

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

PREPARAÇÃO PARA O PARTO

***REPRESENTAÇÕES MENTAIS DE UM GRUPO DE GRÁVIDAS DE UMA
ÁREA URBANA E DE UMA ÁREA RURAL***

Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar

GERMANO RODRIGUES COUTO

PORTO

Janeiro 2002

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

VII MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

PREPARAÇÃO PARA O PARTO

***REPRESENTAÇÕES MENTAIS DE UM GRUPO DE GRÁVIDAS DE UMA
ÁREA URBANA E DE UMA ÁREA RURAL***

Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar

GERMANO RODRIGUES COUTO

Orientador:
OLGA FERNANDES, Mestre em Ciências de Enfermagem

PORTO
Janeiro 2002

*Para Carla, Beatrix e Matilde
pelo seu tempo, entendimento e apoio;*

*para meus Pais
pela sua preocupação e carinho.*

Agradecimentos

À **Enfermeira OLGA FERNANDES**, pelo seu apoio contínuo, preocupação, incentivo e persistência na orientação deste estudo;

Ao **Professor Doutor NUNO GRANDE**, por tudo o que tem alcançado em prol da vida, especialmente através da dignificação e da evolução da Enfermagem;

A todas as **GRÁVIDAS** anónimas e intervenientes, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho de investigação;

Às Direcções da **MATERNIDADE JÚLIO DINIS** e do **CENTRO DE SAÚDE DE VILA DO CONDE** pela sua anuência imediata à execução deste estudo em defesa da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde a prestar;

Aos excelentíssimos **COLEGAS**, pela amizade demonstrada e esforços partilhados.

*“Portanto, nada de anátema divino neste capítulo da vida humana.
À semelhança da Mãe de Deus e dos Homens, todas as mulheres podem
e **devem** dar à luz laetabundae et laudantes. Assim, consoante a filosofia
biológica, é que se entende que seja o fenómeno do parto: uma gozosa e leda
operação”.*

(AQUILINO RIBEIRO in JEANSON, C. – *Princípios e prática do parto sem dor*, 1959:Prefácio)

RESUMO

A **Enfermagem**, enquanto ciência e disciplina, tem sido nas últimas décadas palco de um desenvolvimento técnico e relacional sem precedentes. Os enfermeiros na qualidade de prestadores de cuidados de excelência devem, acima de tudo, procurar formar-se continuamente na busca das necessidades dos seus clientes e dos seus próprios objectivos.

Este trabalho de investigação procura ser uma configuração básica para essa mesma formação. Na área da Saúde Materna e Obstétrica e da Educação Sexual, a **preparação para o parto** emerge como pedra basilar que visa contrabalançar não só a mulher como protagonista da gravidez e do parto como o próprio profissional de saúde, enquanto meio utilizado pela comunidade para um fim: viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado e exultante por parte da mulher e da sua família.

A preparação para o parto foi estudada segundo as perspectivas das representações mentais da mulher grávida. É importante compreender as reacções fisiológicas da mulher à dor, e ser capaz de identificar os factores que afectam a intensidade da dor que ela sente durante o trabalho de parto e o parto. Mas, o objectivo da preparação para o parto não é, somente, o controlo da dor e a colaboração da mulher e da sua família neste. Consiste, como veremos na apresentação deste relatório, em informar e retirar dúvidas, tornar conhecido o desconhecido e ouvir os medos e preocupações da mulher.

A investigação que passamos a apresentar foi realizada durante um período de tempo de cerca de 11 meses. É um estudo qualitativo, exploratório descritivo, cuja informação foi recolhida por entrevista a 20 grávidas primigestas de uma área urbana e de uma área rural. A intenção do estudo foi **explorar** e **descrever** as representações

mentais destas grávidas acerca da preparação para o parto, concluindo-se que esta se revela insuficiente para a grávida poder actuar durante a gravidez e o trabalho de parto e estar preparada para cuidar do recém-nascido. As grávidas entrevistadas referiram medo relativamente ao parto, desconhecimento do tipo de colaboração que podem dar durante essa fase difícil para a mulher, mas recorrem a informação do tipo informal para seu esclarecimento e verbalizam interesse em fazer uma preparação para o parto durante toda a gravidez que englobe o conhecimento sobre o desenvolvimento da criança no útero, transformações psicofisiológicas da mulher, sinais e sintomas de início de trabalho de parto, atitudes de colaboração/participação no parto e conhecimentos sobre cuidados ao recém-nascido. Esperamos com este estudo contribuir com uma reflexão/participação para o planeamento de uma assistência à mulher grávida mais eficaz e com mais qualidade.

ABSTRACT

Nursing, science and discipline has had, in the last decades, a stage in technical and relational development without precedents. Nurses as excellence care takers should, above all, search continuously to form themselves, finding client needs and their own purposes.

This investigation, wants to be a basic/first attempt to that formation. In Maternal and Obstetrical Health and Sexual Education areas, **delivery training**, emerges as a basic support, that aims to counterbalance not only women as protagonist in pregnancy and delivery, but also health professionals as a meaning used by community to an end: living in an healthy and harmonious pregnancy, culminating in a participated, informed, controlled and exulted delivery by women and their families.

Delivery training was studied by mental representations of pregnant women. It is important to understand physiological reactions of women to pain, and be able to identify factors that affect pain intensity and what they felt during labour and delivery. However, delivery training purpose is not only pain control and women and their family collaboration in it. Consists, as we shall see in this report presentation, informing and taking doubts, making the unknown known and listening to their anguishes and worries.

The investigation we began to present took place during a period of eleven months. It is a qualitative, exploring and descriptive study, whose information were collected from 20 first time pregnant women interviewed from both urban and rural areas. The study intention was to **explore** and **describe** pregnant mental representations about delivery training, coming to a conclusion that delivery training reveals to be insufficient for pregnant act during pregnancy and delivery and be prepared to take care of her new-born. Interviewed pregnant referred fear relative to delivery, having no

knowledge about collaboration they can give during that stage, appealing to informal information to their explanation and express interest to do delivery training during all pregnancy which contains development knowledge about child in womb, women psycho philological transformations, labour initiation signs and symptoms, collaboration/participation attitudes in delivery and new-born care knowledge. We hope with this study to contribute for a reflection/participation planning to a pregnant women assistance more efficacious and with higher quality.

