

**U.** PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**VIVÊNCIAS DO TRABALHO DE PARTO E PARTO:  
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ADOLESCENTES E  
MULHERES ADULTAS**

ANA PAULA MILLER BRANDÃO

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010



**ANA PAULA MILLER BRANDÃO**

**VIVÊNCIAS DO TRABALHO DE PARTO E PARTO:  
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ADOLESCENTES E  
MULHERES ADULTAS**

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

Orientador: Professor Doutor António Couto  
Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor Professor Doutor António Couto pela orientação e amizade.

À Enfermeira Vitória Parreira pelo incentivo e apoio.

À minha família por toda a ajuda dispensada, em especial ao meu cunhado Luís.

Às minhas colegas por toda a colaboração.



## RESUMO

A mulher em trabalho de parto é uma pessoa em situação e vivência única. Todo o processo do nascimento representa para a mulher, uma altura em que estão presentes todas as suas expectativas, as suas crenças e valores, as suas esperanças e medos, a relação com o acompanhante e pais e o modo como ela coordena todas estas relações e emoções.

Ao acompanhar a mulher no momento do parto é necessário ter em consideração todas as suas particularidades e necessidades. A adolescência é um período de vida que merece especial atenção, pois nesta fase, a adolescente sofre transformações intensas que lhe permitem evoluir do ser criança para a fase adulta.

Considerando todo o processo do trabalho de parto e parto como experiência única para quem a vive, e, uma vez que nesta etapa do ciclo vital, a adolescente ainda não atingiu nem a maturidade psicológica nem fisiológica para ser mãe, pensamos que a forma de vivenciar o trabalho de parto pelas adolescentes, poderá ser diferente das vivências das mulheres adultas.

Neste contexto, este estudo emerge da experiência na prática de cuidados e tem como objectivo geral compreender as vivências das adolescentes relativamente ao trabalho de parto e parto, quando comparadas com as das mulheres adultas.

Trata-se de um estudo qualitativo comparativo. Como instrumento de colheita de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, realizadas a 6 adolescentes e a 7 mulheres adultas, que obedeceram a alguns critérios de selecção. Estas participantes foram entrevistadas nas 48 horas após o parto, na Unidade Maternidade Júlio Dinis – Centro Hospitalar do Porto.

Os resultados deste estudo permitiram compreender que as vivências do trabalho de parto e parto na adolescência, não divergem muito das vivências da mulher adulta. As categorias temáticas que emergiram das vivências relatadas por ambas as mães relacionam-se com os sentimentos vivenciados no trabalho de parto e parto, como a dor, o medo, a ansiedade, assim como as expectativas relativamente à analgesia epidural, à presença do acompanhante, aos cuidados na sala de partos e, podemos concluir, que são semelhantes. O que realmente é diferente nos discursos das entrevistadas é que, as

adolescentes referem a família como suporte fundamental nesta fase das suas vidas. Deduzimos assim que, na grande maioria das adolescentes, é a retaguarda familiar que garante o bem-estar da mãe e do bebé.

Daqui parece ressaltar a necessidade de desenvolver programas sociopolíticos que estimulem os profissionais no sentido de um maior empenho em pesquisas e programas de intervenção dirigidos à adolescente e família.

Deste modo, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, além de ser fundamental na sala de partos, é extremamente importante nas consultas pré-natais, de preparação para o parto e pós-parto, na detecção de problemas específicos de cada mulher/ adolescente.



## **ABSTRACT**

Childbirth is for any woman a unique and unparalleled experience. The whole birth process represents a time in her life when all her expectations, her beliefs and values, her hopes and fears, her relationship with her partner and parents and the way she coordinates all these relationships and emotions come into play.

Seeing a woman through childbirth means that it is necessary to bear all these details and needs in mind. Adolescence is a period in one's life that deserves special attention, as it is in this phase that the adolescent suffers extreme changes that will allow them to evolve from childhood into adulthood.

Taking the whole process of childbirth and labour into account as a singular and unique experience for the woman that undergoes it, and, seeing that at this stage of her vital cycle the adolescent still hasn't reached either the psychological or physiological maturity to be a mother, it is believed that the way adolescents experience labour could be different to that experienced by adult women.

Within this context, this research arises from experience in childbirth assistance and fundamentally aims at understanding the experience that an adolescent goes through in what concerns childbirth and labour in comparison with that lived through by an adult woman.

This research is qualitative and comparative. In order to gather data, semi-structured interviews were carried out. Six adolescents and 7 adult women who met some selection criteria were interviewed forty-eight hours after giving birth, at the Maternity Ward at the Júlio Dinis Hospital in Oporto (Unidade Maternidade Júlio Dinis - Centro Hospitalar do Porto).

The results of this research led us to understand that the childbirth and labour experience in adolescence is not very different from that in adulthood. The main topics that arose from the experiences reported by both mothers are related to feelings experienced at childbirth and labour, like pain, fear, anxiety, as well as expectations in so far as epidural analgesia, the partner's presence and the assistance in the labour room are concerned and we can thus conclude that they are indeed similar. What was in fact different in the interviewees' speech was that, the adolescents referred to their families as fundamental support at this stage of their life. We thus inferred that with most adolescents, it is the family support that guarantees the mother and the baby's well-being.

Therefore, the need to develop socio-political programmes that stimulate professionals to be more committed to research and intervention programmes based on the adolescent and their family, has become evident.

Thus, the specialized nurse's intervention in maternal health and obstetrics, in addition to being fundamental in the labour room, is extremely important in pre-natal appointments that prepare women for before and after childbirth, in detecting problems specific to each woman/adolescent.

## RÉSUMÉ

La femme qui attend son bébé et qui est déjà en travail est une personne qui sent une situation unique. Tout le déroulement de l'accouchement représente pour une femme, le moment où toutes ses attentes, ses croyances et valeurs, ses espoirs et craintes sont bien présentes, la relation avec la personne qui l'accompagne et parents et la façon dont elle coordonne toutes ses relations et émotions.

En suivant la femme au moment de l'accouchement, il faut toujours tenir en compte qu'il faut bien considérer toutes ses particularités et émotions. L'adolescence est une étape de notre vie qui mérite une toute spéciale attention, car dans cette phase, l'adolescente subit des transformations intenses qui lui permettent d'évoluer de l'âge de l'enfant à une phase adulte.

Considérant tout ce déroulement d'accouchement et comme expérience unique pour la personne qui la sent, une fois que dans cette étape vitale, l'adolescente n'a pas encore atteint la maturité ni psychologique ni physiologique pour être maman, nous pensons que ce moment unique sera certainement différent de ce qu'elle pourra sentir une femme adulte.

Dans ce contexte, cette étude ressort de l'expérience qu'on doit avoir et comme objectif principal comprendre les expériences des adolescentes par rapport au travail et à l'accouchement, quand comparé avec les femmes adultes.

Il s'agit d'une étude qualitative comparative. Pour réunir tous ces éléments on a utilisé des interviews semi structurées. Réalisées à 6 adolescentes et 7 femmes adultes, qui ont suivi certains critères de sélection. Ces participantes ont été interviewées dans les 48 heures après l'accouchement, à l'Unité de la Maternité Julio Dinis – Centro Hospitalar do Porto.

Les résultats de cette étude nous ont permis de comprendre que les expériences pendant le travail et l'accouchement dans l'adolescente, ne diffèrent pas trop des expériences d'une femme adulte. Les catégories thématiques qui sont ressorties des expériences exposées par chacune des mères, sont en relation avec tous les sentiments qu'elles puissent sentir et vivre lors du travail et de l'accouchement, comme la douleur, la peur, l'anxiété, bien comme toutes les attentes par rapport à l'anesthésie péridurale, la présence du papa, tous les soins dans la salle de naissance, sont en conclusion, très semblables.

Ce qui est vraiment différent au discours des interviewées, c'est que les adolescentes trouvent tout le soutien moral dans leurs familles, ce qui leurs assurera le bien être de la maman et de son bébé.

De tout cela ressort la nécessité de développer des programmes sociopolitiques qui stimulent les professionnels dans le sens d'un meilleur engagement dans la recherche et programmes d'intervention qui se dirige à l'adolescente et à la famille.

De cette façon là, l'intervention de l'infirmier spécialiste en santé maternelle et obstétricienne, aussi bien fondamentale en salle de naissance, est extrêmement importante dans les visites prénatales, de préparation pour l'accouchement et après l'accouchement, l'identification des problèmes spécifiques de chaque femme/adolescente.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
------------------	----

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....21

### 1- DA ADOLESCÊNCIA À IDADE ADULTA.....23

1.1 - Crescimento e desenvolvimento físico.....	25
1.2- Desenvolvimento psicossocial e cognitivo .....	27
1.3 - Adolescência e família .....	28
1.4 - Sexualidade na adolescência.....	30

### 2- DA GRAVIDEZ AO PARTO.....34

2.1 - Gravidez na adolescência... ..	36
2.2 - ... e na idade adulta.....	38
2.3 - Psicofisiologia do trabalho de parto .....	39
2.4 - A dor do trabalho de parto .....	45
2.4.1 - Analgesia epidural obstétrica .....	47
2.5 - Principais complicações obstétricas nas adolescentes .....	50

## PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....53

### 1- PERCURSO METODOLÓGICO.....55

1.1 - Questão de investigação.....	55
1.2 - Problemática e justificação do estudo .....	56
1.3 - Objectivos e finalidade do estudo .....	57
1.4 - Tipo de estudo .....	57
1.5 - Participantes no estudo.....	59
1.6 - Processo de recolha de informação .....	61
1.7 - Aspectos éticos.....	63
1.8 - Tratamento e análise da informação .....	63

<b>PARTE III – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>1 -APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
<b>2- CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÀFICAS .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo I – Autorização da comissão de ética</b>	
<b>Anexo II – Consentimento informado</b>	
<b>Anexo III – Guia de orientação das entrevistas</b>	

## **ÍNDICE DE QUADROS:**

**Quadro 1:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Duração do trabalho de parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 2:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Caracterização da equipa de enfermagem” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 3:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Acompanhamento durante o trabalho de parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 4:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Recursos para o sucesso do período expulsivo” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 5:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Dor durante o trabalho de parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 6:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Processo de analgesia epidural” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 7:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Relação com o bebé” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 8:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Relacionamento com o companheiro” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 9:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Dinâmica familiar” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

**Quadro 10:** Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Sentimentos vivenciados após o parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.





## INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana e para um grande número de sociedades, a adolescência tem vindo a ser considerada um período de transição altamente significativo. Alguns acontecimentos sociais e culturais parecem ter influenciado a emergência da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano. Assim, a adolescência passou a ser considerada um estágio real do crescimento. Representa um conjunto de respostas situacionais dadas pelos indivíduos numa fase de transição para a vida adulta, numa dada sociedade ou cultura. Pode-se então considerar que a adolescência constitui um período, mais ou menos longo, que separa a infância da idade adulta (Sprinthall e Collins, 2003).

O adolescente nesta fase da sua vida enfrenta mudanças físicas, psicológicas, familiares e sociais: não é uma fase de mera transição, é uma fase vital permeada por crises, em que o adolescente precisa de atenção, amor, carinho e essencialmente aprender a ser. É um momento fundamental na vida do ser humano no que diz respeito a adquirir, incorporar hábitos, valores e comportamentos, deixando de ser criança sem ainda ser adulto (Zagonel, 2003).

É no período da adolescência que se fica com um corpo físico maduro e se é capaz de engravidar e de ficar grávida. É também nesta fase se dá uma evolução afectiva, com o crescimento da curiosidade, da vontade de experimentar novas emoções e do próprio desejo sexual (Fabião, 2005).

Uma das consequências negativas da expressão da sexualidade dos adolescentes é a gravidez na adolescência. A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas com a sexualidade na adolescência, com sérias consequências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias (Ballone, 2007).

Uma gravidez na adolescência coloca desafios adicionais à jovem mãe, complexificando assim o processo de identidade, bem como a realização das tarefas inerentes à gravidez e à maternidade, como aceitar o bebé enquanto ser humano com necessidades próprias, criar expectativas adequadas a este novo ser e organizar um projecto de vida no qual ele seja inserido (Figueiredo, 2000). Tudo isto são situações novas para a adolescente que podem estar comprometidas, uma vez que, esta se encontra numa fase de criação da

própria identidade e se depara com uma mudança “brusca” da realidade que tinha, até então, criada só para si. A jovem grávida acaba por se deparar com o facto da sociedade considerar esta fase desajustada para se engravidar.

São muito diferentes as circunstâncias em que usualmente ocorre a gravidez na adolescência, comparativamente à situação de acontecer na idade adulta. Na adolescência, a gravidez e maternidade geralmente não é planeada nem desejada, e pode interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social da jovem grávida, sendo considerada um grave problema de saúde pública (Tavares e Barros, 1996). Nesta perspectiva, a gravidez na adolescência é considerada de risco, pois associa-se a uma maior incidência de desfechos adversos (para a mãe e/ou feto) do que nas grávidas adultas (Correia, 2005).

Neste sentido, está em concordância o estudo de (Figueiredo, Pacheco, Magarinho, 2005), cujos resultados mostram que, *“...quando se comparam mães adolescentes e mães adultas, verifica-se junto das primeiras, na sequência da gravidez, um maior número de dificuldades obstétricas e de problemas de saúde...”*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera a gravidez na adolescência como de alto risco, devido às repercussões sobre a saúde da mãe e do bebé, (sobre a influencia da imaturidade física e psíquica da mãe). Assim, quanto mais jovens forem as adolescentes, maior é o risco que a gravidez representa, como as complicações ginecológicas e obstétricas bem como anomalias genéticas do recém-nascido. Também o facto de as adolescentes revelarem tardiamente a gravidez resulta no comprometimento da prevenção e no tratamento de eventuais complicações ginecológicas.

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

Como refere Couto (2006:191) *“A aprendizagem sobre a gravidez e o parto é realizada muitas vezes de forma incorrecta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados, através, sobretudo da tradição oral.”* Se essa aprendizagem não for realizada de forma progressiva e coerente, de acordo com o nível de compreensão da adolescente e da mulher, acontece que muitas mulheres entram em

trabalho de parto sem conhecerem o seu corpo, desconhecendo o que se passa com elas, o que pode ser gerador de insegurança e ansiedade.

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

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

Considerando todo o processo do trabalho de parto e parto como experiência única para quem a vive, e, uma vez que nesta etapa do ciclo vital, a adolescente ainda não atingiu nem a maturidade psicológica nem fisiológica para ser mãe, pensamos que a forma de vivenciar o trabalho de parto pelas adolescentes, poderá ser diferente das vivências das mulheres adultas.

Assim, este estudo emerge da experiência na prática de cuidados e parte da preocupação em compreender as vivências das adolescentes relativamente ao trabalho de parto, quando comparadas com as das mulheres adultas.

De acordo com Quivy (1992:41) com uma boa pergunta de partida, “*o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender*

*melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação*". Assim, ao adotar como percurso de investigação as vivências do trabalho de parto, surgiu-nos então a questão de investigação: **“Haverá diferenças dos discursos relativos às vivências das adolescentes em trabalho de parto, em relação ao discurso das mulheres adultas?”**

Foram assim traçados os seguintes objectivos do trabalho:

- Descrever as vivências das adolescentes e das mulheres adultas durante o trabalho de parto e parto;
- Comparar os discursos das adolescentes e das mulheres adultas em relação ao trabalho de parto e parto;
- Compreender o papel atribuído às intervenções de enfermagem, no contexto da sala de partos, relativamente às experiências vivenciadas por ambas as mães, durante o trabalho de parto e parto.

A finalidade deste estudo é contribuir para uma reflexão e conhecimento da experiência, vivências durante o trabalho de parto e parto, que permita compreender o significado que as adolescentes e mulheres adultas atribuem a estes acontecimentos. Assim, esta investigação procura evidenciar a necessidade de compreender cada mulher adulta e adolescente como um ser único, detentor de uma experiência de vida sem igual o que implicará do ponto de vista dos profissionais de enfermagem uma intervenção adequada às necessidades da mulher adulta e da adolescente, bem como da família em que está inserida. Esta profunda compreensão da experiência vivida por cada um pode ser alcançada através da associação de competências práticas de enfermagem às que provêm de modelos de investigação qualitativa. Desta forma optamos por um estudo qualitativo, visto que esta metodologia oferece significativas oportunidades para a Investigação e para os investigadores, pois pode possibilitar o estudo de inúmeros problemas de difícil abordagem por outros métodos e pela dificuldade de os isolar de seu contexto na vida real.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes:

A primeira parte refere-se ao suporte teórico com o qual procuraremos explorar todas as áreas que possam contribuir para a clarificação da temática. Assim, far-se-á uma abordagem sobre as grandes transformações da adolescência quer a nível físico, psíquico e social; a problemática da gravidez na adolescência e na idade adulta; a

psicofisiologia do trabalho de parto e parto; a dor e analgesia epidural e por fim, as principais complicações obstétricas nas adolescentes.

Numa segunda parte, abordamos a metodologia de investigação por nós adoptada. Como é óbvio, tornou-se indispensável uma fonte de pesquisa a partir da qual se recolhessem os dados necessários ao estudo qualitativo. Assim, esta segunda parte refere-se ao percurso metodológico, às opções tomadas sobre o contexto do estudo, participantes, forma de recolher os dados, aspectos formais e éticos e os respectivos procedimentos para a análise dos dados.

Na terceira parte faremos a análise, interpretação e discussão dos dados. Também, nesta última parte, realçamos as principais conclusões que emergiram desta investigação e deixamos algumas sugestões.



## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico, como refere Fortin (1999:93), “...*situa o estudo no interior de um contexto e dá-lhe uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo*”. As primeiras etapas de uma investigação envolvem actividades com forte envolvimento intelectual. Nesta fase, o investigador faz um trabalho de leitura e de pesquisa intensivo. Graças às suas leituras, o investigador poderá fazer ressaltar a perspectiva que lhe parece mais pertinente para abordar o seu objecto de investigação.

Assim, e ainda de acordo com Fortin (1999:39) “ *A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação (...) ela fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força*”. Deste modo podemos concluir que, para além de ser a primeira fase de um processo de investigação, é extremamente importante e é a etapa onde o sistema de conceptualização destas mesmas ideias visa chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo.





## 1 - DA ADOLESCÊNCIA À IDADE ADULTA

A adolescência foi reconhecida como um período de desenvolvimento humano há relativamente pouco tempo. O que aconteceu no passado com a descoberta da infância, voltou a acontecer na última metade do século XX, com a adolescência. Apenas no último século, é que a sociedade adulta reconheceu características específicas desta fase da vida. Colocou-se, então, a seguinte pergunta: será a adolescência real, uma fase verdadeira que faz parte da vida ou é, apenas, concepção de algumas culturas e sociedades? Só recentemente, nas nações e culturas industrializadas, é que os adultos começaram a ter em conta as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas dos adolescentes, e esta percepção deu-lhes a oportunidade de reconhecer um estágio de desenvolvimento humano. Assim, numa perspectiva psicológica, a existência da adolescência como conceito depende inteiramente de cada cultura particular (Sprinthall e Collins, 2003).

A palavra adolescência vem do latim “adolescere,” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade”. O início da adolescência é por muitos discutido e não existe um consenso. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, Marques (1985:37) diz que, *“A adolescência situa-se entre os 10 e os 19 anos de idade, considerando ainda dois subgrupos: um entre os 10 e os 14, denominado puberdade, em que os aspectos do crescimento físico são mais evidentes; outro entre os 15 e os 19 anos de idade, em que predominam os aspectos do desenvolvimento psicossocial”*. O crescimento que ocorre na adolescência é desigual, no sentido em que a maturidade física pode ser alcançada antes da maturidade psicológica ou social. Assim, torna-se difícil definir um período etário que valorize a duração dos diferentes processos de maturação.

Deste modo, salienta-se que a idade cronológica não é a melhor maneira de delimitar este período. Segundo Cardoso (1993), a adolescência caracteriza-se por um tempo de crescimento e modificações importantes de natureza física, cognitiva e psicossocial. O fim desta fase não é claramente delimitado e varia em função de critérios físicos, mentais, afectivos, sociais e culturais que caracterizam o adulto. É pois um período com uma dimensão variável em que as modificações que ocorrem não têm uma sequência uniforme e o resultado final varia de indivíduo para indivíduo.

Face a estas considerações, a idade da adolescência corresponde a um período ambíguo, uma vez que surge em tempos diferentes nos dois sexos, sendo influenciada pelo contexto sócio-geográfico, tornando-se mais complexa e extensa nas sociedades modernas e industrializadas. O seu início, ligado ainda às modificações da puberdade, ocorre cada vez mais precocemente. O seu término tem sido marcado por uma idade cada vez mais avançada, como resultado de factores de índole social.

Apesar dos limites estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a maioria dos autores ainda não chegaram a acordo acerca do término da adolescência. Como refere Horrocks citado por Claes (1985:48) *"A adolescência termina quando o indivíduo atinge a maturidade social e emocional e adquire a experiência, a habilidade e a vontade requeridas para assumir, de maneira consistente, o papel de um adulto, que é definido pela cultura em que vive"*.

Actualmente assiste-se a uma tendência para o prolongamento do tempo de dependência dos pais, concomitantemente com o prolongamento dos estudos e a formação profissional, assim como o dismantelamento da estrutura familiar como órgão de trocas afectivas e impulsor da socialização do jovem. Esta situação é fonte de permanente conflito e provoca um atraso na obtenção de autonomia, contrária ao processo de maturação, tornando-se por isso difícil situar de forma clara o fim desta etapa.

De acordo com Correia e Alves (1990), a fase da adolescência é considerada um período de crise/mudança, situando-se entre dois pólos importantes: Dependência (protecção) e Independência (autonomia), caracterizando-se por contradições, confusões, ambivalências, conflitos com os pais e com a função parental, e de procura de identidade e autonomia.

Durante esta fase de desenvolvimento combinam-se uma série de circunstâncias físicas, sociais e psicológicas que geram características, comportamentos e necessidades únicos. Johnson in Bobak (1999) ressalta que cada adolescente é único na forma como realiza o seu desenvolvimento. Para além das alterações biológicas, o desenvolvimento de cada adolescente é influenciado pela família, sociedade, grupo de pares, religião e condição socio-económica.

Para Sampaio (1991:61) *"A adolescência é uma etapa do desenvolvimento, ocorrendo desde a puberdade à idade adulta ou seja, desde a altura em que as alterações psicológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se*

*enquadra numa identidade estabelecida*". Assim, a adolescência pode ser considerada o período do ciclo de vida em que ocorrem no indivíduo a maioria das mudanças. Grandes mudanças físicas e cognitivas alteram o aspecto, o comportamento e o estatuto do adolescente no seu meio. Começam a exigir-lhe que se porte como um adulto, determinadas brincadeiras já não são aceitáveis e o seu comportamento começa a ter outro significado: é o emergir do adulto.

Em síntese, esta fase consiste numa passagem obrigatória de situação de dependência que caracteriza a infância, para uma situação de autonomia biológica, psicológica, financeira e emocional, que caracteriza o adulto e que variam consoante o contexto cultural, racial, étnico e familiar.

### **1.1- Crescimento e desenvolvimento físico**

Por desenvolvimento físico ou biológico durante a adolescência entende-se dois acontecimentos: a puberdade e o tempo de crescimento físico, que culmina com o que se designa maturidade biológica.

Devido ao facto de ambos os processos, puberdade a adolescência, ocorrerem concomitantemente, são com frequência assumidos como idênticos e por vezes usados como sinónimos. Porém a definição de adolescência abrange o desenvolvimento psico-social associado à puberdade conducente ao estado adulto Neste processo assumem importância de relevo as tarefas de reforço da identidade e estruturação da personalidade, autonomia e o atingimento das capacidades cognitivas mais sofisticadas, (Cardoso, 1993).

