (2006) Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una via hacia el parto natural. Revista chilena de obstetricia y ginecología Vol. 71 nº2 págs. 98-103

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2003). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista. Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0

SWANSON, Janice M.; CHENITZ, W. C. (1982) Why qualitative research in nursing?. Nursing Outlook, Vol. 30, nº4 págs. 242-245.

TARNOWSKI Karina S.; PRÓSPERO, Elisete N. S.; ELSEN, Ingrid (2005) A participação paterna no processo de humanização do nascimento: a questão a ser repensada. Texto Contexto Enfermagem nº14(Esp.) págs.102-108

TERESO, Alexandra. (2005) Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício de cidadania das parturientes. Formasau. ISBN: 972-8485-44-1

TERRA, Marlene G. et all (2006) Na trilha da fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em Enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, Vol. 15 nº4 págs. 672-678.

THOENI, A. et all (2005) Review of 1600 water births. Does water birth increase the risk of neonatal infection?. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. Vol. 17 nº5.

TOOLEY, Gerda (2005) A new beginning. MIDWIVES. Vol. 8 nº8

TURATO, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública Vol. 39 nº3 págs. 507-514

VAN MANEN, Max (1997) Researching lived experience – Human Science for an action sensitive pedagogy University of New York Press ISBN 0-920354-42-4

VARGENS, Octávio M. C.; PROGIANTI, Jane M.; SILVEIRA, Anna C. F. (2008) O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Vol. 42 nº2, págs. 339-346

VIEIRA, Maria J. (1999) A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 7 nº5 págs. 25-31

WAGNER, M. (1994) Pursuing the birth machine. The search of appropriate birth technology. ACE Grafics

WAGNER, Marsden (2001) El control activo del parto. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº1, págs. 13-17

WOLFF, Leila R.; WALDOW, Vera R. (2008) Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. Vol. 17, nº 3, págs. 138-151

WOODWARD, Joanne; KELLY, Susan M. (2004) A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth. BJOG Vol. 111, nº6, pages. 537-545

WU, Chiai-Jung; CHUNG Use-Lin (2003) the Decision-Making Experience of Mothers. Journal of Nursing Research Vol. 11, No. 4, págs. 261-267

ZANETTI -DÄLLENBACH, Rosanna et all (2006) Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. Archives of Gynecology and Obstetrics nº274 págs.nas 355-365

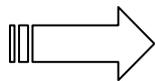
ANEXOS

Anexo 1

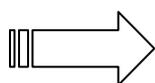
Esquema de categorização e subcategorização obtidas a partir dos relatos
obtidos

CATEGORIAS

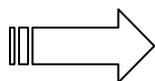
Procedimentos



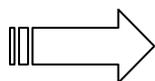
Relaxamento
e
trabalho de parto



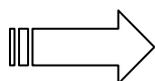
Benefícios do uso da
água no trabalho de
parto



Satisfação



Nascimento e Pós-Parto



Opinião quanto ao uso
da água no trabalho de
parto

SUBCATEGORIAS

Informação

Motivações para o parto na Água

Intervenção Médica Reduzida

Controle da Dor

Relaxamento

Mobilidade/Adaptabilidade

Percepção do tempo

Auto-estima

Confiança/Bem-estar

Auto-controle

Leveza

Facilidade na expulsão

Vinculação

Apoio do cônjuge/companheiro

Privacidade

Harmonia/Suavidade do nascimento

Respeito pela vontade do casal

Nascimento do bebê

Amamentação

Bem-estar no pós-parto imediato

Anexo 2

Guião da entrevista semi-estruturada

Blocos:	Objectivos:	Execução:
Introdução	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação dos intervenientes 2. Apresentação do estudo 3. Pedido de autorização de colheita de dados 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do entrevistador/ respondentes 2. Apresentação do estudo 3. Apresentação do consentimento informado da colheita de dados
Desenvolvimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colheita de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Porque escolheu o meio aquático para o seu trabalho de parto? <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer as razões que levaram a mulher a optar por este meio de desenvolvimento do trabalho de parto • Como caracteriza o uso da hidroterapia para o trabalho de parto? <ul style="list-style-type: none"> - Desvendar os pontos mais fortes que a mulher aponta à hidroterapia no parto. - Desvendar os pontos mais fracos que a mulher aponta à hidroterapia no parto. • Que mensagem gostaria de transmitir aos profissionais de saúde relativamente ao uso do meio aquático para parir? E às grávidas?

		<p>- Sabendo que existe ainda poucos profissionais de saúde/ população familiarizados com o uso da água no trabalho de parto, esta questão possibilita à respondente</p> <ul style="list-style-type: none">* Promover/ desaconselhar este método.* Dar sugestões sobre o método <p>• Como imaginava o trabalho de parto ideal? Era parecido com aquele que experimentou?</p> <p>- Saber em que aspectos o parto aquático se pareceu/ se afastou do parto idealizado, <i>a priori</i>, pela mulher.</p> <p>• Como descreve este método tendo por base a(s) sua(s) experiência(s) de parto anterior(es)?</p> <p>- Descobrir quais as maiores diferenças que a mulher descreve entre os vários trabalhos de parto que já vivenciou, destacando os pontos fortes de uns em relação aos outros.</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Como descreve o seu primeiro contacto com o seu Filho? - Vários autores descrevem o nascimento como algo de violento em termos de separação do bebé da mãe; o parto aquático permite um primeiro contacto mais demorado com o recém-nascido; esta questão permite entender a importância que a mulher aponta a estes primeiros instantes com o filho, e a intensidade que os mesmos tiveram para ela.
Conclusão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agradecimentos 2. Verificação das respostas colhidas para as questões abertas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agradecimento da colaboração 2. Leitura dos dados colhidos relativamente às questões abertas