SUMÁRIO

Folha

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO	25
1. <u>ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ E PARTO</u>	32
1.1. O DESENVOLVIMENTO DA GRAVIDEZ	35
1.2. O PARTO	38
2. <u>ASPECTOS CULTURAIS ASSOCIADOS À PREPARAÇÃO PARA O PARTO</u>	43
2.1. LEGISLAÇÃO EM VIGOR	44
2.2. PAPEL DA FAMÍLIA/SOCIEDADE NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO	45
2.3. A TRADIÇÃO ORAL	49
2.4. A TRADIÇÃO ESCRITA.....	51
2.5. REPRESENTAÇÕES MENTAIS DA GRÁVIDA E A SUA IMPORTÂNCIA NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO.....	53
3. <u>PREPARAÇÃO PARA O PARTO</u>	60
3.1. PREPARAÇÃO PARA O PARTO PELO MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO	64

3.2. OUTROS MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO	67
PARTE II – DESENHO DO ESTUDO	79
1. <u>MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO</u>	82
1.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	87
1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA: AS PARTICIPANTES NO ESTUDO	89
PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO	95
PARTE IV - CONCLUSÕES DO ESTUDO	125
ANEXOS	
ANEXO I - Pedido de autorização, para realização de entrevistas a grávidas, na Maternidade Júlio Dinis – Porto	127
ANEXO II - Pedido de autorização, para realização de entrevistas a grávidas, no Centro de Saúde de Vila do Conde – Unidade de Saúde da Junqueira	129
ANEXO III - Guião estruturado para a realização das entrevistas	131
ANEXO IV - Matrizes interpretativas das entrevistas às grávidas do grupo da área urbana	133
ANEXO V - Matrizes interpretativas das entrevistas às grávidas do grupo da área rural	140
BIBLIOGRAFIA	147

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Folha

DIAGRAMA 1 – Ciclo, que segundo REZENDE, origina a dor de parto	42
DIAGRAMA 2 – Desenho do estudo	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Folha

GRÁFICO 1 – Distribuição etária das grávidas de acordo com a área de residência	92
GRÁFICO 2 – Habilitações acadêmicas das grávidas de acordo com a área de residência.....	93
GRÁFICO 3 – Distribuição profissional das grávidas de acordo com a área de residência.....	93

ÍNDICE DE QUADROS

Folha

QUADRO 1 – Esquema de vigilância na gravidez	37
---	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Folha

TABELA 1 – Representação do Parto para as grávidas do grupo da área urbana	99
TABELA 2 – Representação do Parto para as grávidas do grupo da área rural.....	101
TABELA 3 – Informação do tipo formal dada, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área urbana	105
TABELA 4 – Informação do tipo formal dada, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área rural	106
TABELA 5 – Informação do tipo informal procurada, durante a gravidez, pelas grávidas do grupo da área urbana	108
TABELA 6 – Informação do tipo informal procurada, durante a gravidez, pelas grávidas do grupo da área rural	109
TABELA 7 – Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área urbana	112
TABELA 8 – Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área rural	114
TABELA 9 – Ideia de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto das grávidas do grupo da área urbana	116
TABELA 10 – Ideia de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto das grávidas do grupo da área rural	118
TABELA 11 – Vantagens/desvantagens de viver na cidade de acordo com a opinião das grávidas do grupo da área urbana	120
TABELA 12 – Vantagens/desvantagens de viver na aldeia de acordo com a opinião das grávidas do grupo da área rural	122

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“O principal problema que as ciências humanas têm de enfrentar não é uma questão de interpretar, isto é, de serem confrontadas com a questão do sentido; é-o, sim, a de proceder como se o sentido não existisse ou, seja, como se os factos sociais tivessem que ser percebidos”.

(BERNIER in LESSARD-HÉBERT, 1994:46)

Gravidez e parto são, por definição, duas etapas, na espécie humana, consagradas exclusivamente ao feminino. Esta decisão natural e selectiva converteu estas disposições em momentos do quotidiano, com um carácter cultural variado e rico, do ponto de vista de cada pessoa, tanto pelas definições subjacentes às mesmas, como pelas atitudes e ritos consagrados, consoante a cultura inerente.

O estado gravídico, acima de tudo, pode ser considerado um *estado ritual*, isto é, um estado de contínuo cumprimento de tradições e costumes passados de geração em geração, como refere KITZINGER (1996:75). Nesta perspectiva, a futura mãe tem uma relação activa com a sociedade, cabendo-lhe integrar-se e fazer a ligação entre o

INTRODUÇÃO

presente e o passado o humano e o divino, ou seja, lançar a ponte sobre a diversidade cultural de cada geração. Descreve ainda, a citada autora que *“a mulher grávida está em perigo ritual [...] por se encontrar num estado ‘intermediário’ – ainda não é mãe e já não é virgem [...] Deixou um estatuto, mas ainda não foi aceite noutra. Assim, está em estado marginal”*. Seguindo este pensamento audaz, mas de uma veracidade constante em muitas sociedades (se não, de forma variável, em todas), podemos pensar então da necessidade de compreendermos de forma científica e inteligente a gravidez e consequente parto.

Nada nos parece mais premente ser analisado à luz da ciência e da própria génese humana, do que a necessidade de estudar a gravidez e todas as ideias inerentes a esse estado, tais como o parto e a sua preparação, visto os mesmos serem a base da vida humana. Então, porquê deixar de cimentar conhecimentos e saberes sobre estes assuntos, tão importantes para a nossa prática? As razões da escolha deste tema para estudo prendem-se com os factos de possuímos a especialidade em Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica, de convivermos diariamente com grávidas na consulta, colaborando na realização do parto. Pensamos que o entendimento sobre as representações que as clientes, as grávidas, possuem acerca deste percurso, é extremamente importante para que a enfermagem enquanto disciplina, consiga estruturar melhor as suas práticas profissionais, nomeadamente no que diz respeito ao acompanhamento da mulher grávida.

O saber em enfermagem começou por ser fundado nas práticas médicas delegadas, tal como, por exemplo, através das prescrições médicas. Foi-se edificando progressivamente num saber específico próprio, à medida que, por um lado, os *currícula* escolares de enfermagem evoluíam e, por outro, os profissionais iniciavam a busca do saber inerente às suas práticas e se impunham lentamente com alguma autonomia na acção. Mais tarde, o saber em enfermagem sofreu uma teorização mais alargada e subsidiada por outras disciplinas que em muito contribuíam para um conhecimento **global** do homem, como afirmaram nas décadas de 80 e 90 algumas

INTRODUÇÃO

teóricas de Enfermagem como MAYEROFF, WATSON, ROGERS, KING, entre outras, dando novos sentidos às práticas profissionais.

POLETTI, estudiosa da disciplina de enfermagem, escreve como esta foi evoluindo ao longo dos tempos pelo seu saber, que hoje é mais específico e mais aprofundado. O conhecimento em enfermagem aponta para um *cuidado* que comporta na sua história duas acepções distintas:

- uma acepção tradicional, inerente à prescrição médica na qual o enfermeiro se situa e apenas executa os actos prescritos pelo médico;
- uma acepção relativa ao seu próprio papel de actuação, no qual possui uma real autonomia e aplica o seu próprio saber (GOMES, 1995:21).

O papel do enfermeiro passa a ser de **complementaridade** e de **colaboração** na equipa de saúde. O enfermeiro exerce hoje um conjunto de competências técnicas e relacionais que garantem a sua responsabilidade, amparando-se numa metodologia científica ao prestar cuidados específicos ao cliente/pessoa, à família e à sociedade. E já que os níveis de intervenção são diferentes, os elementos das equipas tendem a completar-se e não a sobrepor-se, até porque a intervenção do médico, por exemplo, está centrada na doença, enquanto que a do enfermeiro está centrada na *pessoa cuidada*, na sua globalidade como um ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, promovendo a saúde e o bem-estar global.

Por outro lado, pensando um pouco no desenvolvimento da sexualidade, constatamos ser responsabilidade social preparar emocionalmente as jovens para o momento do parto. Na sociedade, as meninas preparam-se para a função maternal na família, brincando com as bonecas desde a mais tenra idade. Provavelmente o parto, como tudo o que se refere à sexualidade ficará ainda aqui uma vez mais omisso. Ainda é tabu na nossa sociedade, não sendo a maior parte das vezes transmitido com a tranquilidade necessária. Em alguns grupos sociais, as meninas aprendem a cuidar dos bebés porque as famílias são relativamente numerosas e muitas vezes são os irmãos mais velhos que cuidam dos mais novos. Tal não acontece na maior parte das famílias

INTRODUÇÃO

da Europa Ocidental. Assim, a gravidez e parto tornam-se momentos da vida *fluidos*. A ideia do parto é na maioria das vezes transmitida pelas imagens televisivas.