As modificações fisiológicas e o crescimento físico constituem a base somática da adolescência. A sequência destas modificações é razoavelmente consistente, embora possa existir uma variabilidade individual considerável, não só na sequência dos acontecimentos, mas também no seu ritmo biológico.

Desta forma, a adolescência é marcada por importantes alterações, nomeadamente biológicas, que resultam do despertar do metabolismo endócrino, a que se associam

modificações corporais, tais como: aceleração da velocidade de crescimento, mudanças das características sexuais entre outras.

As interações neuroendócrinas das hormonas estimulam o início da puberdade. Estas alterações preparam os adolescentes para a reprodução. As modificações corporais constituem as alterações mais relevantes desta etapa de vida. São sentidas mudanças físicas e biológicas profundas que se processam rapidamente e estão dependentes do “despertar do relógio endócrino”, cujo início está programado desde a infância (Cardoso, 1993).

As principais alterações físicas têm a ver com:

- Crescimento estato-ponderal;
- Aumento da força muscular e alteração das funções cardiovasculares e respiratória;
- Aumento e redistribuição da massa adiposa;
- Desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias.

É importante observar que é variável o tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento puberal, com marcantes diferenças entre os sexos e entre os diversos grupos étnicos e sociais de uma população (Eisenstein, 2005).

No caso da mulher, o início da menarca, a primeira menstruação, constitui uma referência precisa no desenvolvimento dos fenómenos da puberdade, e é uma das muitas transformações que ocorrem no corpo da adolescente (Ribeiro, 1990). Estes acontecimentos e alterações rápidas e constantes no aspecto físico perturbam a adolescente. Ela sente dificuldade em ajustar-se à sua imagem corporal, em mudança contínua, dado que o seu desenvolvimento físico é anterior ao dos rapazes que partilham as mesmas aulas e os mesmos espaços. Estas “mulherzinhas” necessitam de muito apoio afectivo e compreensão para se ajustarem de uma forma menos traumatizante às transformações físicas que estão a vivenciar.

Pouco a pouco o adolescente aceita as suas mudanças e direcciona os seus sentimentos afectivos e experiências sexuais para fora do núcleo familiar, com repercussões sobre a sua personalidade. Cordeiro (1988:17) expressa que *“Nem sempre é fácil, para o jovem adolescente integrar as modificações de um corpo que lhe surge como um estranho e, enquanto alguns aceitam facilmente a nova imagem do seu corpo sexuado, outros tentarão negá-lo”*.

Na adolescência a evolução física e sexual tem um ritmo acelerado que muitas vezes não é acompanhado com o mesmo ritmo a nível do desenvolvimento intelectual podendo, eventualmente, originar problemas de comportamentos e, por vezes, desviantes em relação às normas impostas pela sociedade.

## **1.2- Desenvolvimento psicossocial e cognitivo**

Acompanhando as transformações somáticas, afectivas e sociais, a vida cognitiva do adolescente também sofre alterações. Na perspectiva de Piaget, *“o desenvolvimento consiste numa reorganização das estruturas cognitivas, construídas através da acção do sujeito e que se manifesta por uma sequência de estádios”*, cita Ribeiro (1990:56). As variações do desenvolvimento cognitivo dependem do sexo, classe social, tipo de educação e cultura.

No período da adolescência, as transformações a nível intelectual são de extrema importância. É nesta altura que a inteligência toma a sua forma final com o pensamento abstracto ou formal que segundo Piaget, ocorre entre os 11-12 anos e os 14-15 anos. Estas modificações podem influenciar o entendimento das regras. É importante realçar que as transformações emocionais que ocorrem na adolescência dependem das transformações cognitivas (Silva, 2004).

Uma das grandes transformações que marcam o estágio operatório formal é o surgimento do pensamento hipotético-dedutivo. Assim o adolescente adquire a capacidade de ultrapassar, pelo pensamento, situações vividas e projectar ideias para o futuro.

Uma mudança muito importante nesta fase é a capacidade do adolescente pensar sobre o seu próprio pensamento e sobre o pensamento dos outros. Esta nova capacidade é a metacognição (Sprinthall e Sprinthall, 2000). Esta forma de auto-reflexão permite um amplo alargamento da imaginação. Surge também, uma nova consciência sobre o facto de as pessoas serem diferentes e terem pensamentos diferentes sobre a mesma situação ou ideia.

Para um melhor desenvolvimento intelectual, as influências e os estímulos externos são de grande importância por serem modelos para os adolescentes e constituírem uma estimulação (Silva, 2004).

Sprinthall e Sprinthall (1994), citando Piaget, referem que este deixa bem claro que o desenvolvimento cognitivo é um prolongamento de processos motores inatos. Assim, os dados biológicos dirigem inevitavelmente o desenvolvimento cognitivo. Piaget defende que, na generalidade, os estádios de desenvolvimento não podem ser acelerados, mas podem ser retardados em condições de fraca estimulação ambiental.

A escola proporciona a expressão pessoal, a imaginação e a reflexão abstracta, e desenvolve ainda, o gosto pelo estudo, autocrítica e responsabilidades pessoais ou em grupo (Silva, 2004). No entanto, mais importante que a escola é a família, pois é dentro desta que o adolescente passa a maior parte da adolescência e é considerada um modelo específico para o seu desenvolvimento.

Para Machado (2004), a socialização do adolescente faz-se também através do grupo escolar, tal como acontece com a família. A escola é o centro de aprendizagem, e os modelos sociais propostos, afectam o desenvolvimento do adolescente ao orientá-lo de determinada forma. É nesta instituição que a relação de amizade desempenha um papel decisivo no mundo das relações dos jovens com os seus pares. Pela primeira vez, são capazes de um envolvimento íntimo e emocional com alguém, em exclusivo, fora da família.

### **1.3 – Adolescência e família**

É a família que determina as primeiras relações afectivas e sociais, bem como os contextos onde ocorre a maior parte das aprendizagens iniciais que efectuamos. A família constitui o grupo que primeiramente recebe a criança, a acolhe e educa, segundo os seus padrões culturais (Silva, 2004).

Almeida (1987) refere que a família, conjunto de indivíduos, ligados por laços de sangue e casamento, são a socialização da adolescente e a satisfação das suas necessidades económicas e sociais num ambiente de profundo investimento emocional, de protecção e

de interdependência entre os seus membros. Deste modo, a família é de importância crucial no desenvolvimento do adolescente. Funciona não só como agente de apoio mas também desempenha um papel fundamental na integração do adolescente, no seu meio social mais amplo.

As relações do adolescente com os pais modificam-se e o indivíduo procede à construção de uma identidade própria, adquirindo uma autonomia progressiva. À medida que o seu mundo se expande para a escola, as organizações da comunidade e os pares, aumenta o investimento nesta sociedade mais vasta. A família perde o seu impacto sem no entanto abandonar o seu papel de primordial importância, enquanto promotora de desenvolvimento; encoraja a descoberta de novos potenciais no exterior, mas constitui-se como uma base segura a que o adolescente recorre quando necessário.

Os adolescentes reconhecem e respeitam as opiniões dos pais, mas também têm as suas próprias ideias, provavelmente diferentes mas legítimas e que podem contribuir positivamente para a vida familiar. A individualização do jovem passa também pelo desenvolvimento do EU, caracterizado no sentido de si próprio, o adolescente torna-se uma pessoa com identidade própria e com capacidades de realizar investimentos no exterior, sem que essa autonomia ameace a vinculação com os pais.

Assim, pode-se considerar a formação da identidade do adolescente a tarefa desenvolvimental mais importante na adolescência. Erikson (1973) é reconhecido pelos seus estudos sobre a construção da identidade pessoal e social nesta idade. Este autor considera a adolescência como o período basilar do desenvolvimento e durante o qual se organiza a construção da identidade do Eu, período de recapitulação dos conflitos de influência e de antecipação da idade adulta.

É pois, considerado normal o conflito pais-filhos, não só historicamente como também nas diferentes famílias. A disfunção familiar caracteriza-se não pela ocorrência de conflitos, mas pela incapacidade de reequilíbrio após o conflito. No entanto, a maioria das investigações verificam que os adolescentes têm uma forte vinculação com a família e, apenas alguns têm dificuldade em lidar com os pais, sendo a maioria capaz de comunicar sobre as várias dificuldades e preocupações com que se confrontam, (Menezes, 1990). As razões do conflito estão relacionadas com diversos factores. Winch acentua " (...) as exigências sociais feitas aos adolescentes no sentido de identificarem um conjunto de objectivos (em áreas como a família, a carreira, etc.) mas simultaneamente a negação de oportunidades de implementação até à idade adulta", Menezes (1990:61).

Fleming (1993) sublinha a existência de uma disfunção entre a capacidade procriativa do jovem (maturidade biológica atingida mais cedo que no passado) e a sua capacidade socioeconómica (acesso a casa e a um emprego retardado) que se tem vindo a acentuar, encorajando-se, por um lado, a separação do jovem da família de origem e retardando-a, por outro lado, já que de um modo geral o jovem permanece hoje até tarde no seio da família.

A presença dos pais junto dos filhos é tão ou mais importante nesta fase do que na infância, em virtude de que, “ *o seu papel agora é estar atentos, de mobilizar sem dirigir, de apoiar no fracasso e incentivar no êxito, em suma, estar com eles e respeitar cada vez mais a sua individualização*”, Sampaio (1996:42).

#### **1.4 - Sexualidade na adolescência**

Os adolescentes, no seu processo de crescimento, sentem necessidade de se mostrarem independentes de seus pais, assumir identidades próprias, vontades e projectos que os representem, mesmo que para isso tenham que contrariá-los. De acordo com Machado (2004:17), “*o facto de contrariar os pais faz parte do processo de construção da sua própria identidade*”.

Segundo a mesma autora, a escolha de um companheiro, a escolha de um objecto amoroso é uma das principais “tarefas” da adolescência. Dentro das diversas formas de experimentar a adolescência, está o exercício da sexualidade, papel importante para o adolescente na determinação da sua auto-estima, relações afectivas, identidade social e sua inserção na estrutura social.

Deste modo, o desenvolvimento da sexualidade é frequentemente considerado uma tarefa da adolescência para se identificar com os adultos, Machado (2004). A actividade sexual dos adolescentes é um assunto polémico com que diariamente a família, a escola e a sociedade se debatem.

A antecipação da puberdade numa sociedade cada vez mais erotizada pela comunicação social, associadas às transformações sucessivas a nível da liberdade sexual, direccionam a que nos confrontemos com uma iniciação de actividade sexual



cada vez mais precoce. Ballone (2007) destaca que o adolescente, impulsionado pela força dos seus instintos, juntamente com a necessidade de provar a si mesmo sua virilidade e sua independente determinação em conquistar outra pessoa do sexo oposto, contraria com facilidade as normas tradicionais da sociedade e os aconselhamentos familiares e começa, avidamente, o exercício da sua sexualidade.

A actividade sexual da adolescente é geralmente casual, justificando para muitas a falta do uso habitual de anticoncepcionais. A grande maioria, também não assume, diante da família, a sua sexualidade, nem a posse de métodos contraceptivos que denuncie uma vida sexual activa.

Dado o desconhecimento que se observa nos adolescentes a respeito da sexualidade, a educação sexual é uma área prioritária no que se refere à prevenção da gravidez na adolescência (Figueiredo, 2001). Assim, define-se educação sexual como *“um processo através do qual o indivíduo aprende a compreender e a aceitar-se como pessoa, com sentimentos sexuais e capacidades reprodutoras. Inclui a aprendizagem de formas funcionais responsáveis e significativas de interacção com os outros visando propiciar um equilíbrio entre a liberdade e o crescimento individuais e os constrangimentos sociais”*, Menezes (1990:172).

Os que resistem à educação sexual dos adolescentes invocam que a informação promoverá a actividade sexual, mas ela existe na mesma, com a falta de informação. Pensamos que a educação sexual pode permitir aos jovens tomar decisões mais conscientes e responsáveis face à sua sexualidade, mas só será eficaz se for adequada ao seu nível de desenvolvimento.

A sexualidade tem um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento do adolescente, sendo por isso a sua orientação uma medida não só necessária, como também, imperativa na obtenção de uma adolescência mais harmoniosa, responsável e segura.

A antecipação da vida sexual activa pode acontecer devido à alteração nos hábitos sócio-culturais-comportamentais ocorridos na sociedade ocidental, comportamentos que até há 20 ou 30 anos eram considerados minoritários, quando não mesmo marginais, são hoje socialmente tolerados ou mesmo aceites. Tal é, por exemplo, o caso das relações sexuais pré-matrimoniais (Silva, 1992).

Deste modo, a própria sociedade, além da família, tem uma grande participação nas atitudes individuais do adolescente. Com as profundas mudanças na sua estrutura, a sociedade, actualmente, tem aceiteado melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Portanto tabus, inibições e estigmas estão a diminuir e a actividade sexual e gravidez a aumentar. Por outro lado, dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceite dentro de suas normas e costumes.

Se por um lado se tem verificado uma maior preocupação por parte dos órgãos competentes para formar os jovens nas áreas da sexualidade e da contracepção, também é verdade que o actual ritmo de vida leva a que muitos jovens passem muito do seu tempo sozinhos em casa, carentes de afecto, o que muitas vezes determina um início prematuro da vida sexual, nem sempre com resultados agradáveis. Neste raciocínio, para Ballone (2007:32), “ *o contexto familiar tem uma relação directa com a época em que se inicia a actividade sexual*”.

De acordo com Fernandes (2003), é preocupante e bizarro constatar que numa época de grande divulgação dos anticoncepcionais, do planeamento familiar, de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, da informação diversificada, se assista paradoxalmente, à existência de adolescentes que ainda engravidam.

Muitos teóricos acreditam que tal acontece para satisfação de necessidades psicológicas (Correia e Alves, 1990). A habilidade ou inabilidade para a adolescente usar os anticoncepcionais de um modo adequado envolve justificações psicológicas. As adolescentes procuram mais carinho e segurança nas relações sexuais do que sexo, e, além disso, procuram demonstrar independência e pertença a um mundo adulto. Por outro lado temos o sentimento de solidão, normal na adolescência, mas que se pode agravar e levar a um estado depressivo, a uma sensação de vazio. Este acréscimo pode ainda ter na sua base um meio familiar precário em ternura e compreensão. A adolescente pode tentar remediar isto, indo directamente ao prazer, permitindo-se dar largas à sua sexualidade: confunde ternura e amor com o interesse sexual do homem, e engravidar pode parecer-lhe uma forma de atenuar as suas carências (Correia e Alves, 1990).

A grande maioria dos jovens portugueses está inserida numa sociedade individualista, promotora da imagem e do imediatismo, que se distancia cada vez mais dos valores da

família e das relações inter-pessoais. O vazio de princípios como a solidariedade, ajuda mútua e amizade, como também o afastamento das famílias na educação do adolescente devido a vários factores externos, estão a fragilizar os jovens, que sem pontos de referência e solidez de personalidade, se entregam cada vez mais a relações superficiais e a situações de risco. Assim, a problemática da adolescência emerge nos nossos dias. Como nos cita Cordeiro (1988:7), “*Nunca, como hoje, houve tanta preocupação com os adolescentes e fala-se mesmo insistentemente de crise da juventude*”.

Este é um facto que se deve ter presente quando tentarmos perceber o sentido do comportamento, desejos, medos, frustrações e esperanças da adolescente. Um dos problemas mais preocupantes, em Portugal, na área da saúde reprodutiva, tem a ver com a taxa elevada de mães adolescentes com menos de 20 anos (7,1% do total em 1996), (Joaquim, 2006). Sabemos que as gravidezes adolescentes ocasionam: consequências socioeconómicas negativas, aumento de perturbação na gravidez (prematuros, abortos) e aumento do abandono de crianças nos pós parto. É, pois, necessária a criação de mais informação sobre contracepção e sexualidade e sobre comportamentos de risco, nomeadamente a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, dirigidos especificamente a estas camadas da população.

A prevenção deveria aqui incluir duas vertentes obrigatórias: a primária: a prevenção da gravidez em jovens de risco e a secundária: a optimização, no decurso da gravidez, dos desfechos neo-natais para a díade mãe-filho (Silva, 1992).

Para além dos perigos resultantes das doenças sexualmente transmissíveis, não se deve subavaliar os problemas causados por uma gravidez indesejada. Com efeito, em alguns casos felizes, a jovem mãe acaba por conseguir não prejudicar a sua vida adulta. Mas também é verdade que uma gravidez precoce pode por significar uma grande alteração nas perspectivas futuras da adolescente. É preciso não esquecer que muitas das vezes o pai do bebé é, também ele, um adolescente. Daqui resulta que o casal não tem ainda nem maturidade suficiente nem capacidade para reunir os recursos necessários para construir um ambiente estável para o bebé. É também vulgar que, quando os jovens pais já adquiriram as condições para prosseguirem a sua vida adulta, concluem que, afinal o seu antigo parceiro sexual não é a pessoa mais indicada para fundar uma família. Este problema é ainda agravado quando se trata de encontros sexuais ocasionais. Os problemas para toda a família que podem resultar da facto de uma adolescente engravidar são motivos mais do que suficientes para que os pais encarem a informação sobre a sexualidade a tempo.

## 2 – DA GRAVIDEZ AO PARTO

A gravidez está intimamente ligada a esse momento culminante que é o parto. *“Ela desenrola-se, organiza-se em função desse tempo em que outro aí surge”*, como refere Joaquim (2006:27). A gravidez é por isso especial na vida de uma mulher.

A gravidez refere-se ao período de mais ou menos 40 semanas, que decorre entre a concepção e o parto. Representa um período importante para a mulher, no qual ocorrem transformações físicas que provocam, logicamente, vivências psicológicas particulares. Embora a importância e vivências da gravidez e maternidade tenham variado com o passar do tempo e com os contextos socioculturais, em quase todas as épocas e em quase todas as culturas ocupam um lugar central (Kitzinger, 1978).

Segundo Canavarro (2001:19), *“ A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto. Mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, gravidez e maternidade são processos. Do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento”*.

Assim, a gravidez é um processo temporal caracterizado por alterações corporais fisiológicas e adaptativas ao desenvolvimento do novo ser humano, acompanhadas das consequentes vivências psicológicas.

O primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe é aceitar a ideia da gravidez e assimilar o estado de gravidez (Bobak, 1999). O grau de aceitação reflecte-se na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais.

A possibilidade de controlar os nascimentos significa, para muitas mulheres, que a gravidez é um compromisso conjunto entre parceiros responsáveis. Planear uma gravidez não garante, obrigatoriamente, a sua aceitação. A gravidez também pode ser encarada como um resultado natural da vida conjugal que pode, ou não, ser desejado, dependendo das circunstâncias. Em algumas mulheres, inclusive em muitas adolescentes, a gravidez pode ser o resultado de experiências sexuais sem a utilização de métodos contraceptivos, (Bobak, 1999).

Todos sabemos que o facto de uma mulher estar grávida, infelizmente, não assegura a posterior realização adaptativa das tarefas maternas. Nesta linha de pensamento refere Isabel Leal que a maternidade “*requer que mais do que desejar ter um filho, se deseje ser mãe*”, (2005:365). Muitas são as situações em que a distância entre gravidez e maternidade é enorme.

No entanto, a aceitação da gravidez ocorre em paralelo com a aceitação crescente da realidade da criança. Muitas mulheres sentem-se bem e felizes com a sua gravidez e encaram-na como realização biológica e parte do seu projecto de vida.

Muitas grávidas, especialmente as que vão ser mães pela primeira vez, preparam-se activamente para o parto. Lêem livros, vêem filmes, vão a aulas de preparação para o parto e conversam com outras mulheres: mães, irmãs, amigas e outras mães. A ansiedade pode surgir, fruto de uma preocupação sobre o que irá acontecer durante o parto (Bobak, 1999). As grávidas, por desconhecerem a anatomia e tudo o que envolve o nascimento, sentem uma grande expectativa receio do desconhecido.

A investigação tem vindo a mostrar que as experiências relativas ao parto são de extrema importância, interferindo de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma relação adequada com o bebé, (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002).

Segundo Usuelli (1988:175) “*O parto é um acontecimento “poderoso” na vida, carregado de um profundo significado que não conhecemos totalmente e qualquer tentativa para o definir num conceito único é parcial e limitativa*”. Assim o parto é considerado um evento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binómio mãe-filho. Por envolver aspectos psicológicos físicos, sociais, económicos e culturais, é considerado, por vários autores um fenómeno complexo, tornando-se objecto de estudo em várias ciências, entre elas a enfermagem.

## 2.1 – Gravidez na adolescência

Vários autores (Cordeiro, 1988; Colman e Colman, 1994; Zagonel et al., 2003) referem o período da gravidez como uma fase de transição, de mudança, que conduz a um equilíbrio instável e exigente ao nível psicológico. As alterações que ocorrem aos níveis hormonal, físico, emocional, familiar e social, requerem mecanismos de defesa apropriados para uma melhor adaptação à mudança. Segundo estudos consultados (Justo, 2000; Soares et al., 2001; Fabião, 2001), a maneira como todas estas mudanças são integradas, organizadas e vivenciadas pela adolescente, dependem da estrutura da personalidade da própria adolescente; do seu suporte familiar, do companheiro e da sociedade em que está inserida; do desejo e significado da gravidez e do projecto mental de Maternidade.

Gravidez e maternidade nesta fase do ciclo de vida parecem ser factores de risco acrescidos em relação a uma série de parâmetros de desenvolvimento dada a convergência num único momento de duas realidades completamente distintas – estar grávida e ser adolescente, uma vez que não têm apenas de lidar com os desafios próprios da adolescência, mas também com os inerentes à gravidez e às tarefas da maternidade que se aproximam (Canavarro, 2001).

Assim, durante a gravidez, tudo pode ser mais complicado por todo o processo de crescimento que a adolescente atravessa (Correia, 2005). Este é um período que para além das exigências físicas apela à reestruturação e a reajustamentos psicológicos. Neste contexto, refere Correia (2005:56) que, *“uma gravidez na adolescência pode ser considerada um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente”*. De acordo se encontra Figueiredo (2001:221) ao expor que, *“Muito embora a maternidade na adolescência não se traduza numa condição de risco para todas as mães, a verdade é que se constitui sempre num desafio para a qual a maior parte não está preparada”*.

Se um dos aspectos de desenvolvimento da adolescência implica a autonomização, outro implicado na maternidade compreende a capacidade de abdicar da autonomia pessoal. O fenómeno da maternidade na adolescência é preocupante, tanto a nível psicológico, como biológico, uma vez que nesta etapa do ciclo vital, a adolescente ainda não atingiu a maturidade fisiológica para ser mãe.

A nível físico, os problemas mais frequentes para as grávidas adolescentes, são a anemia e as complicações obstétricas – toxemia e complicações com ela relacionadas, apresentação pélvica, incompatibilidade feto-pélvica, trabalho de parto arrastado, lacerações uterinas, rotura prematura de membranas, cesariana e infecções puerperais, Santos (2003). As jovens com menos de 17 anos, têm um risco aumentado de aborto espontâneo, risco aumentado de hipertensão arterial, trauma cervical, parto prematuro e de terem filhos de baixo peso.

No entanto, e segundo Fernandes (2003), há que desmistificar alguns aspectos relacionados com os valores elevados de partos pré-termo e o baixo peso dos recém-nascidos filhos de mães adolescentes, que se encontram descritos na literatura e não são observáveis.

A maior parte dos estudos disponíveis, ao referirem os riscos da gravidez na adolescência, descrevem os aspectos psicossociais, pois, são considerados mais importantes que as complicações físicas.

Figueiredo, Pacheco, Magarinho (2004), revelam que a gravidez ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem nas situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural. As condições sociais e económicas desfavoráveis, mais correntemente assinaladas como estando na origem da gestação na adolescência, são: a pobreza, os baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego. Também afirmam que *“as adolescentes que engravidam, com significativa frequência viveram condições adversas no decurso da sua trajectória de desenvolvimento, tais como: maternidade adolescente da mãe, ausência do pai, institucionalização precoce, abuso físico ou sexual, instabilidade, inadequação ou falta de supervisão familiar”*.