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 esta aprendizagem não for realizada de forma progressiva e coerente, de acordo com o nível de compreensão da adolescente e da mulher, em locais apropriados, como na escola por exemplo, acontece que, como diz VIEIRA (1996:20), *“muitas mulheres chegam à gravidez sem conhecerem o seu corpo, desconhecendo o que se passa com elas, o que pode ser gerador de insegurança e ansiedade”*.

Para a enfermagem, a preparação para o parto é um dos seus objectivos, por facilitar uma maior colaboração com a grávida e a sua família, como com outros profissionais de uma equipa multidisciplinar. WATSON (1988:49) apresenta objectivos propostos para a disciplina de enfermagem, tais como *“...to help persons gain a higher degree of harmony within the mind, body and soul which generates self-knowledge, self-reverence, self-healing, and self-care processes while allowing increasing diversity”*¹.

Certos autores como CORDEIRO e MENDES são de opinião que a prevenção do clima de ansiedade e medo relacionado com a sexualidade e reprodução deve efectuar-se desde a infância, na escola, através de correcta informação sexual. CORDEIRO, citado por BENTO (1992:48), por exemplo, refere que *“...por outro lado a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelos menos, diminuir a expectativa ansiosa que povoa toda a mulher grávida. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde [...] reduzindo assim grande*

¹ ...ajudar pessoas a obter um alto grau de harmonia na mente, no corpo e na alma, a qual gera recursos de auto-conhecimento, auto-reverência, auto-regeneração e auto-cuidado, enquanto permite aumentar a sua diversidade.

INTRODUÇÃO

parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso...”.

O mesmo autor comenta ainda que quando a mãe é preparada física e psiquicamente contribui mais eficazmente, enquanto grávida, para uma atitude de maior tranquilidade e para um comportamento adequado durante o trabalho de parto.

Para BURROUGHS (1995:174) o controle ou diminuição da dor do trabalho de parto e do parto propriamente dito “...auxiliam a mulher e seu acompanhante a participar mais activamente no nascimento da criança. [...] proporciona um relacionamento positivo com a criança, aumentando a auto-estima feminina [...] tem o potencial de fortalecer a ligação dos pais com o filho”.

Segundo MENDES (1993:84) “...as lições de preparação para o parto são também úteis, principalmente aquelas que ensinam o relaxamento muscular [...] e as que treinam uma respiração superficial acelerada...”.

Citando FIGUEIREDO em BENTO (1992:49) “...para certos autores, os cursos de educação, a confiança na preparação do parto, o apoio de pessoa significativa como o marido, aumentariam a confiança e diminuiriam a medicação, dor e ansiedade. Para outros, a presença do marido e a preparação pré-natal não reduziriam a dor, a educação e informação não diminuiria a ansiedade mas, apenas melhoraria a atitude em relação à criança e parto diminuindo a pré-medicação e a anestesia”.

Se pensarmos agora sobre a investigação em Enfermagem, BASTO (1998:23) diz-nos que se “faz investigação para melhor compreender a realidade ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno”. Desta forma, e no seguimento de um pensamento abrangente, elegemos como percurso de investigação a “Preparação para o Parto” enquanto domínio de acção da enfermagem e de outras disciplinas da saúde, porque pretendemos neste estudo conhecer as **REPRESENTAÇÕES MENTAIS DA GRÁVIDA SOBRE A PREPARAÇÃO PARA O PARTO**, o que pensa sobre a gravidez e como se prepara para o parto. A razão para este estudo é compreendermos o que pensam as mulheres grávidas e que habitam uma **área urbana** sobre a gravidez, o parto e sua preparação, e simultaneamente o que pensam as grávidas

INTRODUÇÃO

de uma **área rural**, uma vez que, empiricamente, na nossa prática profissional, como enfermeiro obstetra a exercer funções num centro de saúde e na sala de partos de um hospital, temos oportunidade de contactar com esta realidade e sentimos existirem diferenças na acessibilidade à informação sobre gravidez e parto, na educação para a saúde, na quantidade de consultas assistidas pela grávida e na compreensão e forma de encarar a gravidez e o parto. Este tipo de investigação permitir-nos-á compreender melhor as ideias das grávidas sobre o parto, as suas dificuldades, para melhor podermos planear um bom acompanhamento à mulher grávida e um parto com um mínimo de sofrimento possível. Este nosso estudo, é um estudo **qualitativo, exploratório descritivo**, relatando as ideias que as grávidas primigestas - ou seja, aquelas mulheres que estão pela primeira vez grávidas - e que vivem numa área urbana e numa área rural - possuem acerca da preparação para o parto. A utilização deste critério (primigestação), impõe-se, por pensarmos que as suas ideias actuais sobre preparação para o parto não terão sido adulteradas por experiências anteriores.

Escolhemos realizar um estudo qualitativo pois que, nas palavras de BOGDAN citado por TRIVINOS (1995:128), as características principais de um estudo qualitativo são globalmente as seguintes: 1) recolha de informação em **ambiente natural**, no próprio local da consulta, fonte directa de dados, sendo o pesquisador o instrumento-chave; 2) estudo do tipo **descritivo**, porque se pretende recolher de forma descritiva as ideias dos informantes acerca de uma questão; 3) existência da preocupação dominante com o **processo** e não somente com os resultados e o produto; 4) tendência a analisar a informação de forma **indutiva**, construindo as ideias emergentes do particular para o geral; preservação, identificação e construção do **significado**, preocupação essencial neste tipo de estudo. Por estes motivos, consideramos adequada a preferência por este tipo de investigação, uma vez que os cinco pontos apresentados se coadunam e permitem atingir os objectivos traçados para o estudo.

TRIVINOS (1995:109) refere que nos estudos exploratórios aprofunda-se os *“...limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva...”* Em relação aos estudos descritivos, *“o foco essencial destes estudos reside no desejo de conhecer a*

INTRODUÇÃO

comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, [...] pretende descrever 'com exactidão' os factos e fenómenos de determinada realidade". De facto, a finalidade do nosso estudo é explorar e descrever as ideias das grávidas acerca da preparação para o parto.

ERICKSON, citado por LESSARD-HÉBERT (1994:40), refere que *"os seres humanos, pela sua cultura, aprendem sistemas de atribuição de significado e, face a situações particulares de acções humanas, parecem muitas vezes ter criado interpretações similares. Mas estas semelhanças superficiais escondem uma diversidade subjacente"*. Parece-nos que conhecermos os medos ou as razões para a acção individual, para as reacções das mulheres no período expulsivo, poderá permitir uma maior contribuição dos enfermeiros obstetras, através por exemplo, da organização de programas, mais eficazes, de preparação para o parto psicoprofiláctico, daí resultando um parto controlado com o mínimo de desconforto e com o máximo de colaboração e menor dor para a mulher.