Estas condições podem funcionar como circunstâncias de risco, contribuindo para a gravidez na adolescência, mas são igualmente susceptíveis de potenciar dificuldades e práticas de cuidados parentais menos adequados, como podem com frequência ser observadas junto das mães adolescentes (Figueiredo, 2000).

Aceitar a realidade de ser mãe, implica amar, preocupar-se com, e ser capaz de fornecer os cuidados que a criança necessita para se desenvolver. Embora habitualmente desejem ser bons pais, os adolescentes têm uma experiência de vida limitada. Eles descaram as suas próprias necessidades de crescimento e, por isso, desenvolvem pouca capacidade para compreenderem abstrações e resolver problemas (Johnson, 1999).

Assim, numa grávida adolescente, as tarefas desenvolvimentais da maternidade impõem-se às tarefas desenvolvimentais da adolescência. O resultado é, frequentemente, de crise, interferindo com o processo de desenvolvimento da grávida adolescente e com a sua competência para estabelecer um relacionamento com a sua criança que ainda não nasceu.

## **2.2 - ...e na idade adulta**

No ciclo vital da mulher existem três grandes períodos passíveis de serem críticos; estes são a adolescência, a gravidez e o climatério. A gravidez é indiscutivelmente uma fase da vida da mulher que se reveste de uma valorização muito particular (Maldonado, 1989).

Segundo Justo (2000), pode-se definir a gravidez como o período de alguns meses que medeia entre a concepção e o parto e que implica, sob o ponto de vista psicológico, ajustamentos e recursos a mecanismos adaptativos à própria situação.

A gravidez é simultaneamente uma transformação biológica e pessoal que coloca a mulher em contacto com sentimentos, comportamentos e significados que residem no seu lugar mais escondido. Uma gravidez influencia de forma importante os aspectos associados como o estado de saúde, quer da mãe quer do filho quer mesmo da família. No mesmo sentido é frequentemente sublinhada, no âmbito da promoção da saúde, a importância do planeamento da gravidez para possibilitar uma vivência mais favorável, prevenindo riscos e complicações.

A gravidez surge na vida de um casal como um marco, uma viragem no núcleo familiar. É uma experiência de mudança e renovação, onde se inicia uma preparação para a maternidade/paternidade. A decisão da gravidez e os primeiros cuidados maternos continuam a ser vivenciados maioritariamente no contexto de uma relação conjugal/marital (Canavaro, 2001).

Ao longo de toda a gravidez vão ocorrer mudanças notórias em todos os sistemas orgânicos da mulher. Logo após a implantação do embrião na parede uterina regista-se



um conjunto de alterações hormonais fundamentais para o sucesso do desenvolvimento do produto de concepção e na adaptação orgânica e funcional do corpo da mulher.

Após o diagnóstico da gravidez, que pode ser efectuado três ou quatro dias após a primeira falta menstrual, as alterações somáticas e psíquicas sucedem-se em cadeia, variando a intensidade dos sintomas e das manifestações de forma distinta em cada mulher, como resultado do complexo processo de adaptação fisiológica e bioquímica à gestação, de que a extraordinária alteração hormonal é um exemplo significativo (Bobak, 1999).

A “carga física” da gravidez assim como os necessários ajustes emocionais causam níveis de ansiedade e stress que segundo Canavarro (2001), podem originar uma reposta psicológica positiva ou negativa, dependendo das alterações do corpo, da segurança emocional, das expectativas pessoais, do apoio de pessoas próximas, do facto da gravidez ser desejada e da situação financeira.

Na mulher adulta, quando a gravidez é planeada, ocorre uma crise maturacional (transição) que implica mudanças significativas ao nível emocional e físico. Contudo, o facto de ter sido desejada a vinda de um novo ser, abre à mulher uma nova perspectiva da sua vida que é a sua dimensão de mãe (Zagonel et al., 2003).

### **2.3 - Psicofisiologia do trabalho de parto**

A gravidez na mulher dura cerca de 280 dias (quarenta semanas) após o primeiro dia da última menstruação. Nessa altura, o organismo materno desencadeia uma série de acções que têm por fim expulsar o feto. A gravidez normal termina no parto, que consiste no acto de passagem do novo ser para o ambiente extra-uterino, após se terem dado no organismo materno importantes mecanismos de adaptação. O parto não é um acontecimento momentâneo. Pelo contrário, ele faz parte de um conjunto de fenómenos que se estende ao longo de algum tempo, a que se chama “trabalho de parto” (Bobak, 1999).

O trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto. Nas semanas e dias

que antecedem o início do trabalho de parto, o sistema reprodutor da mulher sofre várias alterações. O trabalho de parto pode ser abordado em duas perspectivas: quanto aos mecanismos envolvidos no processo, ou quanto aos vários estádios que a mulher atravessa (Bobak, 1999).

Podemos dizer que uma grávida está em trabalho de parto quando surgem contracções dolorosas e rítmicas que se estendem a todo o útero, de frequência e intensidade crescentes. As causas que determinam o início do trabalho de parto não são completamente conhecidas. Há várias teorias sobre o seu determinismo, e este parece ser o resultado de uma combinação de factores, os quais incluem o controlo fetal, alterações das hormonas esteróides, produção de prostaglandinas da ocitocina e alterações musculares uterinas (Resende, 1991).

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

Assim, o decurso do trabalho de parto divide-se em 4 períodos:

1. Período de dilatação e apagamento de colo;
2. Período expulsivo;
3. Período de dequitação;
4. Período de hemostase.

### **1º Período do Trabalho de Parto**

O primeiro período de trabalho de parto, ou período de dilatação, dura desde o início do trabalho de parto, até à dilatação completa do colo. Na primigesta, tem uma duração de 6 a 18 horas e na múltipara de 2 a 10 horas.

Existem vários factores que influenciam o curso do trabalho de parto e que devem ser tomados em conta para uma boa avaliação do mesmo: Contracções uterinas; Apresentação, Variedade e Posição do feto; Estado das membranas; Diâmetros fetopélvicos; Músculos uterinos e abdominais; Paridade e Estado Psicológico (Bobak, 1999).

O “motor”, durante o primeiro período de trabalho de parto são as contracções uterinas, que vão provocar a formação de uma pressão hidrostática das membranas e do líquido amniótico contra o colo e o segmento inferior, provocando a extinção e a dilatação do colo. O mecanismo de extinção do colo consiste no encurtamento deste, desde cerca de 2 cm de comprimento até se limitar a um orifício circular, de bordos finos como uma “folha de papel”. O mecanismo de dilatação do colo consiste no aumento do seu diâmetro, até atingir os 10 cm, altura em que se diz que a dilatação está completa (Resende, 1991).

Assim, este é o período mais longo e mais variável do trabalho de parto; começa com o aparecimento de contracções regulares e termina com a dilatação e extinção do colo. Segundo Bobak, (1999) divide-se em três fases:

#### - Fase Latente

Esta fase dura, em média 8 horas na primigesta e cerca de 5 horas na múltipara. Há alguma progressão na dilatação, tendo o colo dilatado até cerca de 3 cm. As contracções começam leves, tornam-se moderadas e duram de 15 a 20 segundos. Durante esta fase a parturiente está receptiva às orientações, está activa, pode deambular com facilidade e pode até estar irrequieta. Distrai-se com facilidade, conversa, sente-se aliviada por finalmente ter começado o seu trabalho de parto. Normalmente, a grávida valoriza pouco a dor da contracção e sente-se capaz de enfrentar o desconforto.

#### - Fase Activa

Nesta fase a dilatação do colo atinge 5 a 6 cm. A duração média desta fase é de cerca de 5 horas na primigesta e de 4 horas na múltipara. O ritmo de dilatação torna-se mais rápido. As contracções uterinas tornam-se fortes, duram, cerca de 30-40 segundos e repetem-se a cada 2-3 minutos. Nesta altura a parturiente apercebe-se do ritmo das contracções e valoriza mais a dor, expressando-se através de gestos, tais como mímica facial, morder os lábios e apertar as mãos. Fica agitada e queixa-se com dores das contracções, que se tornam mais intensas e duradouras.

#### - Fase de Transição

Nesta fase completa-se a dilatação do colo (10 cm), e o apagamento é de 100%. Dura em média de 1-2 horas na primigesta e cerca de 30 minutos na múltipara. As contracções são fortes, com intervalos de 1-2 minutos e duram cerca de 60-90 segundos. Esta fase é mais dolorosa em termos de contracções e a parturiente tem dificuldade em seguir as orientações, tem menor capacidade em suportar a contracção uterina, fica mais inquieta, experimentando sentimentos de abandono, perplexidade e mesmo raiva. Podem surgir

náuseas ou mesmo vômito, eructações e soluços. Pode sentir necessidade incontrolável de puxar, fica com sudorese intensa, solicitando auxílio. Esta fase antecede o período expulsivo.

## **2º Período do Trabalho de Parto**

O segundo período de trabalho de parto é denominado de período expulsivo, porque é durante este, que as forças de trabalho de parto movimentam o feto e provocam o seu nascimento (Resende, 1991).

Ao passar do primeiro para o segundo período do trabalho de parto, as contracções uterinas tornam-se mais frequentes, ocorrendo em intervalos de 2-3 minutos; duram de 50-90 segundos e são mais dolorosas.

Os indícios clínicos deste período incluem:

- Aumento das perdas hemáticas;
- A parturiente quer desenvolver esforço expulsivo a cada contracção;
- Sente uma pressão no recto acompanhada por desejo de evacuar;
- Náuseas e vômitos ocorrem frequentemente, quando o colo atinge a dilatação completa.

As forças expulsivas provêm das contracções do músculo uterino e das contracções voluntárias dos músculos abdominais. A pressão intra-abdominal, criada por estas contracções durante o período expulsivo, soma-se à pressão intra-uterina movendo o feto através do canal de parto. Qualquer uma destas forças, quando aplicada sozinha é apenas moderadamente eficaz; aplicadas simultaneamente são altamente eficazes.

A vagina e o períneo foram preparados para o estiramento a que vão ser submetidos com a passagem do feto. As alterações incluem: a hipertrofia e o aumento do conteúdo líquido nos tecidos e um aumento da vascularização. Essas alterações são mais acentuadas nos músculos elevadores do ânus, que devem ser alongados consideravelmente, assim como no corpo do períneo que, à medida que o feto progride no canal de parto, é transformado numa estrutura muito fina que fica abaulado, quando a apresentação desce na vagina. A cada contracção, o períneo torna-se mais distendido. A abertura da vagina é esticada, transformando-se numa abertura pequena e estreita, depois de forma ovóide e finalmente numa abertura larga e redonda. A cada esforço de expulsão, a parte que se apresenta fica mais visível.

Quando a apresentação abaula o períneo, este torna-se muito fino e rígido; pode estar tão distendido que lacere para baixo a partir da abertura da vagina. Quando se prevê que isto possa acontecer deverá efectuar-se uma incisão, aproveitando o momento de uma contracção para alargar a entrada da vagina. Esta incisão denominada de episiotomia protege a musculatura do pavimento pélvico, evita lacerações e distensões pélvicas exageradas, que podem dar origem a anomalias (Resende, 1991).

A cabeça é expelida durante a primeira ou segunda contracção. Após a libertação da cabeça, na primeira ou segunda contracção seguinte o corpo é expulso. A parturiente despende um enorme esforço durante o segundo período do trabalho de parto. As contracções uterinas fortes e frequentes dão apenas curtos intervalos de repouso e o seu empenho em contrair com força os músculos abdominais pode fazê-la transpirar copiosamente e tornar-se ruborizada.

O período expulsivo termina com um grande sentimento de alívio, após a saída do recém-nascido. É um período que se caracteriza essencialmente por ser muito curto, exigindo da mulher/adolescente toda a colaboração e uma entrega total. O estado psicológico desta é variável, dependendo dos factores psicossociais que influenciam o parto.

Algumas parturientes/adolescentes colaboram ao máximo porque estão ansiosas e curiosas para conhecer o seu bebé, fruto de tantos sonhos e ilusões. Outras, no entanto, sentem imensa dificuldade em colaborar, talvez porque ficaram no anterior período exaustas, ou seja, com a capacidade de resposta muito diminuída. O factor dor deve ser tido em linha de conta. É importante que a mulher/adolescente tenha a oportunidade de obter todas as informações sobre as técnicas de analgesia e ter possibilidade de escolher o método que pense ser o mais eficaz no alívio da dor.

A resposta psicológica da mulher/adolescente no período expulsivo depende, assim, de variadíssimos factores. Fundamental é a acção desenvolvida pela enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica que acompanha estas parturientes, de forma a ir de encontro às suas necessidades, quer físicas quer psíquicas.

### **3º Período do Trabalho de Parto**

O terceiro período do parto começa após o nascimento do bebé e termina com a expulsão da placenta. Depois do parto, o útero encolhe rapidamente, mas a placenta não

diminui de tamanho. Deste modo, como o local se torna menor, a placenta começa a descolar, solta-se e é expelida quando o útero contrai. Este período coloca a mulher/adolescente em risco de hemorragia, pelo que é importante a avaliação do volume de sangue perdido, da tensão arterial e do pulso (Resende, 1991).

Se tiver sido efectuada a episiotomia esta é a altura para efectuar a sutura ou seja a episiorrafia. No entanto, podem também ocorrer lacerações (mesmo com a utilização da episiotomia), e a sua correcção imediata promove a cicatrização e limita a lesão residual, assim como diminui a possibilidade de infecção.

Psicologicamente, a mulher/adolescente, nesta altura, demonstra um grande alívio, estando receptiva a qualquer informação, demonstrando também exaustão e ao mesmo tempo interesse no bem-estar do seu bebé. Faz perguntas e aparenta felicidade. Muitas vezes a recém mamã liberta as suas emoções pelo riso ou pelo choro compulsivo.

#### **4º Período de Trabalho de Parto**

Acontece de uma a duas horas após o parto, em que ocorrem importantes modificações no organismo materno. É um período que exige uma cuidadosa observação da puérpera.

A musculatura uterina contrai e relaxa, comprimindo os vasos sanguíneos no local de inserção da placenta. Na primeira hora após o parto é importante observar a mulher/adolescente em relação a um possível sangramento excessivo. Geralmente é neste período que ocorre a hemorragia pós-parto, devido ao relaxamento uterino, retenção de fragmentos placentários ou lacerações não diagnosticadas. A hemorragia oculta, como a formação de um hematoma vaginal pode manifestar-se através de queixas de dor pélvica, aumento de frequência cardíaca, muitas vezes em desacordo com uma queda de tensão arterial (Resende, 1991).

A puérpera adulta/adolescente deve ser cuidadosamente observada a cada 15 minutos durante a primeira hora. Deve ser monitorizada a tensão arterial, a frequência cardíaca e a perda hemática vaginal. Também deve ser avaliada a altura, localização e consistência do fundo uterino. O útero deve ser massajado e devem ser removidos os coágulos existentes. Em relação aos lóquios eliminados pela vagina é importante vigiar as suas características e principalmente a quantidade (Bobak, 1999).

## 2.4 – A dor do trabalho de parto

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

Alguns autores reforçam que a dor vivenciada pela mulher durante o trabalho de parto e parto é uma experiência subjectiva onde se pode identificar comportamentos diferentes em relação a esta, que variam segundo a cultura e a época (Mamede, Almeida, Sousa e Mamede, 2007). Neste contexto Joaquim afirma que “ *as dores de parto mudam de sentido consoante os contextos antropológicos; se não falo do parto sem dor é porque ele pode não ter, ou não tem sentido noutras culturas*”, (2006:41).

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

Nas décadas de 30 a 60, muitos profissionais que assistiam parturientes acreditavam que a dor tinha uma função biológica importante e que não deveria ser aliviada. Por outro lado, tinha-se em consideração os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos disponíveis na época. Nas décadas seguintes, especialmente durante os anos 80, várias pesquisas foram realizadas, concluindo que, apesar da dor ter uma função biológica importante, precisa de ser aliviada, pois a persistência da dor intensa está associada ao stress e tem efeitos prejudiciais para a mãe, para o feto e para o RN, (Mamede, Almeida, Sousa e Mamede, 2007).

Também Schmid (2007), nos fala do paradoxo da dor do parto. Contrariamente, para esta autora, a dor do 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 do trabalho de parto é importante a vários níveis como por exemplo o físico, o endócrino, o psíquico e o afectivo.

Outro autor, Graça, (2000:402), refere que “ *Não há nenhuma evidência que prove que a dor do parto seja benéfica para a grávida ou para o feto*”. Assim, as opiniões divergem, mas, na prática obstétrica observa-se que a ansiedade e a dor da parturiente parecem ser amenizadas mediante a utilização de métodos de preparação para o parto, (Couto, 2006).

Actualmente, com a ampliação do conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos que geram a dor durante o parto, diversos pesquisadores têm aconselhado a utilização de métodos que permitam vencer esse desafio.

Vários métodos não invasivos e não farmacológicos têm sido indicados para a humanização do parto e nascimento, como por exemplo: massagem, banhos, presença contínua do acompanhante, explicação e orientação antecipada dos procedimentos e liberdade para assumir a posição desejada durante o trabalho de parto. Entre estes métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto, encontram-se, ainda, as técnicas psicoprofiláticas (respiração e relaxamento), que tiveram em Read e Lamaze seus pioneiros, (Couto, 2006). A preparação para o parto e segundo Couto, (2006: 195), “...*deve ser um meio privilegiado de transferência de informação sobre gravidez, trabalho de parto e parto de forma a tornar a mulher numa actriz de uma peça que ela conhece perfeitamente*”.

O método Lamaze, ou psicoprofilático é o mais utilizado e baseia-se em técnicas de respiração e relaxamento muscular. É atractivo pela sua simplicidade e por garantir à parturiente participação activa durante o trabalho de parto, e autonomia no controlo da dor. A verdade é que este método é o mais popular. Para nós, enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, também é interessante, visto ser um método simples e algumas vezes eficaz, na redução da ansiedade e dor do trabalho de parto e parto. Contudo, não é menos verdade que não impediu o recurso concomitante da analgesia epidural, como refere Graça, (2000).

Várias pesquisas estão a ser feitas nesta área e segundo Almeida et al, 2005, no estudo: “Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição”, concluíram que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade durante o trabalho de parto, principalmente na fase latente e activa do trabalho de parto.

Outros estudos, (Carraro et al, 2006; Davim, Torres e Melo, 2007), revelam que a avaliação das parturientes quanto à satisfação das suas experiências durante o trabalho



de parto, não está relacionada com as influências da dor, do alívio da dor e das intervenções médicas, mas sim com as influências das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

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

#### **2.4.1 – Analgesia epidural obstétrica**

O bloqueio epidural é uma técnica que pode proporcionar analgesia durante o parto eutócico ou anestesia na cesariana, consoante o tipo, dose e concentração de fármacos que são introduzidos no espaço epidural, (Martins Marques e Tomé, 2002). Assim, a analgesia epidural é uma técnica locorreional que permite o alívio da dor, mantendo-se a parturiente consciente e completamente colaborante e constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do parto.

Para elaborar este texto sobre analgesia epidural, segui as orientações de um Anestesiologista da Maternidade, José Carlos Romo (Comunicação pessoal, 2009).

Numa anestesia geral, o anestésico é injectado na circulação sanguínea. Atravessa a placenta e atinge o bebé. Na analgesia epidural isso não acontece. O anestésico local atravessa a barreira da placenta numa quantidade desprezível, não comprometendo o bem-estar do bebé. As fibras nervosas que transmitem os estímulos dolorosos da região inferior do organismo, são bloqueadas directamente, não sendo necessário administrar medicamentos através da circulação sanguínea.

Para realizar a analgesia epidural, o anestesiologista introduz uma agulha especial entre duas vértebras da coluna lombar e coloca um dispositivo tubular, muito fino, no espaço epidural - o cateter epidural. A execução da técnica não é dolorosa para a grávida,

sentindo apenas uma ligeira picada para anestesiar a pele. O anestésico injectado através do cateter, alcança rapidamente as fibras nervosas, bloqueando os estímulos dolorosos originados no útero e órgãos genitais. A analgesia epidural faz desaparecer a sensação de dor, 10 a 15 minutos após a primeira injeção.

Todas as vezes que a dor recomeça, é injectada uma pequena dose adicional, através do cateter epidural. As contracções do útero continuam (e é normal que a parturiente tenha a percepção de tal facto), prosseguindo o trabalho de parto. Desta forma, a parturiente mantém-se activa e colaborante - aspecto da máxima importância para que o trabalho de parto decorra com normalidade - sem a dor constante e extenuante que a impede de apreciar verdadeiramente o nascimento do seu filho.

Entretanto, a analgesia epidural também facilita e favorece a evolução da dilatação do colo do útero. Entre outras consequências, a dor determina algumas alterações hemodinâmicas e faz com que a parturiente respire de uma forma rápida e superficial, levando a que menos oxigénio alcance o bebé.

O alívio eficaz da dor, obtido com a analgesia epidural, constitui um contributo da máxima importância para anular ou minimizar tais inconvenientes. Uma parturiente calma e desperta obtém as melhores condições para que o seu bebé ultrapasse com um mínimo de sofrimento o stress do trabalho de parto.

O Anestesiologista é um médico especializado em tudo o que se relaciona com a dor e seu tratamento. Conhece bem o Sistema Nervoso do nosso organismo, assim como os medicamentos e as técnicas de anestesia local e geral. Com a utilização do medicamento certo, pela via de administração adequada, consegue anular ou minimizar os estímulos de dor, enviados ao cérebro pelas fibras nervosas.

Também controla o tempo de actuação do medicamento. Assim poderá administrar a dose ou doses necessárias para alívio da dor, durante todo o período de tempo em que esta possa existir. O Anestesiologista mantém-se acessível durante todo o trabalho de parto. Controla, através da observação clínica e por meio de aparelhos, todas as funções vitais do organismo.

Assim, a tensão arterial, os batimentos cardíacos e a respiração, por exemplo, são continuamente verificados. Também o bebé é controlado através de um aparelho que

monitoriza os seus batimentos cardíacos e a intensidade das contracções do útero - o cardiotocógrafo.

## AS CONTRA - INDICAÇÕES E OS RISCOS

A analgesia epidural é uma técnica praticada há mais de 30 anos, cada vez mais utilizada. Entretanto, é importante saber-se que, em alguns casos, está contra-indicada, por exemplo, quando há uma infecção localizada ou generalizada e quando existem alterações da coagulação sanguínea. Também deve evitar-se quando exista doença do sistema nervoso central ou quando estão a ser utilizados certos medicamentos com efeitos sobre o sistema de coagulação sanguínea (Romo, comunicação pessoal, 2009).

Graças ao aperfeiçoamento dos equipamentos e ao aparecimento de novos medicamentos, a analgesia epidural realiza-se hoje de forma muito segura. As complicações são extremamente raras. De tal forma que, ponderando o risco e o benefício da sua utilização, a opinião unânime de toda a comunidade científica é a da sua recomendação. Igual posição é da generalidade das mulheres que dela usufruíram para analgesia de parto, manifestada na resposta a inquéritos que lhes foram dirigidos após a alta, nos mais diversos países.

A escolha de ter ou não um parto sem dor é sempre da parturiente. Há mulheres que têm partos tão fáceis que praticamente não necessitam de cuidados médicos. Mas também há casos em que por razões maternas e/ou fetais se torna fortemente recomendável a analgesia epidural.

Segundo Figueiredo, Costa e Pacheco, (2002), e de acordo com um estudo de Parch (1991), foi verificado que o alívio da dor e a satisfação com a experiência de parto eram maiores nas mulheres que optaram pela analgesia epidural.

A realização de uma analgesia epidural do parto depende da vontade da parturiente, depois de informada sobre todos os aspectos relacionados com a técnica. Só a parturiente tem o direito de escolher como quer passar o momento mais bonito da sua vida.