De acordo com as realidades do nosso mundo de trabalho, partimos para esta investigação, repletos de interrogações. Como é obvio gostaríamos de encontrar as respostas à maior parte delas no sentido de podermos planear um cuidado em Enfermagem com maior qualidade. Assim, questionámo-nos sobre:

- *O que é que as mulheres sabem sobre a preparação para o parto?*
- *Que representações mentais elaboram sobre os cuidados com a sua gravidez e com o seu parto?*
- *Que tipo de preparação têm elas para cuidar do seu corpo e da sua saúde durante a gravidez?*
- *Quem lhes dá informação: o médico, o enfermeiro, os familiares?*
- *Haverá diferença entre as representações mentais de uma grávida que habita uma área urbana e uma área rural?*
- *Que tipo de medos e/ou anseios possui a grávida acerca do parto?*

INTRODUÇÃO

- *Será que as grávidas têm a noção do que é a Preparação Psicoprofiláctica para o Parto?*
- *Que tipo de preparação para a gravidez e parto procuram as mulheres grávidas?*
- *Porque não procura a grávida a preparação para o parto, em geral, e a Preparação Psicoprofiláctica para o Parto, em particular?*

Nesta conformidade, para este estudo traçamos os seguintes **objectivos**:

- Identificar as ideias que um grupo de grávidas possui sobre a gravidez, o parto e a sua preparação;
- Analisar a possível existência de diferenças nas ideias entre as grávidas que habitam numa área urbana e numa área rural;
- Saber se receberam ao longo da sua gravidez informação sobre a gravidez, o parto e sua preparação;
- Saber qual a sua aceitação face a programas de preparação psicoprofiláctica para o parto;
- Aprofundar ideias sobre a complexidade de pensamento que se desenvolve ao redor do acto de parir.

Este estudo foi realizado no período de tempo compreendido entre Novembro de 2000 e Outubro de 2001. Entrevistaram-se 10 grávidas do grupo urbano e 10 grávidas do grupo rural. O uso da entrevista prende-se com a necessidade de captar todos os pormenores e a informação fundamental ao estudo, que doutra forma, não seria possível.

Neste documento, descrevemos esse estudo, efectuado no *VII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem* do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da

INTRODUÇÃO

Universidade do Porto. Na **primeira parte** deste trabalho apresentamos uma síntese teórica relativa aos aspectos teóricos subjacentes ao processo de gravidez e parto, representações mentais e sociais, gravidez, parto e preparação para o parto, com base na revisão bibliográfica, necessária à análise da informação emergente das entrevistas; na **segunda parte**, descrevemos a metodologia usada, os instrumentos de recolha da informação e o universo da amostra; na **terceira parte**, apresentamos a análise, a interpretação da informação obtida e ainda tentamos discutir o interesse do estudo realizado. A **quarta e última parte** pretende ser uma reflexão/conclusão de todo este trabalho.

**PARTE I - DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO:
ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO**

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

“...e fui parteiro, posso dizê-lo, apaixonado pela dificuldade de saída, pela visão do estreito, por esses instantes tão raros em que a natureza em acção se deixa observar, pelo modo tão subtil como ela hesita e se decide... no instante da vida, se posso assim dizer [...] O parto, sim, vale a pena vê-lo!... Espiá-lo!... Ao milímetro!...”

(LOUIS-FERDINAND CÉLINE *in* BARBAUT, 2000:8)

Apesar de existirem diferentes culturas, em cada uma delas as pessoas são alvo de diferentes processos de aculturação de acordo com os meios sociais em que se inserem. No entanto, sabemos que há um conjunto de saberes que são importantes para que a grávida possa colaborar o melhor possível no momento do parto. Esse é o papel do enfermeiro, de partilhar o saber e assegurar-se que a cliente mostra segurança e bem-estar.

Num primeiro momento de reflexão gostaríamos de nos situarmos na enfermagem como disciplina. A Enfermagem disciplina englobada na área da saúde, visa acima de

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

qualquer outro objectivo, a prestação de cuidados com o máximo de qualidade. É neste *espectro* que esta investigação assenta, querendo reflectir e provavelmente orientar para a necessidade desta disciplina mostrar maior “*competência e responsabilidade*”, a nível de acompanhamento dos clientes, como refere BENNER (1984:46). A mesma autora salienta a necessidade de a enfermagem desenvolver competências a nível da prática profissional.

Por outro lado, enquanto ciência e arte na procura do bem estar da pessoa, deve enquadrar-se em modelos conceptuais que a ajudem a entender e planificar os seus cuidados e objectivos, contribuindo para a obtenção de conhecimento novo.

RIEHL e ROY, citados por ADAM (1994:24), defendem que a realidade é diferente para cada um. PHANEUF (2001:33) escreve que há uma “...*maneira concreta de lidar com uma realidade complexa, apresentada esquematicamente a fim de encarar globalmente e de apreender as ligações entre os seus componentes intrínsecos e as suas relações com o exterior*”. FERNANDES (1995:52) refere, e na perspectiva de SALVAGE e KERSHAW, que os modelos são necessários para a prática dos cuidados porque “*podem servir como instrumento de união entre a teoria e a prática; podem clarificar as nossas ideias sobre elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si; podem ajudar a quem trabalha em enfermagem a comunicar-se de forma mais significativa; podem servir de guia à prática, à docência e à investigação*”.

Como forma de nos situarmos numa *realidade*, convém entender certos conceitos e formas de estar para que a nossa ajuda seja o mais ampla e acessível possível. Desta forma o conhecimento da realidade surge-nos como algo imprescindível para o “*desenho dos cuidados de enfermagem*”.

MARGARET MEAD, antropóloga, ao estudar as práticas culturais de diversas tribos africanas, menciona nos seus escritos que “*o nascimento [...] é encarado como uma experiência perigosa e dolorosa, interessante e absorvente, prosaica e relativamente arriscada ou acompanhada por tremendos perigos sobrenaturais*” (MACFARLANE, 1992:49). Apesar desta conclusão, a nossa prática, como enfermeiro

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

obstetra, diz-nos que a opinião não terá de ser obrigatoriamente esta. Pensamos que o momento do parto poderá ser desmistificado e não terá de ser necessariamente um momento de angústia e de dor.

Conforme as culturas, podemos encontrar comportamentos diferentes face à saúde e à doença. Na sociedade actual, egoísta e preconceituosa, ainda se fala mais na doença, discutem-se estratégias de tratamento, enquanto que as situações de saúde meramente fisiológicas – como a gravidez e o parto – são esquecidas e relevadas para segundo plano ou até mesmo encaradas como doença grave. MACFARLANE (1992:8) afirma mesmo que *“...as mães que actualmente têm bebés são consideradas mais como ‘doentes nos hospitais’ do que como seres humanos passando por acontecimentos fisiológicos e psicológicos normais”*.

Felizmente, a maioria dos autores interessados nestas questões possuem uma visão controversa. KLOOSTERMAN, citado pela mesma autora (1992:43), argumenta que *“...o nascimento de uma criança é um fenómeno natural e na grande maioria dos casos não necessita qualquer interferência; apenas uma observação cuidadosa, apoio moral e protecção contra a intromissão humana”*.

A dor de parto acontece devido a vários factores anatomofisiológicos em relação ao parto e a reminiscências histórico-culturais. A mesma autora reforça que, para além da mensagem nervosa em direcção ao cérebro resultante de uma estimulação, *“...há que ter em conta o estado do cérebro quando recebe a mensagem, e este é afectado pelas suas expectativas culturais acerca da dor, a sua experiência prévia no que diz respeito à ansiedade, medo, fadiga e probabilidades das consequências da dor”* (1992:51).

COLLIÈRE revela que nenhuma profissão tem razão de existir se não conseguir justificar a sua actividade profissional perante a população, dando para tal provas evidentes da importância dos seus cuidados (1989:284). Nesta lógica, a enfermagem deve ter um papel activo na preparação para o parto porque, como aposta a autora (1989:290), *“...quando não há doença, deficiência ou acidente, mas há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior (nascimento de um primeiro filho, período de crise, adaptação a uma nova cultura, etc.), o campo de competência da enfermagem*

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe”.

ADAM (1994:130), citando VIRGINIA HENDERSON, refere que o enfermeiro e a enfermagem têm como finalidade a substituição da pessoa quando esta tem uma necessidade ou exigência para a sua vida. Enquadraríamos a educação da grávida como uma necessidade humana que, mais por falta de **conhecimento** e **vontade**, do que de **força**, a mulher grávida tende a não procurar e mesmo rejeitar por vezes, na desculpa de que nada a vai ajudar no seu parto.

Defendendo as ideias de WATSON, citada por CARVALHO (1994:41), “...o enfermeiro só pode atingir um alto nível de promoção da saúde, se assegurar um relacionamento de ajuda e confiança”.

Um segundo aspecto de interesse prende-se com o contexto de mudança relativo à preparação para o parto, através da medicalização do parto e da sua passagem para o meio hospitalar. As famílias foram excluídas do seu envolvimento nos grandes acontecimentos que são a gravidez e o parto. O hospital, segundo LOUX, citado por COUTINHO (2000:39), “...retirou à mulher um ambiente familiar no qual ela dava à luz rodeada de objectos pessoais, e de pessoas de família, com a sua mãe a ajudar e a aconselhar, para a projectar para o isolamento, num local que desconhece, sem as pessoas que lhe são significativas, e à mercê de grandes cuidados de assepsia e de profissionais que, embora possam ser técnicos perfeitos, são-lhe desconhecidos”.

Um terceiro aspecto é que pode conduzir a enfermagem a uma actividade profissional de ajuda é o tipo de comunicação. BASTO (1998:49) afirma que essa comunicação deve ser “...deliberada, centrada no cliente, com a intenção de o ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividades ou decisões sobre essas actividades ou a aumentar o seu conforto”.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A Conferência de Alma-Ata, citada por COLLIÈRE (1989:171), orienta os cuidados de enfermagem, os quais participam para os cuidados de saúde primários e *“...têm como vocação controlar os principais problemas de saúde da comunidade e revestem diversas formas: acção de promoção, de prevenção, de cuidados curativos e de readaptação”*. A mesma conferência recomenda aos governos que devem *“...favoriser et d’assurer une pleine participation des communautés moyennant la diffusion efficace d’informations pertinentes, l’alphabétisation et la mise en place de structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les communautés puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être”*² (BELO, 1985:28).

Em 1983, BRUBAKER citado por STANHOPE (1999:289) declarou que *“...a promoção da saúde é um objectivo aceite da prática de enfermagem comunitária, embora raramente seja definida e não seja consistentemente diferenciada da prevenção da doença ou da manutenção da saúde”*. Isto talvez aconteça pela pouca percepção ou mesmo incompreensão do que são os Cuidados de Saúde Primários e o papel da Saúde Pública. Em 1988 o British Acheson Committee apresenta o conceito de Saúde Pública como *“...a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a Saúde através do esforço organizado da sociedade”* (SERRÃO, 1998:56).

Também a Carta de Ottawa preconiza que *“...a promoção da saúde, favorece o desenvolvimento pessoal e social enquanto proporciona a informação e educação para a saúde e fomenta as atitudes indispensáveis à vida [...] é indispensável proporcionar os meios para que o processo de aprendizagem dure toda a vida, de modo que cada um possa compreender as diferentes etapas da vida”* (OMS, 1986).

Ora, estes cuidados, devem ser prestados através de uma promoção do ensino-aprendizagem interpessoal que, deve ser, segundo WATSON, citada por CARVALHO

² *...favorecer e assegurar uma plena participação das comunidades através da difusão eficaz de informações pertinentes, da alfabetização colocando em prática estruturas institucionais necessárias para que os indivíduos, as famílias e as comunidades possam assumir a responsabilidade da sua saúde e do seu bem-estar.*

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

(1994:43), “...um processo que envolve, tanto o enfermeiro como o utente [...] contribui, sobretudo, para reduzir o medo e ansiedade face ao stress relacionado com o processo saúde/doença, promovendo o equilíbrio e harmonia interior através de factores como a percepção do acontecimento, suportes disponíveis, mecanismos de Coping”.

Para que possamos entender e estudar os fenómenos que envolvem o parto e a sua preparação, existem conhecimentos que necessitamos de dominar: a gravidez e a sua evolução, o parto e o seu desenvolvimento. No ponto seguinte, iremos abordar de forma sumária esses mesmos conhecimentos.

1. ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ E DO PARTO

Do ponto de vista fisiológico, a **gravidez** é o período que decorre entre a concepção e o nascimento da criança, o qual dura, no ser humano, cerca de 280 dias (3 trimestres). Tem início na fertilização de um óvulo por um espermatozóide e a subsequente implantação do mesmo na parede interna do útero. O ovo dará origem ao embrião.

Durante a gestação, a mulher aumenta de peso, em média, cerca de 12 quilogramas, sendo que 70% desse aumento se dá durante as últimas 20 semanas. Este aumento de peso, diz ANKRETT (1992:565), deve-se principalmente à “...retenção de água e armazenamento de gorduras ...” nos seus variados tecidos corporais.

A gravidez traz alguns *desconfortos* quer físicos quer psicológicos para a mulher, tais como enjoos, vômitos e edemas dos membros interiores com retenção de líquidos, a nível físico; e alterações do humor e da concentração, a nível psicológico.

A gravidez, enquanto estado e sentimento, revela-se segundo a vivência pessoal de cada mulher a vários níveis. COLMAN e COLMAN, citados por COUTINHO (2000:37), afirmam que “...cada mulher vive a sua gravidez tanto física e psicologicamente como social e culturalmente, na medida em que se verificam mudanças na sua imagem corporal, alterações hormonais, confusão de apoios em mudança e expectativas culturais que se vão reflectir na sua vida mental; também as mudanças na identidade acompanham as mudanças corporais e os papéis sociais, pelo que, sem dúvida que o processo quer seja mais suave ou mais violento, quer lhe transmita confiança ou seja assustador, quer seja feliz ou triste, é com certeza, indubitavelmente fonte de mudança”.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Os estudos de BIBRING, citados por FILIPE (1997:55), introduziram a noção de que o desenvolvimento psicológico ocorrido durante a gravidez pode ser conceptualizado numa sequência de fases que, segundo COLMAN e COLMAN, são designadas de: **Integração** (1º trimestre); **Diferenciação** (2º trimestre) e **Separação** (3º trimestre).

A fase da **integração** constitui a aceitação por parte da mulher da sua gravidez.

A fase da **diferenciação**, inicia-se aquando da percepção dos movimentos fetais pela grávida, e em que esta começa a vivenciar a autonomia do feto.

A fase da **separação**, que ocorre entre as 28-30 semanas, inicia-se com a antecipação feita pela grávida do processo pelo qual se vai desligar da gravidez.