## 2.5 – Principais Complicações Obstétricas nas Adolescentes

A reprodução humana na adolescência coloca uma série de questões que têm sido objecto de muitos estudos e investigações.

Uma questão polémica é se realmente os fenómenos patológicos da gravidez na adolescência são efectivamente consequência da idade materna, ou se estão relacionados com as consequências de um conjunto de factores socioculturais desfavoráveis. Estes últimos, quando ultrapassados através de cuidados adequados podem ser minorados ou até mesmo anulados, (Silva, 1992).

As complicações obstétricas que podem surgir durante o trabalho de parto de uma adolescente, devem-se, em geral, à procura tardia de assistência pré-natal e a não frequentar os cuidados adequados durante toda a gravidez. Justo (2000), defende que as adolescentes podem ser competentes do ponto de vista obstétrico, sobretudo se beneficiarem de condições, de apoio médico e psicossocial, ou seja, desde que sejam devidamente acompanhadas pelos serviços de saúde e enquadradas numa família participante.

A maior parte dos estudos disponíveis, ao referirem os riscos da gravidez na adolescência, descrevem os aspectos psicossociais, pois, são considerados mais importantes que as complicações físicas.

No entanto, a nível físico os problemas mais frequentes para as grávidas adolescentes são a anemia e as complicações obstétricas – toxemia e complicações com ela relacionadas, apresentação pélvica, incompatibilidade feto-pélvica, trabalho de parto arrastado, lacerações uterinas, rotura prematura de membranas, cesariana e infecções puerperais, Santos (2003). As jovens com menos de 17 anos, têm um risco aumentado de aborto espontâneo, risco aumentado de hipertensão arterial, trauma cervical, parto prematuro e de terem filhos de baixo peso.

No estudo de Tavares e Barros (1996), as mães adolescentes e os seus recém-nascidos não apresentaram consequências biológicas imediatas diferentes das observadas nas adultas excepto para o parto pré-termo.

Mas, segundo Fernandes (2003), há que desmistificar alguns aspectos relacionados com os valores elevados de partos pré-termo e o baixo peso dos recém-nascidos filhos de mães adolescentes, que se encontram descritos na literatura e não são observáveis.

Os riscos de saúde e obstétricos da adolescente grávida podem-se dividir em factores relacionados com o tipo de vida e factores relacionados com a idade. É mais provável que as mães com menos de quinze anos tenham complicações, como a incompatibilidade feto-pélvica, hipertensão da gravidez, trabalho de parto prematuro, atraso de crescimento intra-uterino e anemia. Com excepção da incompatibilidade feto-pélvica, estas complicações são influenciadas por factores como os cuidados pré-natais, a raça e o baixo nível socioeconómico (Knor, 1990). As mulheres entre os dezassete e dezanove anos, obstetricamente têm os mesmos problemas que as de vinte anos. Outros problemas de saúde que requerem uma avaliação cuidadosa nas adolescentes, incluem a possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis, abuso de substâncias tóxicas (drogas e álcool) estados de mal nutrição, que incluem a obesidade e alterações de apetite.

Wallace, citado por Almeida (1987: 245), refere que os primeiros trabalhos de investigação sobre os riscos obstétricos na adolescente grávida descreviam uma espécie de síndrome que resultam da gravidez no organismo insuficiente desenvolvido e imaturo e as consequências nutricionais, biológicas, imunológicas e mecânicas daí resultantes.

Também Dott e Ford (1976), citados por Almeida (1987:247), concluíram que o risco de hipertensão, diabetes, apresentações anómalas, hemorragias e a morbilidade e mortalidade materna são comparáveis nas grávidas adolescentes e nas mais velhas. Curiosamente dizem que o risco de cesariana parece menor nas adolescentes.

Laborda e González, 1996, revelam que a gravidez na adolescência aumenta o risco de patologia materna e/ou fetal associada em especial ao baixo peso à nascença e à prematuridade. Esta afirmação é corroborada pelo estudo de Tavares e Barros em 1996, onde concluíram que, *“... as mães adolescentes e os seus RN não apresentaram consequências biológicas imediatas diferentes das observadas nas adultas excepto para o parto pré-termo”*, (1996:7).

A realidade é que, estudos relativamente recentes sobre a maternidade adolescente apontam para uma incidência elevada de alguns problemas clínicos (e não só), ligados ao desenvolvimento da gravidez, ao trabalho de parto e à saúde do RN, (Justo, 2000).

Mas, o que não pode ser ignorado é que, apenas se detectaram um número reduzido de problemas obstétricos nas adolescentes, mas o mesmo não pode ser afirmado em relação aos bebés. Alguns estudos referem que bebés, filhos de mães adolescentes, nos processos interactivos apresentam classificações preocupantes, nomeadamente na *“...orientação mais pobre face a estímulos inanimados e animados, desempenho motor mais pobre e, dificuldade de ser acalmado”*, Justo (2000:123).

De acordo com a literatura consultada, a opinião é unânime na medida em que as adolescentes, grávidas e mães, apresentam características particulares que permitirão atitudes preventivas especificamente dirigidas a elas, particularmente no que respeita aos cuidados de saúde a promover.

## **Parte II – Enquadramento Metodológico**

Feito o enquadramento teórico que pretende contextualizar a questão central desta investigação, neste capítulo, serão abordadas as decisões metodológicas adoptadas.

A metodologia é um dos aspectos fundamentais num desenho de investigação e dela depende em grande parte o êxito do trabalho de investigação, pois fornece ao investigador a estratégia que vai orientar todo o processo de pesquisa, permitindo estudar e avaliar as diferentes opções de estudo. Dá garantias de objectividade e precisão, dado que estas condições são indispensáveis no estudo científico dos factos. A metodologia procura explicar como o fenómeno e a sua problemática foi investigada bem como a razão porque foram utilizados determinados métodos e técnicas. É, deste modo, um conjunto de directrizes que orientam a investigação.





## 1 – PERCURSO METODOLÓGICO

O desenho metodológico da investigação é de extrema importância para o processo de aprendizagem e tem de ser conduzida com total rigor científico, de forma a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados. Para Fortin (1999:40) “ *No decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação...*”

### 1.1 – Questão de Investigação

É importante vivenciarmos todo um percurso referente a um trabalho de investigação como forma de uma nova aprendizagem no domínio da mesma.

Tendo presente que o problema de investigação começa a ser aprendido através do interesse para o investigador ou para a disciplina, impõe-se, em determinado momento, a construção de um modelo científico de forma a analisar “à luz da ciência”, o que nos propomos investigar.

De acordo com Quivy (1992:41), com uma boa pergunta de partida, “*o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação*”.

Assim, ao adoptar como percurso de investigação as Vivências do trabalho de parto e parto, surgiu-nos, então, a questão de investigação: “Haverá diferenças dos discursos relativos às vivências das adolescentes em trabalho de parto, e o discurso das mulheres adultas?”

## 1.2 - Problemática e justificação do estudo

A investigação que efectuamos desenvolve-se na área da Saúde Materna e Obstétrica, abrangendo o fenómeno do trabalho de parto e parto. Ao acompanhar a mulher no momento do parto, experiência única, é necessário ter em consideração todas as suas particularidades e necessidades.

A fase da adolescência é um período de vida que merece especial atenção, pois, a adolescente sofre transformações intensas que lhe permitem evoluir do ser criança para a fase adulta. Tudo pode ser mais complicado ainda, se surgir uma gravidez nesta idade, por todo o processo de crescimento que a adolescente atravessa. Este é um período que para além das exigências físicas apela à reestruturação e a reajustamentos psicológicos. Considerando todo o processo do trabalho de parto e parto como experiência única para quem a vive, e, uma vez que nesta etapa do ciclo vital, a adolescente ainda não atingiu nem a maturidade psicológica nem fisiológica para ser mãe, pensamos que a forma de vivenciar o trabalho de parto pelas adolescentes, poderá ser diferente das vivências das mulheres adultas.

Assim, o trabalho de investigação desenvolvido com o tema: “ **Vivências do Trabalho de Parto e Parto. Estudo Comparativo entre Adolescentes e Mulheres Adultas**”, emergiu da experiência na prática de cuidados e parte da preocupação em compreender as vivências das adolescentes relativamente ao trabalho de parto e parto, quando comparadas com as das mulheres adultas.

Como profissionais da área da saúde materna e obstétrica, e uma vez que na prática quotidiana há a oportunidade de contactar e lidar com esta realidade, sentimos que a experiência do nascimento é vivenciada de forma diferente pelas adolescentes e pelas mulheres adultas. Deste modo, este tema parece ser pertinente e actual na medida em que, só ao tentar conhecer as vivências das mulheres na sala de partos é que podemos planejar correctamente as intervenções de enfermagem e executá-las de acordo com as suas necessidades. E quais serão essas necessidades? O que pensam estas mulheres dos cuidados de enfermagem nas salas de parto? Será que estamos a ir de encontro às suas expectativas?

Neste sentido, conhecer os significados atribuídos às intervenções de enfermagem, por cada mulher adulta e adolescente que passa por um trabalho de parto e parto, revelarão

qualidades dessa experiência que conseqüentemente promoverão um entendimento mais inclusivo da natureza do fenómeno, influenciando, isto é, orientando para os cuidados prestados.

### **1.3– Objectivos e finalidade do estudo**

As razões que nos motivam para empreender este trabalho centram-se no conhecimento prévio que dispomos sobre a temática e no facto de ser um problema actual e pertinente, com o qual os profissionais de saúde que trabalham nas salas de parto se confrontam diariamente. Com o fim de identificar necessidades, que conduzam a intervenções de enfermagem adequadas, propusemos como objectivos:

- Descrever as vivências das adolescentes e das mulheres adultas durante o trabalho de parto e parto;
- Comparar os discursos das adolescentes e das mulheres adultas em relação ao trabalho de parto e parto;
- Compreender o papel atribuído às intervenções de enfermagem, no contexto da sala de partos, relativamente às experiências vivenciadas por ambas as mães, durante o trabalho de parto e parto.

A finalidade deste estudo é contribuir para uma reflexão e conhecimento da experiência vivida durante o trabalho de parto e parto, que permita compreender o significado que as adolescentes e mulheres adultas atribuem a estes acontecimentos.

### **1.4 – Tipo de Estudo**

Estando o nosso estudo de investigação orientado para as características de uma situação que envolve comportamentos e/ou interacções de pessoas, sabendo como é importante o conhecimento pormenorizado da complexa situação, optámos por uma metodologia que consideramos estar de acordo, com o tema por nós escolhido.

A metodologia qualitativa permite estudar a realidade sem a fragmentar e sem a descontextualizar, ao mesmo tempo que se parte sobretudo dos próprios dados, para os compreender ou explicar (método indutivo) e se situa mais nas peculiaridades que na obtenção de leis gerais (Almeida e Freire, 2003). Em investigação, o tipo de pesquisa que se pretende efectuar tem uma relação directa não só com o assunto a desenvolver, mas também com a questão que se quer estudar. Assim, a pesquisa em enfermagem, orienta-se actualmente para a utilização de métodos qualitativos que permite estudar a experiência da pessoa na perspectiva total do ser humano.

A investigação qualitativa utiliza o método compreensivo, trabalhado com base no nível interpretativo/discursivo que implica saber interpretar o que se passa através da “escuta dos sentidos”. Segundo a definição de Bogdan e Biklen (1995) podemos dizer que a investigação qualitativa possui cinco características:

- 1ª A fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal;
- 2ª É descritiva;
- 3ª Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- 4ª Os investigadores tendem a analisar os seus dados de forma indutiva;
- 5ª O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Muitas das intervenções de enfermagem são baseadas no que os enfermeiros conhecem dos clientes e nas experiências de vida destes. Logo, *“os fenómenos subjectivos, únicos na prática profissional de enfermagem, necessitam de abordagens de investigação adequadas à sua natureza”*, como referem Streubert e Carpenter (2002:88). Segundo as mesmas autoras, *“ A escolha do método depende da questão que está a ser colocada”*, (2002:20).

Neste estudo adoptamos uma metodologia qualitativa, e segundo Bogdan e Biklen (1995:16), é um tipo de investigação que *“privilegia essencialmente, a compreensão dos fenómenos a partir da perspectiva dos sujeitos de acção”*. O método qualitativo permite estudar fenómenos que não são, nem se podem tornar objectivos e quantificáveis mas que descrevem ou explicam uma cultura ou fenómeno.

Através da pesquisa qualitativa, serão obtidos dados como opiniões, atitudes, sentimentos e expectativas; itens que não podem ser quantificados por serem diferentes de pessoa para pessoa.

Ao procurar conhecer as vivências das mulheres durante o trabalho de parto e parto, acreditando que esta experiência é susceptível de ser descrita e uma vez que se trata de uma experiência humana, foi realizado um estudo descritivo, interpretativo. Ao ter como propósito estudar a experiência vivida, o seu significado do ponto de vista daqueles que a vivem, será realizada também uma abordagem fenomenológica, pois, pretendemos perceber o seu mundo, as suas vivências e experiências, o que significa viver determinado fenómeno (Loureiro, 2002;2006).

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. Deste modo, a fenomenologia, segundo Streubert e Carpenter (2002:49), *“é uma ciência cujo propósito é descrever um determinado fenómeno ou a aparência das coisas enquanto experiências vividas”*.

Para Loureiro (2006), o papel da fenomenologia não é de contestar teorias, mas trazer a originalidade da experiência, tal como ela é vivida. O seu propósito é descrever de um ponto de vista fenomenológico a vivência de determinado fenómeno, como um participante o experimenta e vivencia.

## **1.5 – Participantes do estudo**

Na investigação qualitativa, segundo Streubert e Carpenter (2002:25), *“...não designam os indivíduos que informam, no seu estudo, por sujeitos. O uso dos termos participantes ou informantes ilustra a posição que os investigadores qualitativos subscrevem”*.

Assim, neste estudo assumiu-se o envolvimento activo das participantes, o que permite uma melhor compreensão das suas vivências face ao fenómeno que se pretende conhecer.

De acordo com as autoras, Streubert e Carpenter (2002:25), *“ Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse”*. Assim, a inquietação dos pesquisadores é desenvolver uma descrição rica e densa da

cultura ou fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que confirmem a generalização dos dados obtidos.

Tal como preconiza Gil, (1991) os informantes são seleccionados tendo em conta determinadas características tidas como relevantes pelos pesquisadores, tornando a pesquisa mais rica em termos qualitativos.

Refira-se ainda que, para Trivinos (1986) a investigação qualitativa não se deve preocupar com o número de participantes. Estes são escolhidos intencionalmente, considerando uma série de condições (facilidade em se encontrar com as pessoas, tempo para as entrevistas, etc.,....).

É impossível a predeterminação do número de participantes para um estudo como este. A colheita de dados continua até o investigador acreditar que a saturação foi alcançada, isto é, quando não emergem novos temas e os dados se repetem, (o que implica que o processo de análise decorra em simultâneo com a colheita de dados).

Este estudo de investigação foi realizado numa Maternidade do grande Porto, no serviço de Núcleo de Partos, em dois grupos distintos: um grupo de adolescentes e um grupo de mulheres adultas.

Foi necessário estabelecer critérios de selecção das participantes no estudo. A selecção das adolescentes foi baseada nos seguintes critérios:

- Ter idade igual ou inferior a 17 anos e 11 meses;
- Ser primípara;
- Ter parto eutócico com analgesia epidural;
- Ser mãe e filho/a saudável;
- Ser adolescente puérpera nas 48 horas após o parto;

A selecção das mães adultas foi baseada nos critérios seguintes:

- Idade maior ou igual a 18 anos;
- Ser primípara;
- Ter parto eutócico com analgesia epidural;
- Ser mãe e filho/a saudável;
- Ser puérpera nas 48 horas após o parto;

As nossas entrevistadas foram 13 (7 mulheres adultas e 6 adolescentes), e a colheita de dados decorreu entre Abril e Julho de 2008.

Ao definir as idades das adolescentes e das mulheres adultas tivemos em consideração alguns aspectos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência estende-se até aos 19 anos de idade, mas, segundo bibliografia consultada, esta idade não é consensual. Na maternidade aonde decorreu o estudo existe uma consulta de grávidas adolescentes, e a idade limite das consideradas adolescentes são os 17 anos. Sendo assim, limitamos a idade das adolescentes participantes até esta mesma idade. Ainda de acordo com Silva (1992), é evidente que os problemas de uma rapariga de 13 anos (em cujo organismo os efeitos da gravidez podem atingir um máximo de consequências) não sejam, na generalidade, os mesmos de uma jovem que engravida com 18 ou 19 anos.

## **1.6 - Processo de recolha de informação**

O processo de colheita de dados consiste em recolher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda de técnicas escolhidas para esse fim. A entrevista é uma das estratégias mais frequentemente usadas na colheita de informação, pois, permite entrar no mundo da outra pessoa.

A natureza deste estudo conduziu a que se privilegiasse a entrevista, por se tratar do instrumento mais adequado para a recolha de informação acerca do que os participantes sentem e expressam.

Para Streubert e Carpenter (2002:67), *“A completa concentração e a participação rigorosa no processo da entrevista aumentam o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados”*. O investigador deve escutar activamente, estar muito atento e receptivo.

Reforçando esta ideia, Bogdan e Biklen (1995:134) referem que no âmbito da investigação qualitativa a entrevista representa um instrumento básico que permite *“recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam*

*aspectos do mundo*”. Assim, e tendo por base o fenómeno em estudo, optou-se pela entrevista, como instrumento de recolha de dados.

Realizou-se uma recolha sistemática através de entrevistas semi-estruturadas, recorrendo ao guião da entrevista (Anexo III), previamente pensado e estruturado. Segundo os autores atrás referenciados, mesmo utilizando um guião, este tipo de entrevista dá oportunidade à pessoa entrevistada de orientar o seu conteúdo, uma vez que uma entrevista demasiado rígida anula o seu carácter qualitativo.

Deste modo, consideramos que, ao efectuar entrevistas às adolescentes e mulheres adultas, demos a possibilidade às participantes de explicarem a sua experiência individual acerca do trabalho de parto e parto, de modo a compreender a forma como cada uma interpreta a sua realidade.

Após ter sido obtida a autorização para a realização do estudo (Anexo I), realizou-se uma primeira entrevista com o objectivo de estabelecer o primeiro contacto pessoal. Assim, neste primeiro momento, foram descritos os objectivos do estudo, as finalidades, o motivo da realização das entrevistas, o seu local de realização (Serviço de puerpério), a necessidade de autorização para a gravação das entrevistas, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade de todo o processo.

Relativamente a este assunto foi esclarecido que só a investigadora teria acesso à audição e transcrição integral das entrevistas. Foi dado tempo e espaço para as participantes colocarem questões.

Formalizou-se o pedido de colaboração através do pedido de consentimento informado (Anexo II) que foi entregue após aceitação das participantes para a respectiva assinatura de comprovação (no caso das adolescentes teve que assinar o seu responsável legal).

No segundo momento, procedeu-se à realização da entrevista. O registo dos dados obtidos processou-se através de gravação digital directa das entrevistas, respeitando os princípios éticos orientadores da entrevista. De seguida procedeu-se à audição integral, seguida da respectiva transcrição.

O investigador deve ajudar as participantes a descreverem as experiências vividas, sem contudo liderar totalmente a conversa, salientam Streubert e Carpenter (2002). Todavia a



entrevista permite que o investigador siga o raciocínio do participante e coloque algumas perguntas clarificadoras e facilitadoras da exposição das experiências vividas.

Assim, durante as entrevistas, através de uma relação empática, tivemos o cuidado de não usar uma linguagem demasiado técnico-científica nem afirmações directivas para permitir a espontaneidade das participantes.

## **1.7 - Aspectos éticos**

Na investigação científica deve ser equacionada e discutida a perspectiva ética dos problemas a investigar e concluir que a ética é o suporte legítimo do saber científico. Como refere Grande (2000:53) *“Competência, respeito pela vida e pela dignidade do outro e sentido de responsabilidade devem ser pressupostos a qualquer projecto de pesquisa..., seja qual for a condição biológica e social que os caracterize”*.

No que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados, como já foi referido, tivemos em conta os aspectos formais de pedido de autorização à instituição seleccionada e o consentimento informado das participantes. Neste contexto, foram salvaguardados os seguintes aspectos:

- todas as participantes no estudo foram informadas do objectivo do estudo, da metodologia a utilizar na recolha de dados bem como de todos os aspectos ligados à confidencialidade e anonimato. Após o esclarecimento das participantes, foi obtido o seu consentimento formal.

- para que a recolha de dados fosse efectuada de uma forma honesta e aberta, procurou-se um ambiente que permitisse a interacção entre a participante e a investigadora.

## **1.8 – Tratamento e análise da informação**

A análise dos dados recolhidos foi um processo contínuo e paralelo à sua colheita e exigiu que os investigadores penetrassem profundamente nos mesmos.

Sendo uma estratégia de recolha de dados, cujo material narrativo necessita de ser organizado e estruturado para lhe extrair significado à luz da análise qualitativa, a entrevista determina “ *uma actividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade, concentração e trabalho árduo*” (Polit e Hungler, 2004:358), e permite, simultaneamente obter riqueza de informação que, pela sua natureza, torna pertinente a utilização da técnica de análise de conteúdo.

“A análise na investigação qualitativa é um processo de “*mão na massa*”, como referem Streubert e Carpenter (2002:32). Os investigadores têm de estar profundamente imersos nos dados e ao mesmo tempo que executam as entrevistas vão dissecando o seu conteúdo. É necessário escutar cuidadosamente aquilo que ouviram para descobrir os seus significados e transmiti-los com rigor, não esquecendo as considerações éticas.

A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica.

Para analisar os dados utilizamos a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004) consiste num conjunto de técnicas de análise de dados, que através da sistematização e de descrição de conteúdo, se obtêm indicadores (quantitativos ou não) que permitem a dedução de conhecimentos.

Dentro da análise de conteúdo, seguimos a modalidade temática, na qual a presença de determinados temas demonstra a sua frequência e o seu significado no estudo.

Deste modo, dentro deste contexto de investigação optou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), dado que é uma técnica que proporciona o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. Neste sentido trabalharam-se de forma sistemática os conteúdos semânticos das entrevistas, de modo a obter indicadores que permitiram, de forma indutiva, chegar às inferências.

Bardin (2004) organiza em três, as fases da análise de conteúdo:

- 1 - A pré-análise;
- 2 - A exploração de material;
- 3 - O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização dos dados, que como preconiza Bardin, (2004:95), *“corresponde a um período de intuições, que tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”*.

A autora referida propõe que se proceda a uma leitura tipo “flutuante” onde as primeiras impressões e orientações devem impregnar o orientador, fornecendo as informações que constituíram as hipóteses emergentes, que se consolidaram ao longo da análise.

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à sua leitura, com a finalidade de conhecer as vivências das adolescentes e mulheres adultas, durante o trabalho de parto e parto. A sua leitura flutuante permitiu uma primeira definição das categorias emergentes ainda em termos vagos dando, no entanto, a oportunidade de começar a definir os primeiros contornos do estudo.

A segunda fase proposta por Bardin (2004) consiste na descrição analítica, isto é, na administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste nas operações de codificação, desconto ou enumeração, em função das decisões previamente definidas. A análise realizada proporcionou quadros de referência que nos permitiram organizar os fragmentos de informação, facultando-nos uma certa organização lógica, onde foram definidas categorias e subcategorias.

A última fase da análise de conteúdo é o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação que consiste basicamente em tornar significativos os dados que resultaram do processo de tratamento, isto é, dotá-los de capacidade de falarem por si, utilizando dispositivos que neste estudo foram quadros, de forma a sistematizarem e colocarem em evidência as informações fornecidas pela análise.