Na perspectiva de BOTELHO (1987:225), o **parto** é o “...processo pelo qual todos os seres vivíparos expulsam o fruto da gravidez para o meio exterior [...] mediante contracções peristálticas rítmicas, acompanhadas de **dores** e **dilatação** do canal de parto (colo uterino, orifício do útero e vaginal), terminando na saída da criança”.

O parto é constituído por três fases distintas entre si: a **primeira** é a fase da **dilatação**, na qual a mulher primípara pode demorar cerca de 12 horas e a múltipara relativamente menos. Nesta fase, o útero produz contracções rítmicas e progressivas, que provocam a dilatação e extinção do colo do útero, facilitando a passagem à criança. A dilatação será avaliada por centímetros e diz-se que o colo se encontra totalmente dilatado quando atinge os 10 centímetros. Por outro lado, a extinção é o apagamento do colo e da sua espessura e avalia-se em percentagem. Diz-se que o colo está extinto, quando atinge 100%, ou seja, torna-se uma membrana quase imperceptível. Na primípara estes dois processos dão-se usualmente em simultâneo, enquanto na múltipara, normalmente acontece primeiro a extinção e só posteriormente a dilatação.

A **segunda** fase do trabalho de parto dá-se com a **expulsão** do produto de concepção. Está determinado que só se considera parto, quando a mulher expulsa um feto com peso igual ou superior a 2500 gramas e 25 semanas de gestação, pois são considerados os critérios mínimos para haver esperança de vida para o feto. Quando se dá a expulsão anterior a estes valores, estamos perante um aborto.

A **terceira fase** do trabalho de parto, que tem o nome de **dequitação**, acontece com a expulsão da placenta e das membranas corioamnióticas, dando-se durante a primeira hora pós parto.

Esta é apenas a visão fisiológica do parto, mas não única. Enquanto profissionais de saúde, tomamos noção do lado social e psicológico do mesmo. Por exemplo, segundo JOAQUIM, citado por COUTINHO (2000:43), o parto é um “...acontecimento colectivo em que a comunidade participa de várias maneiras. Ou seja, o parto humano é um acto cultural em que num contexto de costumes, têm lugar processos fisiológicos espontâneos, cuja realização é considerada essencial...” sendo segundo KITZINGER “...constituído por rituais e mitos, preceitos, proibições e tabus”. MOREIRA (1995:61) diz ainda que o parto “...é o momento, onde desembocam todas as vivências anteriores da gravidez, expectativas, ansiedades, medos e apreensões”. AQUILINO RIBEIRO, célebre escritor e pensador do século XX, acrescenta que “...seria absurdo que um acto de revivificação humana, tão prodigioso e ao mesmo tempo tão elementar como é o parto, revestisse a fâcies assustadora dum holocausto” (JEANSON, 1959:Prefácio).

Segundo MEIRINHO, médico obstetra, (2000:27), o papel fundamental do enfermeiro no acompanhamento da mulher grávida durante a consulta e no momento do parto “...é quebrar a ansiedade natural da grávida e isso consegue-se através da *empatia* e da *simpatia*, esta forma de estar encontra-se mais ou menos disseminada...”. No entendimento de SEGUY (1984:51), e para que estas formas de estar, actuar e ser, se concretizem, o enfermeiro deve “...manter-se amável e disponível para responder a todas as perguntas e prestar todas as explicações pedidas pela mulher ou pela família”.

Para tal é necessário uma interacção constante com o cliente (a grávida) e o seu ambiente. Isso mesmo afirmam diversos autores como NIGHTINGALE (1946), ROGERS (1970), KING (1981). MELEIS (1991:105) afirma o mesmo dizendo que “*a nursing client is in constant interaction with his environment. Therefore, nursing focuses not only on individuals but also on monitoring, regulating, maintaining, and*

*changing environments*³. O mesmo acrescenta GUIMARÃES (2001:39), reforçando que o enfermeiro tem um papel preponderante no atendimento aos outros através da sua total disponibilidade física e psicológica, e não somente através de procedimentos mecanizados.

Neste domínio, a preparação para o parto, nas suas mais variadas concepções, consiste numa ligação que deve ser implementada entre a grávida e o profissional de saúde, pois permitirá melhorar a colaboração desta no parto assim como a qualidade de vida, dela e da criança, num ambiente de estreita colaboração com os diversos profissionais da saúde.

A socialização é então necessária, visto que em situações de cuidar tanto o enfermeiro como o cliente são usualmente estranhos. Desta forma, e na opinião de OREM (1995:89,) o processo de socialização “...*may continue throughout the period the patient requires nursing care. It is not merely an initial effort on the part of the nurse and the patient to adjust to their roles in the situation, but a continued effort to carry out their roles and to understand their relationship with persons who are providing care in the situation*”⁴.

1.1. O DESENVOLVIMENTO DA GRAVIDEZ

Existem numerosos problemas que atingem as grávidas durante a gravidez, no parto e após este. A ansiedade, os medos relacionados com a dor de parto e as

³ *Um cliente de enfermagem está em constante interação com o seu ambiente. Assim sendo, a enfermagem focaliza-se não apenas nos indivíduos mas também em monitorizar, regular, manter e alterar ambientes.*

⁴ *...pode continuar através do período em que o paciente requer cuidados de enfermagem. Não é meramente um esforço inicial por parte do enfermeiro e do paciente para se ajustarem às suas regras na situação actual, mas um esforço contínuo na manutenção dos seus papéis assim como para entender as suas relações com as pessoas que fornecem os cuidados na mesma situação.*

malformações do bebé, serão talvez os mais expressivos. Segundo MACFARLANE (1992:29) “...parece haver uma correspondência entre a ansiedade, manifestada ou não, e a duração do trabalho de parto”, esta desenvolvida durante a gravidez, o que nos leva a questionar, sobre as causas destas alterações psicológicas na mulher grávida.

A mesma autora (1992:29), referindo-se a outros estudos, apresenta que “...as mulheres que têm complicações durante o nascimento da criança são aquelas que ao longo da gravidez demonstraram em relação a esta uma atitude negativa [...] que demonstraram ter grande contacto com mulheres que tinham tido complicações durante a gravidez e que descreviam a saúde das suas próprias mães como deficiente”.

A mulher deve ser encarada como alguém que necessita de cuidados, principalmente no campo da aprendizagem do que é a gravidez, pois sendo esta um estado, acima de tudo novo e diferente, surgem questões e premissas que devem ser resolvidas, orientadas e até reelaboradas com a própria grávida. De acordo com VELHO (2000:21) “...a gravidez é um processo. A mulher vai engravidando. Engravidar biologicamente num dado momento, mas depois tem de percorrer um caminho, onde se confronta com uma tarefa de vida”. E como refere BREEN (1975:25) “like puberty, pregnancy is a biosocial event, leading to a new level of organization and equilibrium”⁵.

Se o parto se reflecte, na nossa sociedade industrializada, como um acto que envolve ansiedade, medos, terror, o que esperar da sociedade para que se reverta tal situação?

Por outro prisma, envolvemo-nos em outro postulado, completamente oposto a este: a necessidade da perfeição na gravidez e no parto. Tal perfeição é exigida, visto o desenvolvimento tecnológico assim, tendencialmente, o permitir. MACFARLANE (1992:35) escreve que não só deveria existir perfeição do “...ponto de vista da saúde da mãe e da criança, como também de que a experiência deveria ser perfeita

⁵ Como na puberdade, a gravidez é um evento biosocial, levando a um novo nível de organização e equilíbrio.

emocionalmente". No entanto, nesta procura de perfeição não deve ser preterida a procura da estabilidade emocional em troca de uma utópica perfeição fisiológica.

À grávida é oferecido nas consultas médicas um documento, o Boletim de Saúde da Grávida. No Boletim de Saúde da Grávida pode ler-se aspectos de registo e avaliação da evolução da gravidez, do parto e puerpério. Todas as grávidas deverão ser portadoras deste Boletim, o qual recomenda a colaboração da grávida durante a gravidez e o parto, para que os mesmos decorram com "*serenidade*" (PORTUGAL⁽¹⁾, 2001:4).

A Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, no que respeita à vigilância pré-natal e revisão do puerpério, através do seu núcleo de Saúde Materna e Planeamento Familiar, elaborou e divulgou em 1989 junto das Instituições de Saúde orientações técnicas, sendo a vigilância à grávida realizada segundo essas directrizes (Quadro 1).

Esquema de Vigilância na Gravidez

SEMANAS DE GRAVIDEZ	ACTIVIDADES (Elementos a recolher e a avaliar)
8 a 12 semanas	História clínica e factores de risco Exame ginecológico com palpação mamária Informação alimentar e de saúde Informação sobre a necessidade do registo, pela grávida, da data dos primeiros movimentos fetais Pedido de exames laboratoriais Início do preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida
18 a 22 semanas	Confirmação do tempo de gestação (altura uterina = nível do umbigo; e, se necessário, exame ecográfico) Auscultação do foco fetal Registo dos primeiros movimentos fetais sentidos pela grávida Avaliação dos exames pedidos Eventual suporte vitamínico-mineral
28 a 32 semanas	Continuação da vigilância do bem-estar materno-fetal Evolução da tensão arterial, aumento uterino, peso, movimentos fetais e foco Repetição das rotinas laboratoriais
40 semanas	Avaliação das condições para o parto em função do grau de risco e da distância hospitalar Informação sobre contracepção e importância da consulta da revisão do puerpério

Fonte: PORTUGAL⁽¹⁾ (1989:4)

Quadro 1: Esquema de Vigilância na Gravidez

As actividades atrás descritas devem ser realizadas para que o risco eventual de uma gravidez mal vigiada não aconteça. A qualidade dos cuidados prestados à grávida começa nestas actividades a realizar pela equipa de saúde. Segundo HESBEEN (2001:19) a perspectiva em que o profissional de saúde deve actuar “...*ultrapassa a ausência de doença porque ele se centra no caso particular de cada pessoa. Só quando o cuidar tem como horizonte a saúde da pessoa, é que o profissional toma consciência de que não há situações de cuidados complexas ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras nas quais o prestador de cuidados, cuida*”.

Nesta mesma linha de pensamento, GRANDE (1982:228) afirma que a qualidade dos cuidados começa na “...*melhoria da qualidade de vida*”, sendo que esta melhoria deve começar desde a promoção dos cuidados sob o ponto de vista social.

Resumindo e tentando alcançar um consenso de conceitos, o mesmo autor conclui que uma prática de cuidados de qualidade é aquela que se insere na perspectiva do doente e da sua situação, bem como todos os que o rodeiam, com vista a alcançar a saúde.

1.2. O PARTO

A acção do enfermeiro perante a mulher parturiente é inigualável, visto que é uma experiência única para quem a vive, mas que implica uma certa dependência parcial. COUTINHO defende mesmo que os elementos da equipa de saúde em geral, mas o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica especialmente, por permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, devem ter uma responsabilidade tomada e consciencializada, de forma a manter uma “...*verdadeira e eficaz relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto*” (2000:29). Há que aproveitar todos os momentos de inter-relação com a cliente e a sua família, de forma a construir um

“muro” sólido de empatia, ajuda e de confiança que originem bem-estar, relaxamento e alegria, durante todo os momentos da maternidade.

Como refere CARAPINHEIRO (1993:258) e bem, no nosso entender, “...o contacto com o doente aparece como traço estrutural comum da identidade profissional dos enfermeiros. Apresenta-se sob a forma de um ideal a atingir, quando as condições reais de trabalho o impedem ou o dificultam”.

KITZINGER (1996:92), diz que “o trabalho de parto em si não é apenas um acto biológico, mas também um processo social”. Por isso, pela destacada evolução tecnológica a que todos assistimos, importa trabalhar uma maior e melhor compreensão da pessoa grávida. Se queremos, enquanto profissão, providenciar uma melhor assistência para o parto, precisamos conhecer o que pensam as grávidas sobre ele, os aspectos culturais que o envolvem para que o possamos desmistificar, enquanto um acto natural mas de angústia e dor.

A preparação para o parto deve ser entendida como algo que permita encarar e perceber a gravidez e parto, como actos fisiológicos, mas mais ainda, como momentos de partilha e alegria. “A gravidez não é apenas um período de espera, mas de preparação” (KITZINGER, 1996:90) em que há necessidades prementes a resolver.

MACFARLANE (1992:8) comenta esta ideia inferindo que “...o nascimento da criança é um aspecto emocional e incomensuravelmente complicado da existência e como experiência significa muito para os indivíduos nele envolvidos, tanto nesse instante como posteriormente”.

ROPER, LOGAN e TIERNEY (1995:48) salientam que na actualidade “...quase todas as pessoas são literalmente trazidas ao mundo por um profissional de enfermagem”. Como poderemos nós voltar as costas a tal responsabilidade? Na preparação para o parto, o enfermeiro tem mais um novo papel a assumir. Tem a capacidade de discutir com a mulher responsabilidades e capacidades que lhe permitirão lidar e gerir a sua gravidez, bem como tudo o que a envolve, juntamente com a família/comunidade.

RIBEIRO (1995:30) diz-nos que “...como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e de doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos”.

A compreensão da dor de parto e todas as alterações que desencadeia é algo imprescindível para o conhecimento, dos profissionais de saúde que estão envolvidos neste contexto. Segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PORTUGAL⁽²⁾, 2001:46), “a dor de parto desencadeia uma série de alterações no equilíbrio hemocinético. Estas alterações traduzem-se em modificações hemodinâmicas, frequência e intensidade das contracções uterinas, tempo de trabalho de parto e tipo de extracção fetal”. Vários autores tentaram definir a subjectividade da dor, tendo alguns, como MARTI (1987:47) concluído que a dor engloba vários parâmetros: sensitivo, psicodinâmico, activo, económico, interpessoal, cognoscitivo e psicofisiológico.

A palavra **dor** deriva do latim e significa pena, castigo ou punição. LEITÃO (1995:25), enfermeira professora, acrescenta mais, referindo que “tal significado traduz a estrutura conceptual segundo o qual os nossos ancestrais viam a dor física, ou seja, como uma punição ou castigo aplicado ao indivíduo pelos seus pecados ou “erros” reais ou imaginários”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) caracteriza o conceito de **dor de parto** como uma “...sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto” (versão Beta, 2000:56).