A apresentação de uma matriz síntese de cada categoria tem a finalidade de visualização mais rápida das diferentes subcategorias que foram identificadas. As entrevistas foram codificadas para manter o anonimato, por:

**A** – entrevistas às mulheres adultas, de 1 a 7;

**a** – entrevistas às adolescentes, de 1 a 6.

Resumindo, as experiências relatadas pelas adolescentes e pelas mães adultas nas entrevistas realizadas, foram sujeitas à análise de conteúdo tendo por base o contributo

de Bardin, submetendo-se a um agrupamento temático onde foram identificadas categorias, subcategorias e unidades de registo.

## **Parte III - Resultados da investigação**

O presente capítulo deste trabalho de investigação constitui uma análise dos dados recolhidos, sendo este um processo de busca e de organização sistemática recolhida que pretende apresentar da forma o mais inteligível possível o conjunto de resultados que permitem interpretar o estudo.

Em primeiro lugar fazemos uma caracterização resumida das participantes, com a finalidade de clarificar as suas características principais, que são elementares neste estudo.

De seguida é feita a análise descritiva e comparativa dos discursos, na qual se realça os resultados de maior significado e que se relacionam com os objectivos da investigação.



## **1 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste trabalho, Vivências do Trabalho de Parto e Parto, procedemos a um estudo comparativo entre Adolescentes e Mulheres Adultas, em que se procura identificar os sentimentos manifestados durante a experiência de parto por parte das mães adolescentes e por parte das mães adultas.

Assim, achamos pertinente efectuar uma caracterização geral das participantes:

### **Caracterização geral das adolescentes:**

O grupo das adolescentes tem idades compreendidas entre os 15 e 17 anos com a média de idades nos 17 anos. A maioria das mães tem como grau de instrução o 9º ano de escolaridade e só uma frequenta o Ensino Secundário; duas desistiram de estudar, quando souberam que estavam grávidas. Actualmente duas delas encontram-se a trabalhar, duas são domésticas e as outras duas estão desempregadas. A maior parte das adolescentes vive com a família (pais ou sogros), somente duas vivem só com os companheiros.

### **Caracterização geral das mães adultas:**

O grupo das mães adultas tem idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos com a média de idades nos 22 anos. Quanto às habilitações literárias, maioritariamente as mães tem apenas o ensino obrigatório, uma apresenta o 12º ano de escolaridade e somente uma mãe é licenciada. Duas encontram-se desempregadas, uma é estudante do ensino superior e as restantes encontram-se no sector de serviços. Todas vivem com os companheiros/conjugues.

Ao fazermos uma análise interpretativo-compreensiva, procuraremos dar um significado mais alargado aos dados obtidos, tendo por suporte o referencial teórico de vários investigadores e o referencial discursivo das participantes.

Deste modo, as unidades de registo foram organizadas nas categorias emergentes, sendo obtidas através dos depoimentos, dando lugar a quatro grandes categorias:

**1 - TRABALHO DE PARTO**

**2 - DOR**

**3 - DINÂMICA FAMILIAR**

**4 - SENTIMENTOS VIVENCIADOS APÓS O PARTO**

Relativamente a estas quatro grandes unidades de análise, optámos por realizar a sua apresentação e interpretação, para deste modo facilitarmos a sua organização e leitura. No decorrer desta exposição, iremos relatar alternadamente dados narrativos, descritivos, interpretativos e comparativos utilizando quadros ilustrativos das unidades de registo e matrizes síntese atribuídas para as diversas categorias.

✓ TRABALHO DE PARTO

Esta categoria apresenta as seguintes subcategorias:

- Duração do trabalho de parto
- Caracterização da equipa de enfermagem
- Acompanhamento durante o trabalho de parto
- Recursos para o sucesso do período expulsivo

**Quadro 1** – Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Duração do trabalho de parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Foi um dia e umas horas, (...), foi muito tempo, muito tempo, foram muitas horas, (...)” (a1);</p> <p>“ (...) , não levou nem duas horas a nascer, (...)” (a4);</p> <p>“ (...) , a enfermeira disse que ele só ia nascer por volta das onze da manhã, e isto era meia-noite, ora meia-noite até às onze da manhã, ainda ia muito tempo, (...)” (a5);</p> <p>“ (...) , estive muito tempo, ..., mas na sala de partos não, ..., entrei às cinco horas para levar a epidural, adormeci, ..., acordei eram nove e um quarto, e a enfermeira veio-me ver, (...), às dez menos um quarto estava cá fora, ..., foi num instante, (...)” (a6);</p>	<p>“ (...) , foi rápido para o que eu vejo, e para aquilo que as pessoas falam, (...), achei rápido, (...)” (A1);</p> <p>“ (...) , até foi rápido por acaso, foi um parto santo, graças a Deus, (...)” (A4);</p> <p>“ (...) , foi um bocadinho prolongado, se calhar não correu assim tão bem, podia ter sido muito mais rápido, (...)” (A5);</p> <p>“ (...) , primeiro foram muitas horas, porque foi induzido, (...), custou mais por causa do tempo em si, (...), estar aquele período todo ali à espera, (...)” (A7);</p>

O desenvolvimento do trabalho de parto é um momento excitante e gerador de ansiedade para a mulher e sua família. O primeiro estágio do trabalho de parto começa com o aparecimento de contracções uterinas regulares e acaba com a dilatação completa do colo. A mulher que é mãe pela primeira vez, devido à ansiedade de concluir o trabalho de parto, pode chegar à maternidade muito precocemente (Bobak, 1999).



Segundo vários autores, de uma forma geral, é difícil estabelecer com precisão o momento exacto de início do trabalho de parto; a mulher pode ser admitida no serviço de Obstetrícia imediatamente antes do nascimento, o que somente permite efectuar uma estimativa relativa do início do trabalho de parto. O primeiro período do trabalho de parto, é muito mais longo que o segundo e o terceiro em conjunto. As variações são muitas, mas na primípara, a dilatação completa do colo raramente é conseguida em menos de 24 horas.

Como se pode observar pelas unidades de registo em relação à duração do trabalho de parto, as opiniões são diferentes, tanto das adolescentes como das mulheres adultas:

“ (...) não levou nem duas horas a nascer (...)”(a4);

“ (...) foi muito tempo, foram muitas horas(...)” (a1);

“ (...) achei rápido(...)” (A1);

“ (...) foi um bocadinho prolongado, se calhar não correu assim tão bem, podia ter sido muito mais rápido(...)” (A5).

O trabalho de parto é considerado “normal” quando a mulher se encontra no termo ou perto do termo da gravidez, não existem complicações, só existe um feto com apresentação de vértice, e o trabalho de parto não ultrapassa as 24 horas (Bobak, 1999). Os profissionais de enfermagem que lidam diariamente com estas situações, devem manter com a mulher uma relação de ajuda, tendo em mente o objectivo materno e adoptar atitudes de fortalecimento de habilidades da parturiente para que esta possa actuar eficaz e satisfatoriamente, durante o trabalho de parto e parto.

O parto não é um acto isolado, mas engloba uma série de factores intrínsecos e interligados, os quais constituem o momento do parto. Nota-se que não se pode compreender o comportamento da parturiente olhando-a somente no momento que se encontra na sala de partos. Há que ter em conta o ambiente em que se desenvolveu a gravidez, em que momento da vida se encontrava a mulher e o seu companheiro e qual a preocupação maior da parturiente naquele momento.

Vários estudos mostram uma associação significativa entre o suporte emocional proporcionado pelas enfermeiras e uma experiência de parto positiva. As características das enfermeiras de saúde materna e obstétrica, como a empatia, amabilidade, sensibilidade e calma, e as atitudes do pai do bebé face à gravidez são, juntamente com a duração do parto, a idade e o estatuto marital, os preditores mais importantes para a experiência de parto, encontradas num estudo que pretendeu examinar os factores

relacionados com a forma como as primíparas experienciam o parto (Tarkka, Pannonem e Laipale, 2000).

**Quadro 2** – Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Caracterização da Equipa de Enfermagem” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Apanhei uma equipa simpática. As equipas todas por acaso, (...), uma da parte da noite foi mais mal encarada, (...), mas de resto foi tudo impecável, tanto agora como quando estive na sala de partos, estive muito bem. Apanhei equipas brincalhonas, tudo um espectáculo, (...).” (a1);</p> <p>“(…), eram todas muito simpáticas. Gostei de tudo, (...)” (a2);</p> <p>Gostei muito, as enfermeiras, (...), foram todas muito simpáticas, muito atenciosas, (...), andavam sempre lá a perguntar se estava tudo bem, como é que eu estava, se já tinha avançado, ..., e mesmo no parto, (...), ajudaram-me muito, ..., acho que se fossem pessoas diferentes, se calhar também já ia ser diferente, ..., porque elas ajudaram-me muito, senti-me bem, estava à vontade, ..., eram muito simpáticas, (...)” (a3);</p> <p>“Por acaso eu tive sorte, foi uma equipa ótima. A enfermeira foi muito simpática, então ela ajudou-me muito porque estava a ser simpática e eu não me sentia nervosa, porque que se estivesse assim mais, mais, ..., como é que eu hei-de explicar, assim mais bruta, eu não tinha aquele à vontade, assim, como ela era assim simpática ajudou-me imenso. Eu confiei totalmente, (...), a minha avó diz sempre que os antigos dizem assim: Uma horinha pequena e uma enfermeira alegre, ..., ou uma parteira alegre, ..., e eu tive, a hora pequena e uma parteira alegre.” (a5);</p> <p>“(…), graças a Deus tive umas parteiras, e as enfermeiras que estiveram comigo durante a noite, muito excelentes mesmo, ..., trataram-me muito bem, e as duas parteiras também, ..., para aquilo</p>	<p>Todos impecáveis, não tenho razão de queixa de ninguém, uma equipa excelente, ..., gostei muito, (...)” (A1);</p> <p>“(…), foi uma equipa boa, ..., que me ajudou, (...), havia pessoas que se queixavam que eram muito brutos mas eu por acaso gostei da equipa toda, gostei da experiência, ..., por acaso gostei muito, e por acaso eu também acho que tem de ser assim porque se nós já estamos nervosas, se não gostarmos das pessoas ainda ficamos piores, ..., se gostarmos e confiarmos eu acho que colaboramos mais, (...)” (A2);</p> <p>“(…), a equipa que nos assistiu era fabulosa, era espectacular, ajudaram-nos em tudo o que podiam ter ajudado, gostei muito de ter vindo para a Maternidade, porque acho que foi uma experiência muito boa, a equipa daqui é excepcional, (...), e se um dia engravidar, voltarei para aqui outra vez, (...), as pessoas que estiveram lá para me ajudar eram de confiança e ajudaram-me muito, (...), é bom sentir que fomos bem tratadas, tanto nós como a nossa criança e sentir que temos alguma coisa em Portugal que valorize o ser humano, (...)” (A3);</p> <p>“Agora que já passou posso dizer que gostei, (...), foi a médica que fez o parto e foi bom, pois eu gostava mesmo que fosse ela, já tínhamos falado, pois ela marcou-me a indução para o dia em que ela estava cá, mas as horas estavam a passar e ela ia acabar por ir embora, porque ela já estava a contar não fazer, até que ela veio rápido, foram-na chamar rápido, e depois ela ficou toda contente, (...)” (A4);</p> <p>“(…), correu tudo bem, eu tive também sorte porque tive excelentes pessoas também que me</p>

<p>que eu berrei, (...), tive umas parteiras que adorei, que me trataram muito bem, não ralharam comigo, ..., podiam ter ralhado, não é, que eu gritei um bocado, e comecei a mandar vir com elas, mas elas trataram-me muito bem, gostei muito, (...), estou a gostar muito, são muito, ..., como é que hei-de dizer, ..., muito atentos, quando a gente chama, demoram um bocadinho, mas quando vêm, ficam ali até a gente já não precisar, (...)" (a6);</p>	<p>acompanharam, nesse sentido, (...), tive uma excelente equipa de enfermagem, (...), e digo isso a toda a gente, eu não tenho razões de queixa absolutamente nenhuma, ..., a minha dificuldade do parto, foi, ..., foi normal, foi natural, foi uma questão de uma dificuldade mesmo de parto, não teve nada a ver com, ..., negligências de alguém, que não me fez aquilo, ou que não foi correcto comigo ou que, não teve nada a ver rigorosamente com isso, a minha experiência nesse sentido é boa, (...), acho que as pessoas que me acompanharam, muito sinceramente, estiveram à altura da minha exigência naquele momento." (A5);</p> <p>"(...), apanhei uma equipa muito boa, ..., não tenho razões de queixa nenhuma, a coisa de nos porem à vontade, de nos tirarem um bocadinho dos nervos, ..., brincar, ..., acho que é o essencial, ir para lá casmurros acho que ainda nos põem mais nervosos, (...)" (A6);</p> <p>"(...), estava lá a enfermeira C que foi excelente, explicou-me tudo, (...), as dores que estava a sentir, o porquê, e isso é muito importante, não só o que era normal mas o que é que estava a acontecer, é muito importante explicar, como antes também, sempre a explicarem tudo, ..., reduz bastante a ansiedade explicarem tudo, não só o que é o normal mas porque é que acontece isso é muito importante, (...)" (A7);</p>
--	---

Observou-se que tanto adolescentes como mulheres adultas referiram grande satisfação pela assistência recebida. Os sentimentos como o medo e a ansiedade relativos ao trabalho de parto e parto foram substituídos por autoconfiança, pelo facto da enfermeira estar presente e mostrar disponibilidade. Como referem nas entrevistas:

" (... ) porque elas ajudaram-me muito, senti-me bem, estava à vontade (...)" (a3);

" (... ) a enfermeira foi muito simpática, então ela ajudou-me muito porque estava a ser simpática e eu não me sentia nervosa(...)" (a5);

" (... ) tive umas parteira que adorei, que me trataram muito bem, gostei muito (...)" (a6).

As adolescentes estão num período de transição e esta fase já é, só por si, geradora de ansiedade e conflitos. Associa-se a esta tarefa, um trabalho de parto e parto que nesta

época é tido como um momento crítico, marcado por uma série de mudanças significativas. A todas as parturientes se colocam dúvidas e receios, que podem envolver diversos níveis de simbolização como imaginar a malformação do filho ou a não resistência à dor (Mendes, 1993).

Maldonado (1989) considera o parto um “salto no escuro”, um momento imprevisível, irreversível, desconhecido do qual não se tem controlo. A importância dos cuidados dos enfermeiros na sala de partos é essencial. Como refere Coutinho (2006:62), “ *A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados.*” Assim, tanto a adolescente como a mulher adulta deve ser cuidada com muito afecto e compreensão. Como referem as adultas:

“ (...) se gostarmos e confiarmos eu acho que colaboramos mais (...)” ( A2);

“ (...) as pessoas que estiveram lá para me ajudar eram de confiança e ajudaram-me muito (...)” (A3);

“ (...) estava lá a enfermeira C que foi excelente, explicou-me tudo, (...),reduz bastante a ansiedade explicarem tudo(...)” (A7).

Somos nós, enfermeiros especialistas na área de saúde materna e obstétrica que permanecemos 24 horas por dia junto da parturiente e, estar com a parturiente, é estar lá emocionalmente, envolvido no evoluir da situação, partilhar sentimentos bons e maus; “...*é mostrar disponibilidade, permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atentamente*”, salienta Coutinho (2006:63) ao citar Swanson (1993), de modo que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro.

Pensamos que o que nos é pedido é acompanhar a mulher nesta grande experiência, procurando estabelecer uma relação com ela e ser para ela um ponto de referência constante. Assim, é gratificante observar nestes depoimentos, a satisfação que as mulheres exprimem para com a equipa de enfermagem.

**Quadro 3** -Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Acompanhamento durante o trabalho de parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Esteve lá sempre a minha cunhada e foi avisar o irmão.” (a1);</p> <p>“Ele ao princípio dizia que não queria assistir ao parto, não sei quê, mas, foi corajoso, nunca pensei que ele quisesse assistir, (...). Foi muito bom para mim porque ele apoiou-me em tudo, (...)” (a2);</p> <p>“(…), é um momento único e ele estar ali presente é muito importante, até transmite calma, estar ali ao meu lado, a falar, a acalmar-me, é tão bom para mim, como é bom para ele, porque acho que assistir a um parto é, ..., demonstrou coragem da parte dele, ele também tem medo assim de agulhas, ..., mas nem desmaiou nem nada, (...), ficou muito feliz, (...)” (a3);</p> <p>“O meu namorado também esteve sempre à minha beira a apoiar-me, gostei, ..., foi bom, (...), foi uma alegria, ...” (a4);</p> <p>“(…), fiz por tudo para ele não assistisse. Foi porque eu ia ficar muito nervosa, ..., é diferente, ..., então ela ajudou-me, com ela foi mais rápido, porque se não estava tão nervosa que, ..., pois, porque se ele estivesse lá ele ficava nervoso eu ficava nervosa, não ia sair coisa boa, (...). A minha avó está muito contente, ainda por cima é um rapaz, ela delira, ..., completamente, é o bisneto, ..., ela ajuda-me, é bom saber que ela está ali.” (a5);</p> <p>“(…), o meu namorado esteve sempre comigo, ..., senti-me bem com isso, porque ele também me ajudou muito, chegou a uma altura que se não fosse ele, ..., ele ajudou a puxar, (...)” (a6);</p>	<p>“Tinha lá o meu marido ao pé de mim”. (A1);</p> <p>“(…), ajuda muito, ..., mas eu depois no final mandei-o lá para fora, (...), estava a ficar nervoso, estava sempre a perguntar se estava tudo bem, ..., e depois eu ia estar também a olhar para ele e, ..., pronto acho que ficamos mais à vontade, ..., mas prontos para estar à nossa beira, (...), enquanto estamos à espera das dores acho que é bom para não estarmos sozinhas, ..., mas depois na sala de partos acho que não me sentia muito à vontade, ele também estava nervoso, ainda atrapalhava mais, (...)” (A2);</p> <p>“Também gostei muito de ter o pai da bebé, a pessoa com quem eu estou, lá à minha beira, ..., também é ótimo, porque uma pessoa sente-se bem ao ter alguém querido por perto, ..., é muito bom, ...” (A3);</p> <p>“(…), eu queria era a minha mãe à minha beira, mas ele como é o pai, tem mais direito, (...), e se calhar foi melhor assim, se calhar a minha mãe caía mesmo para o lado (...), eu pensava que ele era mais fraco e depois também é nojento e depois os maridos ganham nojo e essas coisas, (...)” (A4);</p> <p>“(…) é ótimo o marido estar sempre ao nosso lado, desde o início até ao fim, ele tem mesmo de estar, é fundamental(...) porque ajuda-nos a passar muito as dores, (...), estamos a sentir a dor mas estamos a partilhá-la, isso sem dúvida alguma é fundamental, nunca devem tirar essa situação (risos) de uma mulher que venha ter um bebé, (...), seja o marido seja uma pessoa de família, é fundamental, é fundamental a grávida ter mesmo alguém que a acompanhe, (...)” (A5);</p> <p>“(…), e se estivesse sozinha então, é completamente diferente, acho que consegui manter muito a calma por causa dele, mesmo, ficava mais nervosa do q’ó que fiquei, chegou a um certo ponto que eu tremia, mesmo, parecia que estava ligada à electricidade, (...)” (A6);</p> <p>“(…), ajudou-me muito ele estar presente, ..., e</p>

	depois como tínhamos estado nas aulas de preparação para o parto e treinado em casa, não é, ali ele também continuou a dar-me força para continuar, ..., também acho que se não acompanharem depois chegam lá e devem-se sentir todos nervosos, (...)" (A7)
--	---

A importância da presença do acompanhante no parto é amplamente reconhecida entre as comunidades científicas da saúde, mais concretamente, nas áreas da obstetrícia e da psicologia da saúde, advindo daí vantagens para a saúde do casal e do bebé. *“Datam dos anos sessenta as primeiras referências na literatura à importância do pai durante a gravidez e no parto; nessa altura, atribui-se-lhe uma função de suporte emocional à mulher e conseqüentemente, um melhor acolhimento à criança”*, Camus 2000, citado por Correia (2005:18). Diversos autores enfatizam que a participação do homem, desde o início da gravidez é crucial para a preparação do exercício da paternidade, dando uma significativa contribuição ao equilíbrio afectivo do casal.

Klaus e Kennel (1992) referem que os benefícios do apoio dado à mulher em trabalho de parto, vêm sendo comprovados em pesquisas ao longo dos últimos trinta anos, as quais mostram que parturientes que recebem apoio emocional apresentam resultados perinatais mais positivos. Com base em vários estudos e em dados empíricos resultantes da nossa prática, verificamos que para as mulheres a participação do pai do bebé durante o parto significa fonte de apoio importante e que as parturientes avaliam a companhia dele de forma positiva, pois traz sensação de segurança e conforto. Das seis adolescentes entrevistadas, quatro concordam ao afirmar:

“ (...) é um momento único e ele estar ali presente é muito importante, até transmite calma, estar ali ao meu lado, a falar, a acalmar-me, é tão bom para mim, como é bom para ele (...)”(a3);

“ (...) O meu namorado também esteve sempre à minha beira a apoiar-me, gostei, (...), foi bom, (...), foi uma alegria (...)” (a4).

Hoje, o pai deseja permanecer junto da companheira, não só como mero espectador, mas principalmente para participar activamente na vivência desta experiência única. Sabemos que a maior parte das parturientes considera a presença do seu companheiro uma importante referência emocional, mas torna-se necessário investigar o que pensam e sentem os homens sobre isso. Na opinião de Romeira (2008), o apoio emocional

fornecido pelo companheiro, pode ser influenciado pela sua disponibilidade, motivação e conhecimento acerca do parto. Como podemos verificar, duas adolescentes preferem outra companhia:

“ (...) Esteve lá sempre a minha cunhada (...)” (a1);

“ (...) pois, porque se ele estivesse lá ele ficava nervoso eu ficava nervosa, não ia sair coisa boa, (...). A minha avó está muito contente (...)” (a6).

A legislação vigente garante à parturiente a possibilidade de permanecer acompanhada no trabalho de parto por alguém à sua escolha, sendo na maioria das vezes o seu companheiro. A decisão da presença do pai durante o trabalho de parto e parto deve ser reflexo de uma decisão consciente, tomada em conjunto com a sua companheira. Deve assentar numa preparação do casal, especificamente na preparação do pai, para que este seja capaz de compreender e cooperar nas diferentes fases do processo e acompanhá-lo com tranquilidade (Brandão, 2009). No discurso das mulheres adultas, seis fazem referência ao companheiro como acompanhante de eleição:

“ (...) Também gostei muito de ter o pai da bebé, a pessoa com quem eu estou, lá à minha beira (...)” (A 3);

“ (...) é óptimo o marido estar sempre ao nosso lado, desde o início até ao fim(...)” (A5);

“ (...) ajudou-me muito ele estar presente, ..., e depois como tínhamos estado nas aulas de preparação para o parto e treinado em casa, não é, ali ele também continuou a dar-me força para continuar(...)” (A7).

Segundo Bobak (1999:235), “*A preparação para o parto é definida como um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no seu processo do parto*”. Neste âmbito, Couto (2006) adverte que a preparação para o parto com a ajuda de técnicas respiratórias e outras, ajuda a reduzir e controlar a dor e desconforto. Origina também, ao casal, uma oportunidade para o marido/ companheiro ajudar a sua mulher nessa experiência única.

Na maternidade as nossas grávidas têm a oportunidade de poder frequentar as aulas de preparação para o parto com o companheiro. É, no entanto, interessante lembrar a propósito dos programas de preparação para o parto, que embora esteja há bastante tempo prevista a sua existência no âmbito dos serviços públicos de saúde portugueses, na grande maioria das vezes não estão devidamente implementados e por outro lado a legislação vigente apenas prevê a dispensa da grávida para a frequência da preparação para o parto, não referindo nada sobre o direito de acompanhamento por parte do marido/companheiro.

**Quadro 4** - Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Recursos para o sucesso do período expulsivo” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“(…), se não fosse a enfermeira não sei, eu não conseguia mesmo, se não fosse a enfermeira a dar uma ajuda, foi ela mesmo que, …, ralhou-me e tudo e eu, …, foi aí que, … que consegui ter, porque se não, … eu já não podia, (…), carregou-me, fez isso e foi quando eu logo tive, (…). O mal também foi eu não comer, foi muito tempo sem comer, foi um dia e tal sem comer, e eu não tinha força, tanto que cheguei aqui para comer e eu já nem tinha fome. Estive tantas horas sem comer que até perdi a fome, (…), porque eu se tivesse comido eu acho que tinha mais forças, …, agora não, eu estive sempre a soro, sempre a soro, e eu sou uma pessoa que se alimenta bem, …, ora eu estar muitas horas sem comer, eu nem tinha forças p’ra nada, p’ra nada, p’ra nada, (…), até chorava, …, que eu não conseguia, (…)” (a1);</p> <p>“(…), tive o parto sozinha, não tiveram que me dar apoio na barriga, nada disso, (…), em menos de vinte minutos nasceu.” (a4);</p> <p>“(…), o meu namorado esteve sempre comigo, …, senti-me bem com isso, porque ele também me ajudou muito, chegou a uma altura que se não fosse ele, …, ele ajudou a puxar, …, ele…, eu agarrei-me a ele para puxar, ele carregou-me na barriga para o menino sair, …, as enfermeiras até disseram para ele carregar na barriga, se não fosse ele, (…)” (a6);</p>	<p>“(…), o meu problema foi mesmo no momento de puxar, (…), eu acho que a preparação para o parto nisso ajudaria muito, e como eu não a tive, só fui apenas a uma aula, apanhei aqueles apanhados se calhar mais importantes inicialmente, que era da respiração, o controlo da respiração que era muito importante, e eu sei que treinavam lá a partir da trigésima sétima semana a nível dos puxos, treinavam isso e eu perdi essa aulas todas, (…), não sabia muito bem puxar, (…), acho que a minha sorte foi quando entrou uma colega sua que me fez aquela força na barriga, que eu tive um puxão forte e aí graças a Deus puxei bem e foi aí que ele me saiu, porque se não, não sei o que ia ser dele, (…)” (A1);</p> <p>“(…), o meu marido, (…),no fundo foi uma alegria, se calhar se estivesse ali sozinha sem ele, entrava mais em pânico, não sei, …, ele teve a força que eu pensava que ele se calhar não ia ter, (…), ele dizia, anda lá faz mais um bocado de força, e eu, já não quero mais nada disto, e ele, não podes fazer isso agora, (…)” (A4);</p> <p>“(…), quando a médica dizia que só falta um bocado, que já se vê isto, até dá mais força a uma pessoa para puxar, (…)” (A6);</p> <p>“(…), já sabia que estava mesmo a terminar, não é, …, parece que ainda veio mais força para puxar, …, acho mesmo que puxei bem, mas as aulas de preparação ajudaram-me muito, (…)” (A7);</p>

Esta subcategoria “Recursos para o sucesso do período expulsivo” foi criada visto ter sido citada várias vezes. Três adolescentes e quatro mulheres adultas referiram que esta fase do trabalho de parto pode ser complicada e, por vezes é mesmo essencial receber ajuda. Quando é diagnosticada a dilatação completa, pede-se à parturiente para puxar,



ou “fazer força”. Às vezes as mulheres não sentem essa vontade de puxar. Alguns estudos evidenciam que a analgesia epidural pode diminuir o reflexo do puxo. Nestes casos será melhor esperar, se estiver tudo bem com o bebê, até que a parturiente sinta vontade de fazer força.

Pelos depoimentos das entrevistadas, podemos observar que houve intervenção (ajuda) das enfermeiras:

“(…) se não fosse a enfermeira não sei, eu não conseguia mesmo (…), carregou-me, fez isso e foi quando eu logo tive (…)” (a1);

“(…) ele carregou-me na barriga para o menino sair(…), as enfermeiras até disseram para ele carregar na barriga, se não fosse ele, (…)” (a6);

“(…) acho que a minha sorte foi quando entrou uma colega sua que me fez aquela força na barriga, que eu tive um puxão forte (…)” (A1).

Existem manobras e intervenções desnecessárias muitas das quais condenadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Quando o médico ou enfermeira pressiona a barriga da mulher para forçar a expulsão do bebê, está a praticar a manobra de Kristeller. Em relação a esta manobra não existe evidência da sua utilidade, que além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos ao útero, períneo ou feto.

Apesar de algumas entrevistadas mostrarem satisfação com esta intervenção, esta manobra devia ser abolida, principalmente no contexto no qual é praticada, onde a pressa pode levar a que seja executada desnecessariamente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objectivo de assistência ao parto é ter como resultado mulheres e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenção médica compatível com a segurança. Disso decorre que deverá haver sempre uma razão válida para interferir no processo de trabalho de parto. É de valorizar o depoimento de uma adolescente que evidencia o facto de estar sem se alimentar:

“(…) O mal também foi eu não comer, foi muito tempo sem comer, foi um dia e tal sem comer, e eu não tinha força, tanto que cheguei aqui para comer e eu já nem tinha fome. Estive tantas horas sem comer que até perdi a fome, (…), porque eu se tivesse comido eu acho que tinha mais forças, ..., agora não, eu estive sempre a soro, sempre a soro (…)” (a1).

Para a maioria das mulheres, a fome durante o trabalho de parto não constitui um problema, apesar de muitas delas necessitar desesperadamente de beber. Mas, o parto

requer um grande consumo energético. Uma das condutas humanizadas na assistência ao trabalho de parto é a dieta livre, justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo o bem-estar materno-fetal.

Nós pensamos que o uso rotineiro de hidratação venosa é uma prática que deveria ser revista nas maternidades. Em termos de nutrição não existem vantagens desse procedimento em relação à oferta de líquidos. Segundo d’Orsi Eleanora, (2005:652) ” *As mulheres normalmente queixam-se de falta de alimentos e água durante o trabalho de parto, o que lhes provoca sensação de fraqueza durante o período expulsivo*”. O jejum durante o trabalho de parto é uma questão importante, mas as opiniões divergem relativamente à ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

✓ DOR

Esta categoria é representada por duas subcategorias:

- Dor durante o trabalho de parto
- Processo de analgesia epidural

**Quadro 5** - Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Dor durante o trabalho de parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“No momento para ter, foram umas dores... hum...fogo... eu até pensei que não ia conseguir ter, (...)” (a1);</p> <p>“Custou mais a dar os pontos porque a enfermeira, (...), como estava a aprender, (...), dava muito devagarinho, ainda estava a aprender e tudo demorou muito mais. A anestesia não estava a pegar e doía-me muito, ainda agora me dói muito e até está inchado. Se fosse a mais experiente a fazer, já não me doía nada.” (a1);</p> <p>“(…), nem tive muitas dores, até correu bem, (...)” (a3);</p> <p>“(…), acho que não aguentava tanto a dor, ..., tive que me agarrar a ele, (...), eu estive sempre dores, eram aqueles “empurrões”, ele a querer sair, de dez</p>	<p>“Quando o bebé saiu senti um alívio, mas mais alívio senti quando a placenta saiu, ..., parece que saiu um peso totalmente de dentro de nós, aí senti-me aliviada. Depois realmente foi ao coser, não senti aquela coisa de coser mas senti ao puxar a linha e assim, prontos, ..., agora, realmente é depois de coser, depois do efeito da anestesia passar, isso agora é que custa mesmo um bocado, (...)” (A1);</p> <p>“(…), no primeiro dia eu disse mesmo, (...), acho que já sofri tanto e ainda vou continuar aqui nisto e não sei quê e depois a minha aflição era ir à casa de banho e não conseguir, nem chichi conseguia fazer nem nada, (...)” (A1);</p> <p>“Eu estava descontraída, mas depois começaram as contracções e aquilo começou a dar de repente e eu</p>

<p>em dez minutos sentia a dor, (...)” (a6)</p>	<p>antes não queria a epidural, mas depois com as dores e naquela confusão toda, mais valia do que estar a sofrer e até a menina estar a sofrer também, (...), sentia o ânus e sentia ali uma coisa esquisita, parecia que queria puxar mas eram ali umas dores horríveis mesmo no ânus, (...)” (A4);</p> <p>“(…), a experiência durante o tempo em que eu estive em trabalho de parto foi má no sentido que eu tive imensas dores, (...), eu já tinha mais ou menos idealizado que ia ser difícil eu ultrapassar, não é, que ia ter bastantes dores, (...)” (A5);</p> <p>“(…), eu estava mesmo com muitas, muitas dores, (...)” (A6);</p> <p>“(…), tive algumas dores, ..., é complicado, (...), às vezes já não há posição para se estar, acho que aí é complicado, ..., estar sempre deitada, não poder levantar muito, ..., ao levantar aliviava um bocadinho, estar ali muito tempo deitada custa um bocadinho, com algumas dores, (...)” (A7);</p>
---	--

Ao longo das fases do trabalho de parto e de todas as alterações fisiológicas que lhe estão inerentes, o mal-estar físico e emocional materno aumentam até ao período expulsivo e o primeiro contacto com o bebé, particularmente quando se trata de um parto normal (Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, 2003).

A sensação de dor referida pelas parturientes deve ser respeitada de acordo com os seus limites, pois para a maioria das mulheres, o parto é sinónimo de dor e sofrimento e envolve necessidade de ajuda, apoio e confiança das pessoas que delas cuidam.

Comparativamente, podemos afirmar que as mulheres adultas referiram mais dores que as adolescentes. Apesar de todas as entrevistadas terem analgesia epidural no parto, 2 adolescentes e 5 adultas ainda referiram dor durante o parto e também no pós-parto.

Pensamos que as adolescentes não referiram o fenómeno dor tão activamente, por terem a capacidade de aceitar o sofrimento com resignação. Como refere Monteiro, “*O desempenho da gestante adolescente no parto é, ao contrário do que se pensava outrora, melhor que o das adultas*” (1998:101).

As correcções cirúrgicas perineais (episiorrafia), após o parto vaginal estão geralmente associadas a dor e desconforto local, as quais podem interferir com as actividades de rotina no puerpério. Assim, consideramos significativo o facto de ser referenciado o aspecto da dor no momento da sutura da episiorrafia e também no puerpério:

“(...) Custou mais a dar os pontos porque a enfermeira, (...), como estava a aprender (...), dava muito devagarinho, ainda estava a aprender e tudo demorou muito mais. A anestesia não estava a pegar e doía-me muito (...)” (a1);

“(...) depois realmente foi ao coser, não senti aquela coisa de coser mas senti ao puxar a linha e assim(...), no primeiro dia eu disse mesmo, (...), acho que já sofri tanto e ainda vou continuar aqui nisto (...)” (A1).

Normalmente a analgesia epidural diminui o desconforto provocado pela episiorrafia, mantendo as puérperas calmas, relaxadas e sem dor excessiva. Contudo, nas situações em que já não há bloqueio, procede-se à administração de anestesia local.

**Quadro 6** - Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Processo de analgesia epidural” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>Custou um bocadinho até levar a epidural, (...), mesmo depois estive sempre a levar outras epidurais e tudo, (...), tive pena, não pude apanhar a epidural na melhor altura do parto. Deu efeito, mas só que depois, eu não tinha a dilatação toda nem nada, não pegava ao fim também. Tanto que me deram duas vezes a epidural e não deu efeito nenhum, foi tudo a sangue frio, (...)” (a1);</p> <p>“Cheguei um bocadinho assustada, por causa da injeção, da epidural, (...), só sabia que era na coluna, (...), eu tinha assim aquele receio, ..., de ficar sem andar, ou que acontecesse qualquer coisa, ..., é que eu tenho medo de agulhas e, (...), eu tenho um desvio na coluna, (...)” (a2);</p> <p>“Foi bom, a epidural, consegui puxar, sentir o bebé a sair, mas não, não dói, sente-se só as contracções, (...)” (a3);</p>	<p>“(…), deixei de sentir as dores, quando fui para dentro da sala de partos, quando levei o epidural, (...), sentia, prontos aquelas ligeiras contracções, mas já não era nada aquela dor forte, (...), se não tivesse levado a epidural, eu não me ia controlar, (...), eu também ouvia os contras do epidural, não é, até chegaram a dizer que não ia ter tanta força para puxar,..., e ao fim e ao cabo não se sente tanto, (...)” (A1);</p> <p>“(…), a epidural pensava que era assim uma coisa mais, ..., um bicho de sete cabeças, ..., mas não, doeu um bocadinho, (...), mas tive dores, pensava que tirava as dores, mas não, ..., mas para os pontos por acaso foi bom, ..., mas para as dores..., não, (...), aliviou, porque eu tinha muitas seguidas, mas depois da epidural tinha uma de longe a longe, mais forte.” (A2);</p> <p>“(…), foi um bocado custoso, mas levei a epidural</p>

<p>“Eu entrei aqui eram oito e meia com muitas dores, (...), fui logo para a sala de partos, levei logo a epidural, (...), foi um bocadinho complicado porque tinha os elos muito apertados, picaram-me três vezes e batiam sempre no osso, mas depois lá conseguiram, (...), depois não senti quase nada, (...), já podia estar deitada, já me mexia de um lado para o outro, ..., já estava bom, ...” (a4)</p> <p>“(…), acabei por só sentir assim mais ao fim umas contracções, (...), disseram-me para não levar a epidural porque se não, não sentia os puxos e depois o bebé tinha que vir à ventosa, outras pessoas diziam para não levar a epidural porque doía muito a picada, que doía mais a picada que a ter o filho, (...), cheguei à sala de partos e levei aquela picadinha de nada, (...), claro que senti os puxos, (...), senti o suficiente para o pôr cá para fora, (...)” (a5);</p> <p>“(…), a epidural afinal não doeu a levar, pelo menos a mim, não senti nada mesmo, foi como se não tivesse levado injeção nenhuma, (...), diziam que a epidural, ai que doía, que doía muito a levar e eu não senti nada mesmo, (...)” (a6);</p>	<p>que gostei muito, várias pessoas me disseram que doía muito levar a epidural e eu gostei muito, acho que sem a epidural ia ser muito mais doloroso do que por aquilo que passei.” (A3);</p> <p>“(…), custou só um bocadinho mas depois soube-me bem, ..., aliviou muito as contracções, (...). O Sr. Doutor tinha dito que as pernas iam parecer borracha, e eu até cheguei a chamar várias vezes as enfermeiras porque não sabia o que era aquilo, (...), não sentia na mesma as pernas nem a barriga, (...)” (A4);</p> <p>“A epidural foi fantástica, (...), eu comecei com contracções muito fortes e depois a dilatação, foi isso se calhar que não correu tão bem, também teve aquele problemzinho do Anestesta demorar um bocadinho, porque também estava-se a dividir com outras complicações, mas prontos, no fundo correu tudo bem, (...), sofri, sofri um bocadinho, mas a epidural foi, ..., foi uma maravilha que me caiu assim do céu, (...)” (A5);</p> <p>“(…), com a epidural, disseram que ia aliviar, mas não pensei que fosse tanto, porque eu estava mesmo com muitas, muitas dores, e a epidural praticamente tirou-me as dores, gostei, ..., ajudou bastante mesmo, ..., depois aquela sensação das pernas presas é que faz um bocado de aflição, mas tirou-me as dores todas, facilita muito mais uma mulher, não é que eu tenha experimentado de outra maneira, mas imagino um bocadinho, ..., imaginava as dores que tinha antes e ter que puxar da maneira que puxei, com dores, torna-se um bocado difícil, (...)” (A6);</p> <p>“(…) e depois a epidural também ajudou...foi bom, apesar de estar com algum receio(...), ainda dizem algumas coisas da epidural não é, embora eu tenha vindo à consulta de analgesia, fiquei esclarecida, mas há sempre aqueles receios, também é um risco, não é...mas aprovou e acho que ajudou muito(...)” (A7)</p>
---	---

A analgesia epidural foi um dos critérios de inclusão neste estudo. Todas as entrevistadas, quer adolescentes quer adultas referiram os benefícios desta técnica, que muitas por vezes chamam de “milagrosa” ou dizem que é a “melhor coisa que inventarão”! Realmente, a analgesia epidural constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do trabalho de parto (Martins, Marques e Tomé, 2002).

Em Portugal, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direcção Geral de Saúde, contempla especificamente a dor do parto (Figueiredo, Costa, Pacheco, 2002). Este documento recomenda a utilização da analgesia epidural e aponta a necessidade de informar as futuras mães acerca desta técnica, no sentido de proporcionar uma escolha consciente. Aponta ainda as vantagens e riscos da analgesia epidural e dá indicações particulares para a sua utilização. Considera que “*a analgesia do parto adquire contornos de um direito universal ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e direito de opção consciente perante este acontecimento tão importante*” (Direcção Geral de Saúde, 2001).

Na Maternidade há especificamente uma consulta de analgesia epidural, para as grávidas. Todavia, nas consultas pré-natais de vigilância da gravidez, parece-nos inadmissível misturar uma jovem de 16 anos com uma mulher de 25 anos. Sabemos, à partida, que de um modo geral a adolescente grávida tem necessidades especiais, nomeadamente ao nível da necessidade de comunicar as suas ansiedades, de poder expor os seus problemas ao sentir-se especialmente vulnerável por compreender que muitas vezes, emocional e intelectualmente está longe de ter a maturidade que julgava possuir (Correia e Alves, 1990).

Mas, comparativamente não podemos afirmar que as mulheres adultas estão mais informadas que as adolescentes! Como se pode verificar nas afirmações seguintes e, apesar de haver consultas pré-natais que informam as grávidas de todo o processo da analgesia epidural, ainda há muito desconhecimento nesta matéria:

“(…) só sabia que era na coluna, (...), eu tinha assim aquele receio, ..., de ficar sem andar, ou que acontecesse qualquer coisa, ..., é que eu tenho medo de agulhas e, (...)” (a2);

“(…) disseram-me para não levar a epidural porque se não, não sentia os puxos e depois o bebé tinha que vir à ventosa, outras pessoas diziam para não levar a epidural porque doía muito a picada (...)” (a5);

“(…) várias pessoas me disseram que doía muito levar a epidural e eu gostei muito(...)” (A3);

“(...) e depois a epidural também ajudou...foi bom, apesar de estar com algum receio(...), ainda dizem algumas coisas da epidural, não é...(...)” (A7).

Na verdade, a analgesia epidural é cada vez mais solicitada pelas mulheres para aliviar a dor no trabalho de parto, embora algumas parturientes ainda recusem por medo da técnica (agulhas!), receio de “ficarem paralisadas”, de não poderem participar no parto, ou por acreditarem que “pode fazer mal ao seu bebé” (Martins, Marques e Tomé, 2002). Segundo os mesmos autores, é um facto que a epidural parece diminuir ligeiramente a actividade uterina no período expulsivo e assim poderá favorecer o aumento de partos instrumentados. Por outro lado, mantêm a parturiente colaborante durante o parto, podendo mesmo melhorar a dinâmica do parto, pelo alívio da dor e da ansiedade, que só por si provocariam efeitos prejudiciais sobre a parturiente e o feto.

Na perspectiva de Silva, (1992), não há qualquer indício que sugira que a adolescente em trabalho de parto é mais ou menos colaborante que a mulher adulta. Este autor ressalta a importância da analgesia epidural, concretamente no caso das adolescentes, que além de uma indicação valiosa, “ *pode seguramente concorrer para uma maior incidência de parto eutócicos*” (1992:120). No geral, conclui-se que a epidural agradou a todas as parturientes e confirmamos através das seguintes frases:

“(...) Foi bom, a epidural, consegui puxar, sentir o bebé a sair, mas não, não dói, sente-se só as contracções, (...)” (a3);

“(...) cheguei à sala de partos e levei aquela picadinha de nada, (...), claro que senti os puxos, (...), senti o suficiente para o pôr cá para fora, (...)” (a5);

“(...) deixei de sentir as dores, quando fui para dentro da sala de partos, quando levei o epidural...(A1);

“(...) A epidural foi fantástica (...) foi uma maravilha que me caiu assim do céu (...)” (A5).

Pensamos que a epidural obstétrica veio trazer novas concepções sobre a assistência ao parto, humanizando-o. A decisão do seu uso deve ser tomada de forma consciente e ponderada, o que só é possível se as utentes grávidas forem informadas atempadamente durante as consultas de vigilância em Saúde Materna.

#### ✓ DINÂMICA FAMILIAR

Relativamente a esta categoria foi possível estabelecer três subcategorias:

- Relação com o bebé

- Relacionamento com o companheiro
- Ajuda familiar

**Quadro 7** - Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Relação com o bebé” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Mas ela não chorou logo, tiveram que lhe dar uma palmadinha, (...), nem agora, a comer e tudo, temos que lhe estar a dar palmadinhas para ela acordar, só quer dormir, ..., ainda pensa que está na barriga, (...). Foi a melhor prenda que eu podia ter recebido, ..., agora vai ser uma festa, (...)” (a1)</p> <p>“(…), ainda hoje a dar banho, fui eu que dei banho à menina e tudo, e a médica disse mesmo que eu tinha jeito, até perguntou se eu já tinha outro filho e eu disse que não, que tinha dado outros banhos aos meus sobrinhos e tudo, (...)” (a1)</p> <p>“Ao primeiro tinha medo de sentir, que ela estava assim, um bocadinho cheia de sangue e tudo, mas adorei pegar na minha filha, (...), é muito sossegadinha, (...)” (a2)</p> <p>“O meu maior medo é dar banho à B, tenho muito medo de lhe dar banho, (...), não tenho assim experiência nenhuma mas já vi dar à minha irmã, ..., e prontos, ..., via assim a mudar a fralda e isso ajudou-me, (...)” (a2);</p> <p>“(…), quando a vi, comecei logo a chorar, ..., de felicidade, claro, é uma mistura de sentimentos que não dá para descrever, não dá mesmo, tirarem-me a menina e pousarem-me logo em cima do peito, foi, ..., gostei muito, ..., por mais palavras que se tenha não dá, ..., não sei o que senti, foi, ..., é uma sensação, (...)” (a3);</p> <p>“(…), só com família mais nova é que aprendi algumas coisitas, (...)” (a4);</p> <p>“(…), quando eles me puseram, ele em cima de</p>	<p>“Não sei explicar, ..., mas, é uma coisa muito boa, ..., é um alívio e um contentamento, ..., e depois uma pessoa olha e, e, ..., pusemos uma pessoa no mundo, ..., é assim um bocadinho, ..., é esquisito e ao mesmo tempo é bom e, (...), é uma expectativa muito grande, (...)” (A2);</p> <p>“Quando ela nasceu foi a emoção maior da minha vida, ..., tá na hora, tá na hora, tá na hora, e depois quando uma pessoa vê, mesmo a nossa criança, ..., e sabemos que saiu de dentro de nós, é espectacular, é fabuloso, (...)” (A3);</p> <p>“(…), ela também não veio com muito sangue, roxinha, não é, como é o costume, (...)” (A4);</p> <p>“Ao ver a minha filha chorei que me matei, ..., a emoção é muito forte, ..., queria parar de chorar e não conseguia, ..., é muito bom mesmo, (...)” (A6);</p>



<p>mim, ..., ele todo roxo, (...), com uma coisa tipo branca na pele, foi espectacular, (...), virei-me logo para a minha tia e disse assim: “Ele é lindo, não é tia? Conta os dedinhos todos”, que era para ver se ele era perfeito, ..., mas, ..., quando eu o vi assim no meu peito e aí é que eu vi como é que ele era, (...)” (a5);</p> <p>“Foi uma sensação muito bonita, ..., eu estava a pensar como é que eu deitei isto ao mundo, ..., fiquei assim um bocado a pensar, ..., mas gostei muito, é uma coisa que só nós mães que temos, é que podemos dizer o que é que sentimos, é inexplicável, (...)” (a6);</p>	
--	--

Durante a gravidez a mãe proporciona ao seu bebé um ambiente seguro no qual este se desenvolve e cresce, criando uma união simbiótica que termina com o nascimento. A relação da mãe com o seu bebé vai-se constituindo ao longo da gravidez e é influenciada pelas suas expectativas e pela interacção que estabelece já neste período. Esta primeira relação serve de base para a relação mãe bebé que se estabelecerá depois do nascimento ( Klaus e Kennel, 1982).

Consumado o parto, as mães vão defrontar-se externamente, pela primeira vez, com a realidade física e psicológica do seu bebé. Com um parto eutócico e um bebé saudável, não existem razões médicas para que os primeiros momentos da relação precoce não se processem naturalmente. E segundo Justo (2000:121), “...a adolescência da mãe é um factor de magnitude imponderável”. Na maternidade, imediatamente após o parto e sempre que é possível, o bebé é colocado junto da mãe e permanece junto dela durante todo o internamento. Podemos verificar que praticamente todas as adolescentes referiram este momento tão especial que é o pegar no filho(a) acabado de nascer:

“(...) Ao primeiro tinha medo de sentir, que ela estava assim, um bocadinho cheia de sangue e tudo, mas adorei pegar na minha filha, (...)” (a2);

“(...), quando a vi, comecei logo a chorar, ..., de felicidade, claro, é uma mistura de sentimentos que não dá para descrever, não dá mesmo, tirem-me a menina e pousarem-na logo em cima do peito, foi, ..., gostei muito (...)”(a3);

“(...) quando eles me puseram, ele em cima de mim, ..., ele todo roxo, (...), com uma coisa tipo branca na pele, foi espectacular, (...),mas, ..., quando eu o vi assim no meu peito e aí é que eu vi como é que ele era, (...)” (a5);

“(...) mas gostei muito, é uma coisa que só nós mães que temos, é que podemos dizer o que é que sentimos, é inexplicável, (...)” (a6).

Além de só as adolescentes referirem o facto de pegar no bebé, também constatamos que focam o facto do recém-nascido ser colocado no peito. A importância do amor materno perante uma criança desde o primeiro minuto de vida é de um valor muito positivo. O primeiro contacto do bebé com a mãe, o contacto corporal proporciona-lhe um estado de conforto e segurança. Este contacto precoce é tão necessário à mãe como ao filho, para ambos estabelecerem desde cedo uma boa relação recíproca, condição indispensável para o desenvolvimento adequado da criança (Cordeiro, 1988).

Muitos estudos têm sido realizados nos últimos anos acerca da teoria da vinculação. O termo Bonding, foi introduzido em 1976 por Klaus e Kennel (1982), com significado de que existe um vínculo único, específico e duradouro que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé.

Pensa-se existir um período materno sensível, imediatamente após o nascimento e por um curto período de tempo, no qual, os pais têm uma habilidade única para se ligarem ao filho ( Klaus e Kennel, 1982). Também as mulheres adultas falaram do momento do nascimento, como uma emoção muito forte:

“Não sei explicar, ..., mas, é uma coisa muito boa, ..., é um alívio e um contentamento (...)” (A2);

“Quando ela nasceu foi a emoção maior da minha vida, ..., e sabemos que saiu de dentro de nós, é espectacular, é fabuloso, (...)” (A3);

“Ao ver a minha filha chorei que me matei, ..., a emoção é muito forte (...)” (A6).

Os estudos mostram que as mulheres tendem espontaneamente a falar mais da gravidez que do parto, embora o momento em que viram o bebé pela primeira vez seja muito significativo do ponto de vista emocional para a maior parte delas, (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002).

É de salientar que três adolescentes focaram o aspecto de ter que cuidar do bebé:

“(...) ainda hoje a dar banho, fui eu que dei banho à menina e tudo, e a médica disse mesmo que eu tinha jeito, até perguntou se eu já tinha outro filho e eu disse que não, que tinha dado outros banhos aos meus sobrinhos e tudo, (...)” (a1);

“O meu maior medo é dar banho à B, tenho muito medo de lhe dar banho, (...), não tenho assim experiência nenhuma mas já vi dar à minha irmã, ..., e prontos, ..., via assim a mudar a fralda e isso ajudou-me, (...)” (a2);

“(...) só com família mais nova é que aprendi algumas coisitas, (...)” (a4).

A adolescente manifesta expectativa em relação ao futuro, ao seu modo de ser mãe, ao que é novo e ao que representa o cuidar. É a tomada de consciência da nova condição de ser mãe, de ser responsável por um filho.

As mães mais jovens têm sido frequentemente caracterizadas, relativamente à interacção com o recém-nascido, no processo de ajustamento à maternidade, como menos sensíveis, menos responsáveis e mais repressivas que as mães mais velhas. Tem sido anotado que tendem a experienciar mais stress, o que afecta adversamente o seu desempenho, remetendo num comportamento maternal inadequado. As dificuldades em lidar com os desafios da maternidade são muitas vezes geridas ao mesmo tempo que se confrontam com os desafios do seu próprio desenvolvimento como adolescentes (Soares e Jongenelen, 1998).

**Quadro 8** – Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Relacionamento com o companheiro” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Ele não estava à espera de ser pai, mas, ..., pronto, correu tudo bem, (...), ele apoiou-me em tudo, (...)” (a2);</p> <p>“Ficou tão contente, nem olhou para mim, foi logo direitinho ao bebé, ..., está todo babado, já estive a revelar fotos e ainda ontem as tirou, ..., é bom sinal, ..., é sinal que se interessa, (...), ele ficou todo chateado quando viu que a boca dele era igualzinha à minha. Ele disse, eu a pensar que ele ia ter a minha boca que ia ser a minha cara chapada e afinal os olhos e a boca é igualzinho a ti, (...)” (a5);</p> <p>“ O pai ficou todo contente, mas ele estava mais nervoso do que eu... até chorou quando ele nasceu, (...)” (a6).</p>	<p>“(...) claro que a mãe é o principal não é, ..., mas o pai também não fica atrás, ..., também fica emocionado, ..., o pai só não sente é as dores, e não as tem mesmo porque de resto passa o mesmo e dá mais valor a tudo o que se passa, ..., e também precisa, (...)” (A3);</p> <p>“(…), ele começou logo a chorar e a pegar na menina, a chorar, eu não, eu tentei fazer-me sempre mais forte, não é para não mostrar, enquanto que ainda ontem à noite estava a chorar, para não mostrar a ele que estava a ser mais fraca, (...)” (A4).</p>

São vários os autores que nos seus estudos sobre transição para a parentalidade consideram que, também para o homem, a gravidez é uma fase repleta de emoções, sentimentos contraditórios, ambivalentes e conflituosos, agradáveis umas vezes e outras, repletos de ansiedade (Correia e Sereno, 2005). Também ao homem se exigem adaptações, reavaliações e ajustes psicológicos.

A participação do pai no nascimento, como parte da humanização dos cuidados numa sala de partos aumenta o envolvimento entre o pai e o bebé e promove a formação do vínculo entre eles (Carvalho, 2003). Deste modo, oferece a oportunidade para a formação de vínculos pais-bebés, propiciando uma experiência importante na paternidade afectiva na construção de novos modelos para a masculinidade. Como se pode observar pelas entrevistadas, tanto adolescentes como adultas fazem referência ao companheiro, no impacto do nascimento:

“Ficou tão contente, nem olhou para mim, foi logo direitinho ao bebé, (...)” (a5);

“ O pai ficou todo contente, mas ele estava mais nervoso do que eu... até chorou quando ele nasceu, (...)” (a6);

“ (...) ele começou logo a chorar e a pegar na menina, a chorar(...)” (A4).

De acordo com Davim e Menezes (2001), o parto constitui para o homem um momento de intensas emoções, possibilitando a primeira aproximação directa do pai com o filho, sem intermediações da mulher, condição necessária durante a gestação onde o feto está incorporado ao esquema corporal da mãe.

Os benefícios trazidos com a presença do pai na sala de partos, não se traduzem só em vantagens para o pai e para a mãe, mas para os dois, como casal e para a tríade mãe-pai-filho, que se está a formar. Compartilhar o momento do parto contribui para uma maior aproximação do casal, fortalecendo a relação de intimidade existente entre ambos, ajudando a evitar o desmembramento familiar, que muitas vezes ocorre nesta etapa de vida do casal (Brandão, 2009).

O nascimento de um bebé proporciona ao homem e mulher a oportunidade de conhecerem novos aspectos da sua personalidade e de adquirirem novas responsabilidades. Actualmente o homem pretende ter uma paternidade mais activa e enriquecedora, da sua vivência pessoal como pai e do seu relacionamento com o filho que vai nascer. Miller (1997), citado por Correia e Sereno (2005) afirma que os pais adolescentes experimentam ansiedade resultante da confrontação entre as exigências da adolescência e as exigências quer da paternidade, quer da namorada (também

adolescente), quer das responsabilidades familiares e sociais, quer ainda das decisões paternas a tomar.

Contrariamente à crença popular, os casais de adolescentes em que há uma gravidez não tem relacionamentos transitórios, antes estas relações tendem a manter-se (Bobak, 1999). Neste sentido, Colman e Colman (1994) afirmam que seria correcto que a experiência da gravidez terminasse, tal como começou, um momento íntimo entre um homem e uma mulher, que em conjunto geraram uma vida e estão prestes a criá-la.

**Quadro 9** – Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Dinâmica Familiar” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Eu tenho mais pessoas e já cuidei dos meus sobrinhos, (...), só que às vezes aflige-me, é o normal, é o primeiro filho, os outros não são nossos e uma pessoa não tem assim tanta, ..., mas, tenho a minha sogra, tenho a minha mãe, a minha irmã por cima, (...)” (a1);</p> <p>“(…), claro que ao início não gostou muito, foi um choque para todos, (...), mas prontos, ela depois começou a comprar roupinha, mas no início custou muito, (...)” (a2);</p> <p>“(…), eu vivo na minha casa ele vive na dele, ..., agora eu vou morar para casa dele, (...), a mãe dele também ajuda, e claro que no início eu tenho sempre lá alguém e tudo.” (a2);</p> <p>“Ao início, foi um bocado difícil para os dois e para toda a gente, ..., eles aceitar, (...), mas depois eu contei à minha mãe, ..., é que eu tenho uma abertura muito grande com a minha mãe, mal desconfiei, ..., contei-lhe logo, então viemos, fomos logo à médica. Ao início é um choque, mas depois é uma alegria, (...)” (a3);</p> <p>“Tenho o apoio sempre dos meus pais, ..., a ajuda, ..., tenho deles, só, mesmo, estão todos a apoiar, (...)” (a3);</p> <p>“Agora tenho de ficar os quatro meses com ela em casa, até ela ir para o infantário, para depois,</p>	

<p>continuar os estudos, ontem vim directa de um exame para aqui, para a Maternidade, ..., já me estavam a dar as dores lá mas, ..., tinha que terminar, (...)" (a3);</p> <p>"P'rá minha mãe já não foi um choque assim tão grande porque a ela aconteceu-lhe o mesmo, é que a minha mãe também teve o meu irmão com a minha idade ..., estava era mais ansiosa do que eu, ..., estava preocupada, ela ficou a noite toda à espera nas Urgências, (...), depois entrou lá a chorar, (...)" (a5);</p> <p>"(...), além de eu ser jovem, não é, sei que vou ter que aguentar com as consequências, não vou curtir o que ia curtir, mas não faz mal eu curto com o meu filho, ..., quando eu for ele também vai, ..., não vamos para a discoteca, ..., quando ele for mais velhinho, (...), ele fica com a avó e eu dou uma escapadela, ao fim de semana, (...)" (a6).</p>	
--	--

Na subcategoria, Dinâmica Familiar deste estudo comparativo, há a grande diferença nos discursos das adolescentes e mulheres adultas. Enquanto cinco adolescentes mencionaram a família neste processo da gravidez e nascimento, as mulheres adultas não focaram o aspecto familiar.

Uma das tarefas mais difíceis que a grávida adolescente enfrenta é a de ter de dizer aos seus pais, o que a pode levar a não falar acerca do seu estado até que este seja óbvio. A mãe habitualmente descobre primeiro e pode tentar escondê-la (Bobak, 1999). Nesta linha de pensamento e de acordo com várias pesquisas, Silva e Salomão, (2003) apontaram que as adolescentes grávidas temem, muitas vezes, comunicar o facto às famílias, adiando a revelação o máximo possível. Pelos depoimentos de duas adolescentes isto é verificado, e as restantes não focaram este aspecto:

" (...) claro que ao início não gostou muito, foi um choque para todos, (...), mas prontos, ela depois começou a comprar roupinha, mas no início custou muito, (...)" (a2);

"Ao início, foi um bocado difícil para os dois e para toda a gente, ..., eles aceitar, (...), mas depois eu contei à minha mãe (...)" (a3);

"(...) ela depois começou a comprar roupinha, mas no início custou muito, (...)" (a2).

A família representa um peso muito importante para a adolescente na gravidez. Este é um momento em que ela avalia de uma forma diferente a sua relação com os familiares

e, mesmo diante do impacto negativo da descoberta da gravidez, que se faz acompanhar da sua atribuição pelo que aconteceu, faz com que a futura mãe comece realmente a ser mais responsável e passe a procurar entender os sentimentos dos pais (Jorge, Fiúza e Queiroz, 2006).

Passado o momento da surpresa, os pais começam a aceitar a gravidez e a acolher a adolescente, compartilhando com ela dos planos para o neto que está para chegar, o que lhe traz alívio e conforto, principalmente por se sentir acolhida por eles. De qualquer forma, o bebé será acolhido: ou a família o fará, ou ajudará a adolescente a assumir a maternidade. Como descrevem estas adolescentes:

“(...) mas, tenho a minha sogra, tenho a minha mãe, a minha irmã por cima(...)” (a1);

“(...) eu vivo na minha casa ele vive na dele, ..., agora eu vou morar para casa dele, (...), a mãe dele também ajuda, e claro que no início eu tenho sempre lá alguém e tudo.” (a2);

“Tenho o apoio sempre dos meus pais, ..., a ajuda, ..., tenho deles, só, mesmo, estão todos a apoiar, (...)” (a3)

As famílias, tanto maternas como paternas tentam solucionar de alguma forma o sustento e a moradia do futuro casal. Tal facto revela que, a aceitação da gravidez, mais cedo ou mais tarde, acaba por se impor. Deste modo, as famílias podem proporcionar mais apoio à mãe adolescente, oferecer ajuda no cuidado com a criança e apoio emocional.

A família deve garantir ao adolescente, homens e mulheres, a protecção e a ajuda na solução dos seus problemas, por mais difíceis que estes possam ser (Bocardi, 2004). Sobre este aspecto é enfatizado que a gravidez precoce pode ser menos estigmatizada, para que a mãe adolescente não sinta que é diferente ou menos importante na família.

A família como instituição social representa um papel fundamental junto da adolescente grávida. Estas jovens, quando recebem apoio e compreensão familiar, sentem maior segurança e coragem para enfrentar a situação que no momento parece ser difícil, pois como refere Bocardi (2004:62) “...as adolescentes grávidas percorrem um longo e doloroso caminho”. Nalguns casos a história da adolescente repete a história da mãe:

“P’rá minha mãe já não foi um choque assim tão grande porque a ela aconteceu-lhe o mesmo, é que a minha mãe também teve o meu irmão com a minha idade ..., estava era mais ansiosa do que eu (...)” (a5).

Neste depoimento, podemos concluir que a mãe desta adolescente também foi mãe adolescente. Na literatura consultada, este fenómeno acontece frequentemente, como

relata Canavarro (2001:329), *“É também curioso notar que filhas de mães com história de gravidez na adolescência e irmãs de mães adolescentes têm maior probabilidade de serem mães na adolescência”*.

Outro aspecto importante é o percurso escolar das adolescentes. Das seis adolescentes entrevistadas somente esta estuda e está convicta que irá retomar a escola logo que o bebé cresça e tenha um lugar onde o possa deixar:

“Agora tenho de ficar os quatro meses com ela em casa, até ela ir para o infantário, para depois, continuar os estudos, ontem vim directa de um exame para aqui, para a Maternidade, ..., já me estavam a dar as dores lá mas, ..., tinha que terminar, (...)” (a3).

Quase todas as jovens mães abandonam a escola, apesar de muitas não abandonar o seu projecto de um dia voltar a estudar, (Catharino e Giffin, 2002). Mas, segundo Canavarro (2001), a gravidez na adolescência parece agravar as dificuldades no prosseguimento da escolaridade. As mães adolescentes sentem-se muito pressionadas para abandonar a escola. A mesma autora continua, ao expor que, *“...as adolescentes quando continuam a frequentar a escola enfrentam grandes dificuldades para conseguir desempenhar simultaneamente as diferentes tarefas em que estão envolvidas”*, (2001:343).

**Quadro 10** – Descrição das unidades de registo relativas à subcategoria “Sentimentos vivenciados após o parto” extraídas das entrevistas a adolescentes e mulheres adultas.

Adolescentes	Mulheres adultas
<p>“Foi bom, valeu a pena. Valeu bem o esforço que fiz, tudo o que sofri.” (a1)</p> <p>“Não estava preparada, não pensei que fosse assim tão doloroso (...) (a1);</p> <p>“Estava muito ansiosa, ..., nunca pensei de puxar assim tanto, muita força não é, muito medricas, digamos assim, ..., fiquei surpreendida comigo mesma, (...). Primeiro estava muito assustada, (...), mas, depois foi fácil, foi uma experiência muito boa (...)” (a2);</p> <p>“(…), é uma mistura de sentimentos saber que ao fim destes nove meses, vamos conhecer o nosso bebé, e depois os nervos, ..., medo não tinha, eu</p>	<p>“(…), acho que vale a pena, pela coisa bonita que se tem, (...)acho que ser mãe é uma coisa única(...)” (A1);</p> <p>“(…), eu gostei da experiência, (...), para além das dores, ..., acho que, (...), eu vinha ansiosa e com um bocadinho de receio, nervosa, ..., mas, ..., só um bocadinho nervosa, ..., o que é normal, (...)” (A2);</p> <p>“Acho que é uma coisa que custa e é dolorosa, mas, quando é chegada a hora de ver a nossa criança, tudo é superado, (...). Estava muito nervosa, com muito medo, ..., também é o primeiro filho, a primeira vez, ...,e há sempre aquela coisa</p>



<p>não tinha medo, mas estava era ansiosa e nervosa, (...), nervosa para saber como era e, ..., curiosidade, ..., como nunca passei, (...). Eu estava com um bocado de medo, era de não saber colaborar...mas consegui, correu bem, (...)" (a3);</p> <p>"Sentia ansiedade mas também medo, ..., medo e nervosismo, (...), medo de, ..., um pouco de tudo, medo de ter dor, medo de que nascesse com o cordão à volta do pescoço, medo que, ..., uma mistura de tudo, (...)" (a4);</p> <p>"Quando eu entrei lá, estava ansiosíssima para que ele viesse para cá para fora, estava mesmo com aquela ansiedade e acho que era isso que não me deixava fazer a dilatação, (...)" (a5);</p> <p>"É que eu tinha medo do parto, (...)" (a6);</p> <p>"Eu pensava que era uma coisa diferente (...), (a6)</p>	<p>de que algo pode falhar, (...)" (A3);</p> <p>"Gostei muito...é uma experiência única e muito boa." (A3);</p> <p>"(...), naquele momento estava nervosa, (...)" (A4);</p> <p>"(...), tinha imensas dores, muita insegurança e ansiedade, e é difícil nós lidarmos com isso, (...)" (A5);</p> <p>"Foi uma experiência muito intensa mesmo, se calhar a mais intensa que eu alguma vez possa viver na minha vida(...)" (A5);</p> <p>"(...), acho que correu melhor do que as minhas expectativas, muito melhor do que aquilo que eu imaginava, ..., eu acho que pensava só no pior, (...), mas, foi totalmente diferente daquilo que eu pensava, (...)" (A6);</p> <p>"(...), como era a primeira vez estava naquele misto de emoções, não sabia se ia demorar muito se ia demorar pouco, ..., se ia correr bem se ia correr mal, ..., era tudo novidade, ..., estava com receio, (...), tinha receio do desconhecido, (...), mas, também sabia que ia ter o meu bebé, não é, isso já compensava, ...a superar, (...), é uma experiência muito boa, ..., experiência a repetir daqui a uns anitos, (...)" (A7);</p>
--	--

Esta categoria envolve todas as expectativas das mães adolescentes e adultas. Podemos constatar que praticamente todas elas falam de ansiedade, medo, dor, e, ao mesmo tempo, referem a experiência como sendo boa. Assim, podemos verificar que as mulheres, quer adolescentes quer adultas vivenciam sentimentos idênticos em relação ao parto e maternidade. Se bem que, só as adultas referiram que ser mãe é uma "experiência única":

"(...) acho que ser mãe é uma coisa única(...)" (A1);

"Gostei muito...é uma experiência única e muito boa." (A3);

"(...) é uma experiência muito boa, ..., experiência a repetir daqui a uns anitos, (...)" (A7).

Realmente ser mãe é uma experiência única para quem a vive. Por mais que queiramos descrever o que sentimos no nascimento de um filho, por experiência própria, é um viver de sentimentos tão intensa que se torna praticamente impossível descrevê-los.

Assim, relativamente ao parto, sabemos que, se não for vivido de forma positiva, *“...constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes”*, como refere Coutinho (2006:61). A atitude da mulher face à maternidade é bastante variável, existindo contudo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de cada sociedade.

Tendo em conta que “Cada parto é um parto”, é deveras importante que a parte cuidativa, ou seja, que as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, sejam capazes de compreender a forma como as mulheres vivenciam este fenómeno único e irrepitível (Rocha, 2009).

Na verdade, segundo Lopes et al, (2005), o parto já é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua a ser referido posteriormente, na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe. Deste modo, os enfermeiros especialistas das salas de parto estão numa posição estratégica para a concretização das suas expectativas, ou seja, podem contribuir significativamente para a vivência deste momento tão intenso. Nestes depoimentos as mães referem “receio do desconhecido”:

“(...) é uma mistura de sentimentos saber que ao fim destes nove meses, vamos conhecer o nosso bebé, e depois os nervos, (...),mas consegui, correu bem, (...)” (a3);

(...) medo de, ..., um pouco de tudo, medo de ter dor, medo de que nascesse com o cordão à volta do pescoço, medo que, ..., uma mistura de tudo, (...)” (a4);

“(...) também é o primeiro filho, a primeira vez, ...,e há sempre aquela coisa de que algo pode falhar, (...)” (A3);

“(...) como era a primeira vez estava naquele misto de emoções, não sabia se ia demorar muito se ia demorar pouco, ..., se ia correr bem se ia correr mal, ..., era tudo novidade, ..., estava com receio, (...), tinha receio do desconhecido, (...)”(A7).

A experiência do nascimento foi acompanhada de medo, e, para a maioria das mulheres, esse sentimento associou-se à dor do parto, a alguma complicação que pudesse surgir, ou mesmo, o medo de que alguma coisa acontecesse ao bebé.

Com efeito, o nascimento de um 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 ventre (Rocha, 2009).

No caso destas mulheres que vivenciaram o parto, a auto avaliação relativamente à forma como lidaram com o fenómeno “parto”, será preponderante na construção de uma auto-estima positiva. Canavarro (2001), afirma que o facto da mulher se sentir valorizada no seu parto promove nesta, um sensação de bem-estar e de satisfação/realização pessoal. Como referem nas entrevistas:

“Foi bom, valeu a pena. Valeu bem o esforço que fiz, tudo o que sofri.” (a1);

“Acho que é uma coisa que custa e é dolorosa, mas, quando é chegada a hora de ver a nossa criança, tudo é superado, (...)” (A3).

Podemos afirmar que o sofrimento explícito nestas afirmações foi evidente, mas deu lugar a uma sensação de felicidade plena pelo nascimento do filho. Este aspecto é corroborado por (Rodrigues, Silva e Fernandes, 2006), quando explicitam que o parto é um dos momentos mais fundamentais na vida da mulher. Complementam que a mulher que se torna mãe, torna-se também diferente e nunca mais volta a ser igual ao que era.

Pensamos que a nossa actuação na sala de partos é extremamente importante. A actuação da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, pode ser gerida de forma a incutir segurança, contribuindo para a participação da mulher e da família no trabalho de parto, ou pelo contrário, suscitar sentimentos de impotência, medo e desespero, dificultando essa participação (Tereso, 2005). Alguns estudos referem que características como a empatia, a simpatia, a paciência, o carinho, a calma transformam em positivas as experiências de parto, das mulheres e suas famílias, provando a importância da assistência neste momento (Brandão, 2009).



## 2 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

É extremamente importante para o desenvolvimento da Enfermagem, enquanto ciência, basear a sua prática clínica na evidência científica, pois só assim podem ser garantidos conhecimentos, capacidades técnicas e um pensamento crítico. A evidência científica resultante da investigação torna-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, onde se incluem os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica às famílias (mães, pais e filhos), em etapas da vida tão relevantes como a gravidez, parto e puerpério.

Ao acompanhar a mulher no momento do parto, é necessário ter em consideração todas as suas particularidades e necessidades. Sendo assim, a adolescência é um período de vida que merece especial atenção, pois nesta fase, a adolescente sofre transformações intensas que lhe permitem evoluir do ser criança para a fase adulta.

Pelo facto de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, o papel do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica é fundamental, sendo determinante a relação que se estabelece, pois deverá ser uma verdadeira e eficaz relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto.

A mulher em trabalho de parto é uma pessoa em situação e vivência única. Todo o processo do nascimento representa para a mulher e adolescente, uma altura em que estão presentes todas as suas expectativas, as suas crenças e valores, as suas esperanças e medos, a relação com o acompanhante e pais e o modo como ela coordena todas estas relações e emoções.

Deste modo, decidimos abordar as vivências da adolescente e da mulher adulta relativamente ao trabalho de parto e parto, por pensarmos que as suas experiências, por todos os factores envolventes, possam ser diferentes.

Os resultados deste estudo permitiram compreender que as vivências do trabalho de parto e parto na adolescência, não divergem muito das vivências da mulher adulta. Após a análise, interpretação e discussão dos dados obtidos com base no referencial teórico, das 6 adolescentes e das 7 adultas entrevistadas, apreendemos que os sentimentos vivenciados no trabalho de parto e parto, como a dor, o medo, a ansiedade, assim como

as expectativas relativamente à analgesia epidural, à presença do acompanhante, aos cuidados na sala de partos, são idênticos. O que realmente é diferente nos discursos das entrevistadas é que, as adolescentes referem a família como suporte fundamental nesta fase das suas vidas.

Assim, todas as adolescentes falaram na família e disseram ter recebido o apoio desta, na gravidez. As mulheres adultas não focaram a família o que faz crer que todas são independentes e tem a sua vida pessoal mais organizada.

Quanto ao relacionamento com o companheiro, percebemos, que uma das grandes expectativas das adolescentes se refere ao companheiro assumir a paternidade. Demonstram isso ao ressaltar com orgulho e alívio que “ o companheiro está com elas, e apoia em tudo”. Além disso focaram a parte emotiva do pai do bebé, no nascimento. As adultas só salientaram a emoção do pai, ao ver o bebé.

Em relação ao acompanhamento durante o trabalho de parto, foi geral o sentimento de que ter alguém “naquele momento”, é essencial. A dor, durante o trabalho de parto e parto foi relatada por todas. Referiram que, a analgesia epidural “foi uma maravilha que caiu do céu”, assim como sentiram um alívio enorme depois do bebé nascer. Não focaram outros mecanismos para defesa da dor e só uma adulta frequentou as aulas de preparação para o parto. Importante foi encontrar que uma grande maioria, tanto adolescentes como adultas, que referiram o período expulsivo como um momento difícil, pelo aspecto de não conseguirem puxar.

A relação mãe-filho foi uma das subcategorias que todas as mães falaram. Nota-se uma expectativa muito grande para ver e pegar no seu bebé e todas revestem este momento como “único” e de grande emotividade.

Relativamente à caracterização da equipa de enfermagem, foi unânime a manifestação de sentimentos apazíveis pela assistência recebida. Os cuidados referidos caracterizam a equipa como “excelente” e deles fazem parte a simpatia, a disponibilidade, a confiança e a comunicação. Sentimos que a satisfação das mulheres, para com a equipa é essencial. Pelos depoimentos das adolescentes, podemos inferir que a relação de ajuda demonstrada pelas enfermeiras, também foi adequada e específica a cada a adolescente.

Os sentimentos vivenciados após o parto são positivos, tanto pelas adolescentes como pelas adultas. Apesar de haver uma expectativa muito grande em relação a todo este processo do nascimento, as entrevistadas referem que esta experiência, além de ser muito intensa e plena de emoções, valeu a pena

.

Resumindo, podemos focar alguns aspectos essenciais e associar também algumas sugestões. Relativamente à adolescência:

- A desinformação das adolescentes sobre temas sexuais é a primeira causa da gravidez não desejada nesta fase, cujas consequências nos planos psicológico e socioeconómico, tanto para o Recém-nascido como para os pais, podem ser muito importantes.
- Apesar da gravidez na adolescência exercer forte impacto biopsicossocial, o aspecto biológico é o menos afectado, pelo menos a partir dos 16 anos, visto que a repercussão da gravidez sobre o organismo da adolescente e o resultado obstétrico são equivalentes aos da mulher adulta. O aspecto psicológico é um dos mais complexos devido às peculiaridades do desenvolvimento nessa etapa da vida (Baraldi, Daud, Almeida, Gomes, Nakano, 2007). As adolescentes entrevistadas optaram por assumir a maternidade. No entanto, esta escolha altera o percurso das suas vidas, acarretando dificuldades no que se refere aos aspectos escolar, profissional, afectivo e social.

Resumindo, a gravidez e maternidade na adolescência são processos complexos, que dependem da capacidade de decisão/apoio da adolescente na sua situação específica, tendo em conta os factores familiares, sociais, económicos e culturais. É necessário desenvolver e envolver programas sociopolíticos que estimulem os profissionais no sentido de um maior empenho em pesquisas e programas de intervenção dirigidos à adolescente e família.

Relativamente ao parto:

- Uma análise global dos resultados obtidos neste estudo sugere que a aquisição de uma experiência de parto positiva pode ser uma tarefa desenvolvimental fundamental necessária ao ajustamento da mulher durante o período de transição para a maternidade à sua disponibilidade para a prestação de cuidados ao bebé e ter outros filhos.
- O apoio emocional de um acompanhante à escolha da parturiente é essencial para que a mulher possa conviver melhor com a dor e ansiedade, durante todo o processo do trabalho de parto e parto. Neste sentido, o acompanhante necessita de apoio e colaboração dos profissionais de saúde na condução adequada de assistência à mulher. É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados quanto à relevância da

presença do acompanhante para a parturiente, como também precisam de estar preparados para executarem as suas actividades junto ao acompanhante e parturiente. A informação sobre a evolução e conduta de todo o processo de nascimento é crucial.

- Notamos que os conhecimentos que as mães apresentam relativamente a todo o processo do nascimento e também nos cuidados para com o RN, são insuficientes. Assim, o papel da enfermeira na consulta de vigilância à gravidez é fundamental. Além de todo o seu papel no ensino e acompanhamento, a divulgação das aulas de preparação para o parto é fundamental.

- Convém reforçar a especificidade das adolescentes, e, por isso deveria ser criada uma consulta dirigida a este grupo específico, tanto na gravidez como no pós-parto. Pensamos que há mesmo a necessidade das adolescentes terem, uma enfermeira de referência nesta fase tão importante das suas vidas.

Este estudo, dada a sua característica e especificidade, não pode ser encarado como uma investigação com o fim em si mesmo, pois estamos conscientes que este se cinge a esta realidade na descrição de uma forma particular. Todavia, sugerimos que outros estudos sejam realizados, numa busca contínua de uma melhor compreensão do fenómeno trabalho de parto e 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 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/adolescente como pessoas que vivem um momento tão maravilhoso e simultaneamente complexo.

É fundamental que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, para além de desenvolver competências técnicas, desenvolva competências relacionais porque se ambas não estão presentes no mesmo momento, não é possível humanizar os cuidados. Cuidar em Enfermagem e na especificidade de uma mulher adolescente/ adulta durante o trabalho de parto e parto, implica uma responsabilidade social envolvente e humanizante que permite identificar todas as necessidades da mulher e futura mãe. “Ser cuidada é vivência única” e a Maternidade também.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. M. R.(1987). *Adolescência e Maternidade*. Lisboa: Edição Fundação Calouste Gulbenkian.

ALMEIDA, L. e Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.

ALMEIDA et al. (2005) *Concentração plasmática do hormónio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio de ansiedade e dor do parto*. Revista Latino-Americana De Enfermagem – Março/Abril; 13(2), 223-228, disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Consultado em Janeiro de 2010.

BALLONE, GJ. (2007) Gravidez na Adolescência. In. PsiqWeb Internet, disponível em <http://http://www.psiqweb.med.br> Consultado em 26 de Agosto de 2007.

BARDIN, Laurence (2004) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BASTO, Marta Lima (1998) *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.

BOBACK, I; LOWDERMILK, D; JENSEN, M; (1999) *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-09-6.

BOCARDI, M. I. B.(2004) *Assistência Pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1995) *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Colecção Ciências da Educação, Porto Editora.

BRANDÃO, Sónia (2009) *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto.

BRITO, I.P.M; SATO R.(2002) Parto humanizado – Revista Coreu PR; Nº 1.Disponível em <http://www.coreupr.org.br/revista/.html>. Consultado em 27 de Junho de 2010.

BUENO, Gláucia da Motta (2007) Gravidez na Adolescência. Tese de Mestrado, disponível em <http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html> Consultado em 31 de Agosto de 2007.

CANAVARRO, Maria Cristina (2001) Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento, IN: CANAVARRO, Maria Cristina – Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.

CANAVARRO, Maria Cristina; PEREIRA, Ana Isabel (2001) Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas, IN: CANAVARRO, Maria Cristina – Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.

CARDOSO, Maria Filomena S.(1993) Gravidez na Adolescência. Textos de apoio à aula Teórico prática. Porto.

CARRARO et al. (2006) Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca, da opinião das mulheres. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 15 (Esp.). Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Consultada em Janeiro de 2008.

CARVALHO, M.L.M. (2003) Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol.19, supl.2, 389-398.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K.(2002) Gravidez e adolescência – Investigação de um problema moderno. Trabalho apresentado no XIII encontro de Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de Novembro de 2002.

CLAES, Michel (1985) Os problemas da Adolescência. Lisboa: Verbo.

COLMAN, L.; COLMAN, A. (1994) Gravidez: A experiência Psicológica. Lisboa: Edições Colibri.

CONCEIÇÃO, Márcia (2009) O ajustamento materno no relacionamento íntimo com o companheiro após o parto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto.

CORDEIRO, J. Dias (1988) Os Adolescentes por Dentro. Lisboa: Edições Salamandra.

CORREIA, Maria de Jesus; ALVES, Maria José (1990) Gravidez na Adolescência: o nascimento de uma consulta e um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, Agosto Nº4, 429-434.

CORREIA, Maria de Jesus (2000) No mar de emoções: ser mãe adolescente. *Revista APF- Sexualidade e Planeamento*, Nº27/28,13-16. ISSN 0872-7023.

CORREIA, Maria José (2005) Gravidez e Maternidade em Grupos de Risco, IN: LEAL, Isabel – *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Edições Fim de Século.

CORREIA, M. J.; SERENO,S.(2005) O lado masculino da gravidez adolescente. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 40/41.

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A. & PAIS, A.(2003) Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 47-67.

COUTINHO, Emília Carvalho (2006) A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista Sinais Vitais*, Setembro, Nº68, 61-66.

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

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001) – Plano Nacional da Luta contra a dor. Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001.

DAVIM e MENEZES (2001) Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Nov./Dez; 9(6). Disponível em [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf) Consultado em Junho de 2010.

DAVIM, TORRES e MELO (2007) Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino Americana de*

Enfermagem. Nov./ Dez; 15(6). Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Consultado em Junho de 2010.

D'ORSI Eleanora, et al. (2005) Qualidade de atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 646-654.

EISENSTEIN, Evelyn (2005) Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, Junho - Volume 2, Nº2.

ERIKSON, E. (1973) *Dimensions of New Identity*. Norton, New York.

FABIÃO, Joana (2001) *Adolescentes grávidas: vidas e(m) desenvolvimento – Um estudo exploratório, uma abordagem fenomenológica interpretativa*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

FABIÃO, Joana (2005) *Adolescentes grávidas: vidas e(m) desenvolvimento. Um estudo exploratório, uma abordagem fenomenológica interpretativa*. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, Nº 11, 34-45.

FIGUEIREDO, Bárbara (2000) *Maternidade na Adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais*. *Revista Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 485-498.

FIGUEIREDO, Bárbara (2001) *Maternidade na Adolescência: do risco à prevenção*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Volume 3, Número 2, Julho/Dezembro, 221-238.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; e PACHECO, Alexandra (2002) *Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas*. *Análise psicológica*, 2 (XX): 203-217.

FIGUEIREDO, Bárbara; PACHECO, Alexandra; MAGARINHO, Rute (2004) *Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003*. *Revista Análise Psicológica*, 3 (XXII), 551- 570.

FIGUEIREDO, Bárbara; PACHECO, Alexandra; MAGARINHO, Rute (2005) *Grávidas adolescentes e Grávidas adultas. Diferentes Circunstâncias de Risco?* In: *Acta Med. Port.* 18, 97-105.

FIGUEIREDO, Bárbara et al. (2006) *Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez*. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 003 – 025, 3-25.

FERNANDES, Michèle (2003) Maternidade na adolescência: visão demográfica de um problema social. Disponível em: <http://www.apdemografia.pt/pdf-congresso/2-Michele-Fernandes.pdf>. Consultado em 26 de Agosto de 2007.

FLEMING, M. (1993) Adolescência e Autonomia – O Desenvolvimento e a Relação com os pais. Porto: Afrontamento.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

GRAÇA, Luís Mendes (2000) Medicina materno-fetal I.(2ª ed.). Lisboa: Lidel.

GRANDE, Nuno (2000) Ética e Investigação. Conferência “Investigação em Enfermagem – A Investigação para ao Desenvolvimento da Profissão”. Proferida no Fórum da Maia, Jan. de 2000. Organização ICBAS/Revista Sinais Vitais, e Publicada na Revista Investigação em Enfermagem, Agosto, nº2.

GIL, António Carlos (1991) Como Elaborar Trabalhos de Pesquisa. 3ª Edição, São Paulo: Editora Atlas.

INSTITUTO NACIONAL de ESTATÍSTICA (INE) – Estatísticas Demográficas. Disponível em: <http://www.ine.pt/> . Consultado em 5 de Setembro de 2007.

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

JOHNSON, Phyllis A. (1999) Sexualidade, gravidez e paternidade na adolescência. In: BOBAK, Irene M. et al – Enfermagem na Maternidade. 4ª Edição, Lusociência: Lisboa, 754-778.

JORGE, M.S.B.; FIÚZA, G. V.; QUEIROZ, M. V. O. (2006) A fenomenologia existencial como possibilidade de compreensão das vivências de gravidez em adolescentes. Revista Latino Americana de Enfermagem. Nov. Dez.14 (6).

JUSTO, João (2000) Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. Revista Portuguesa de Psicossomática. Volume 2, Número 2, Julho/Dezembro, 97-147.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J. H.(1992) Pais/Bebé: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

KITZINGER, Sheila (1978) Mães, um estudo antropológico da Maternidade. Lisboa: Editorial Presença Lda.

KNOR, Emily R. (1990) Decisiones en Enfermeria Obstetrica. Editora Doyma, S. A.

LABORDA, R. G. A.; GONZÁLEZ, E.F.(1996) Nutrición y Dietética durante el Embarazo. Editora Masson, S. A.

LEAL, Isabel (2005) Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Lisboa: Edições Fim de Século.

LOPES, Rita C. S. et al. (2005) O Antes e o Depois: Expectativas e Experiência de Mães sobre o parto. Psicologia, Reflexão e Crítica, Vol.18, Nº2, 247-254.

LOUREIRO, Luís (2002) Orientações Teórico - Metodológicas para aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem. Revista Referência, Maio, Nº8.

LOUREIRO, Luís (2006) Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. Revista Referência IIª série, Junho, Nº2.

LOURENÇO, M. Madalena (1998) Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência. A adolescente, a família e a escola. Lisboa: Edições Fim de Século.

MACHADO, Margareth V. P. (2004) A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Curitiba.

MACHADO e ZAGONEL (2003) O processo de cuidar a adolescente que vivencia a transição ao papel materno. Revista electrónica de Enfermagem v. 5 – Nº2, 24-32.

MALDONADO, M.T. (1989) Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 10ªEdição, Petrópolis: Vozes.

MAMEDE, ALMEIDA, SOUSA e MAMEDE (2007) A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Revista Latino-americana de Enfermagem, Nov./Dez. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Consultada em Março de 2008.

MARQUES, F. Silva (1985) Aspectos Sociais na Adolescência. Revista Portuguesa de Pediatria. Lisboa, Número 16, 37-46.

MARTINS, Elsa; MARQUES, Maria João; e TOMÊ, João (2002) Analgesia epidural obstétrica. Revista Portuguesa Clínica, 18: 163-168.

MENEZES, Isabel (1990) Desenvolvimento no Contexto familiar. In Campos, Bártolo Paiva – Psicologia do Desenvolvimento e educação de Jovens. Lisboa: Universidade Aberta, Vol.II, 140-181.

MENDES, I.M. (2007) Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

MENDES, M. L. (1993) Curso de Obstetrícia. Coimbra: Livraria Almedina.

MONTEIRO, Denise; CUNHA, Alfredo; BASTOS, Álvaro (1998) Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Lda.

OLIVEIRA e MADEIRA (2002) Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Revista. Esc. Enfermagem, 36 (2), 133-140.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ FNUAP /UNICEF (1989) Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para acção. Org. M. De Saúde, Genebra.

POLIT, D; e HUNGLER, B. P.(2004) Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1992) Manual de Investigação em Ciências Sociais. 1ª Edição. Lisboa: Gradiva.

RESENDE, Jorge (1991) Obstetrícia. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

ROCHA, Vítor (2009) A água como meio alternativo para o nascimento natural. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto.

RODRIGUES, SILVA e FERNANDES (2006) Acção interactiva Enf. cliente na assistência obstétrica – Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, Abril/Junho; 14(2), 232-238. Disponível em [www.facenf.uerj.br](http://www.facenf.uerj.br) Consultado em Novembro de 2008

ROMEIRA, Olga (2008) ForumEnfermagem – Comunicação Online de Enfermagem em [www.forumenfermagem.org](http://www.forumenfermagem.org).

RIBEIRO, José Luís (1990) Desenvolvimento Intelectual. In: CAMPOS, Bártolo Paiva – Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens. Lisboa: Universidade Aberta, Vol.1,48-88.

SAMPAIO, D.(1991) Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio. 4ª Edição. Lisboa: Editorial Caminho.

SAMPAIO, D.(1996) Inventem-se novos pais. Lisboa: Editorial Caminho.

SANTOS, Margarida Reis (2003) Gravidez na Adolescência. Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. Número 4, 36-38.

SANTOS, Sílvia Reis dos, SCHOR, Néia (2003) Vivências da maternidade na adolescência precoce. Revista Saúde Pública, Número 37 (1), 15-23.

SCHMID, Verena (2007) About Physiology in Pregnancy and Chilbirth. 2ª edizione. Firenze:Litografia I.P.

SILVA, Miguel Oliveira da (1992) A gravidez na adolescência. Relevância clínica da intervenção pré- natal. Lisboa.

SILVA, Ana Mateus (2004) Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes. Perspectiva de Prevenção em Saúde Mental na Adolescência. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.



SILVA, D.; SALOMÃO, N. (2003) A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 135-145.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. (2003) *Psicologia do Adolescente - Uma abordagem desenvolvimentista*. 3ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian.

SPRINTHALL, R.; SPRINTHALL, N.(2000) *Psicologia Educacional. Uma abordagem desenvolvimentista*. Editora Mc Graw-Hill – Ciências da Educação.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

SOARES, Isabel; JONGELENEN, Inês (1998) *Maternidade na Adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental*. Lisboa: *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 373-384.

SOARES, Isabel; MARQUES, Maria Clara; MARTINS, Carla; FIGUEIREDO, Bárbara; JONGELENEN, Inês; MATOS, Raquel (2001) *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Um Estudo Longitudinal*, IN: CANAVARRO, Maria Cristina – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

TARKKA, M. T.; PANNONE, M.; e LAIPALE, P. (2000) Importance of Midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian, Journal of Caring Sciences*, 14, 184-190.

TAVARES, Margarida; BARROS, Henrique (1996) *Gravidez na adolescência em Portugal*. *Revista de Epidemiologia, Arquivos de Medicina*, 10 (Supl.4), 3-8.

TERESO, Alexandra (2005) *Coagir ou emancipar? Sobre o papel da Enfermagem no exercício de cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau.

TRIVINOS, A.(1986) *Introdução à Pesquisa em Ciências sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Editora Atlas S. A.

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

ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K. F.; ATHAYDE, J. (2003) O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. Revista Electrónica de Enfermagem, volume 5, número 2, 24-32. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> Consultado em 26 de Agosto de 2007.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Autorização da comissão de ética**









## **ANEXO II – Consentimento informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, ....., concordo em participar neste estudo (de investigação) realizado pela mestrande Ana Paula Miller Brandão, a frequentar o XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, com o tema: “**Vivências do Trabalho de Parto. Estudo Comparativo entre Adolescentes e Mulheres Adultas**”

Fui informada de forma detalhada sobre o sigilo e confidencialidade das informações que prestar.

Concordo com o uso de gravador durante a entrevista, desde que seja mantido o anonimato do conteúdo das gravações que serão transcritas e, após, inutilizadas pela autora.

Assino o termo de consentimento após ter sido esclarecida das minhas dúvidas.

Data:

---

(assinatura da adolescente – participante na investigação)

---

(assinatura do responsável legal)



## **ANEXO III – Guião de orientação das entrevistas**



# **GUIÃO DA ENTREVISTA**

## **Primeira Parte**

<b>Entrevista 1ª Momento</b>	<b>Data:</b>	<b>Local:</b> Serviço Núcleo de Partos da Maternidade Júlio Dinis
<b>Objectivo:</b>  Formalizar o pedido de colaboração das mães adultas e adolescentes para participarem no estudo, através do pedido de consentimento informado.		
<b>O que realizar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Apresentação pessoal;</li><li>✓ Apresentação do estudo: objectivos, finalidade, motivo da realização das entrevistas e seu local de realização – Obstetrícia/ Puerpério Piso 2;</li><li>✓ Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida;</li><li>✓ Entrega do documento escrito formal do pedido de consentimento informado, no caso da aceitação das participantes, e respectiva assinatura do documento;</li><li>✓ Realização de ficha de identificação com os dados sócio demográficos e obstétricos.</li></ul>		

## Segunda Parte

<b>Entrevista Nº</b> ____ <b>2º Momento</b>	<b>Data:</b> __/__/__	<b>Hora de Início:</b>  <b>Hora de Terminus:</b>
<p><b>Identificação codificada das participantes:</b> _____</p> <p><b>Objectivos Específicos da Entrevista:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Descrever as experiências vivenciadas pelas mães adolescentes e adultas, relativas ao trabalho de parto e parto;</li><li>✓ Perceber o papel atribuído às intervenções de enfermagem no sector da sala de partos, relativamente às experiências vivenciadas por ambas as mães, durante o trabalho de parto e parto.</li></ul> <p><b>Entrevista orientada por duas questões:</b></p> <p>“Gostaria que me contasse como foi a sua experiência durante o tempo em que esteve em trabalho de parto”;</p> <p>“Fale-me da sua experiência com os profissionais de enfermagem, durante o período que esteve em trabalho de parto e durante o parto”.</p>		