Na perspectiva de STERNBACH, citado por MARTI (1987:41), a dor é “...un concepto abstracto que se refiere a una sensación personal y privada de daño; un estímulo nocivo que indica una amenaza de lesión a los tejidos, y un patrón de

*respuestas que operan para proteger el organismo de un daño psíquico o físico*⁶. Já SWERDLOW, citado pelo mesmo autor, apoia a ideia que a dor não é uma sensação, mas sim uma experiência emocional desagradável, sendo então uma opinião contrária à primeira apresentada. WALL afirma mesmo, segundo MARTI (1987:41), que a dor fica melhor conceptualizada como “...*el conocimiento de un estado de necesidad más que como una sensación [...] señala la existencia de un estado corporal en el que debería iniciarse una recuperación y una mejoría*”⁷. CARPENITO, enfermeira norte-americana e investigadora no campo dos diagnósticos de enfermagem, define dor aguda como um estado em que uma pessoa experimenta e refere “...*the presence of severe discomfort or na uncomfortable sensation, lasting from 1 second to less than 6 months*” (1995:217)⁸.

PERIGO (1961:60), citando HARTEMANN e KREIS, aborda a dor de parto como tendo a função de pré-aviso à parturiente evitando todos os perigos, para ela e para a criança, aos quais estariam expostos se o parto sucedesse inesperadamente, dando à grávida possibilidade de organização e de preparação conveniente à sua maternidade. É interessante esta visão, a qual não deve estar afastada da realidade natural do Homem enquanto ser em simbiose com o meio ambiente.

A dor é uma forma de comunicação, na opinião de SZASZ (1976:97), “...*segue-se que a questão da pessoa a quem o paciente dirige a sua mensagem é de crucial importância para a correcta compreensão do problema*”.

Dos vários conceitos apresentados, pode-se deduzir que a dor é uma experiência individual desagradável, subjectiva, que varia de intensidade e frequência de pessoa para pessoa e de cultura para cultura. Pode também ser uma forma de comunicação, devendo esta ser analisada e valorizada, ou de aviso para perigos eminentes. Daí a

⁶ ...um conceito abstracto que se refere a uma sensação pessoal e privada de dano; um estímulo nocivo que indica uma ameaça de lesão dos tecidos, e um padrão de respostas que operam para proteger o organismo dum dano psíquico ou físico.

⁷ ...mais um conhecimento de estado de necessidade do que uma sensação [...] assinala a existência de um estado corporal em que deveria iniciar-se uma recuperação e uma melhoria.

⁸ ...a presença de um desconforto severo ou uma sensação desconfortável, durando desde 1 segundo até pelo menos 6 meses.

importância do enfermeiro na minimização desse desconforto e na atenção integral ao cliente. NIGHTINGALE, citada por MELEIS (1991:110), considerava que o sofrimento e o desconforto que os clientes sentiam eram resultado da sua má adaptação ao ambiente, assim como da falta de acções de enfermagem focadas para aquele mesmo ambiente. Sobre esta perspectiva, devemos procurar alcançar não só a pessoa como ser a cuidar, mas todo o universo que o rodeia, tendo em conta o ser global que ele é e sempre foi.

Na opinião de SCHWEITZER, cabe ao profissional de saúde “a obrigação e o privilégio de aliviar a dor” (PORTUGAL ⁽²⁾, 2001:46), o que nos deixa com uma responsabilidade acrescida mas ao mesmo tempo gratificante.

PERIGO (1961:57) trata este aspecto no seu livro *A luta contra a dor: o parto indolor* referindo que “as dores do parto aparecem em todas as espécies animais; parecendo contudo mais intensas na espécie humana, com certa verosimilhança, por o nosso sistema nervoso ser mais perfeito e pela própria estrutura anatómica do colo uterino, mais resistente que o dos quadrúpedes, porquanto deve contrapor à direcção para a descida do feto um dispositivo de oclusão e de sustentação mais sólido, para evitar dilatações e escorregamentos prematuros”.

A opinião de READ, citado por REZENDE (1989:271), é a de que “...a dor de parto não existe, o sofrimento referido pela mulher civilizada é fruto do medo que lhe foi inculcado desde a infância, exacerbado durante a gestação por informações pessimistas e falsas”. O medo do parto é determinado por factores como a “sugestão” anterior da dor, a “ignorância” do mecanismo do parto e a “solidão” pela falta de amparo durante o trabalho de parto, o que originará uma forte tensão emocional que facilmente dá impressão de dor, a qual originará medo, criando-se assim um ciclo vicioso de difícil destruição (Diagrama 1).

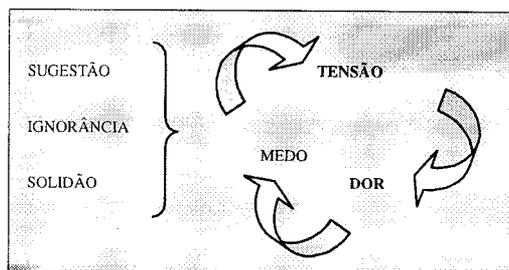


Diagrama 1: Ciclo, que segundo REZENDE (1989:274), origina a dor de parto

2. ASPECTOS CULTURAIS ASSOCIADOS À PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A relação entre a cultura e a maneira da mulher ter um filho não se dá, como é óbvio, por um acaso. TITIEV (1991:390), famoso antropólogo americano, define cultura como *“todo o conjunto de [...] valores, significados simbólicos e formas de comportamento repetitivas que guiam a conduta dos membros individuais de uma sociedade. Nenhum aspecto de cultura pode ser biogeneticamente transmitido, e cada pessoa tem de aprender, depois de ter nascido, quais as facetas da cultura que lhe dizem respeito. Os padrões ou configurações de cultura podem persistir para além da morte dos indivíduos”*.

LOUX, citado por COUTINHO (2000:33), referindo-se aos comportamentos abstraídos do seu contexto original, diz que os mesmos *“...não só podem perder o seu significado, como podem adquirir um significado novo, e até oposto. Assim, é imprescindível que tenhamos conhecimento da significado atribuído a diferentes práticas culturais antes que as julguemos e rotulemos de coerentes ou não, de negligentes ou voluntariamente nefastas”*.

Para LEITÃO (1995:27), cuidar em obstetrícia tem um significado relevante: *“...é assistir quem gera a vida e dá vida à humanidade”*. Para HESBEEN (2001:43) cuidar é a reunião de diversos factores: *“o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos componentes essenciais a um cuidar de qualidade”*.

Nesta perspectiva, podemos pensar sobre o investimento na promoção dos cuidados para um parto feliz e saudável, em que inserimos a preparação psicoprofiláctica para o parto. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem refere que a promoção da saúde tem como características específicas “...procurar formas de alterar hábitos e/ou ambiente de saúde no sentido de evoluir para uma óptima qualidade de vida tendo em vista a saúde e bem estar individual” (1999:161).

Desta forma, a autonomia e identidade profissional exigem o empenho na consolidação de **saberes**, **aptidões** e **atitudes**, que contribuam para um valor excelente de competências profissionais a exercer.

2.1. LEGISLAÇÃO EM VIGOR

A Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto, Artigo 7º, alínea d (Quarta alteração à Lei n.º 4/84, de 5 de Abril) incumbe ao Estado “*incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde;*” (DR, 1999:5996). Nos artigos seguintes, dedicados a esta matéria, lê-se que esse direito – frequência de aulas de preparação para o parto “...*pode ser exercido pelo tempo e número de vezes necessário e justificados [...] deve ser exercido, sempre que possível, fora das horas do funcionamento normal da empresa ou do Serviço [...] sem perda de remuneração e de quaisquer regalias [...] e não determina a perda de quaisquer direitos, sendo considerada, para todos os efeitos legais, como prestação efectiva de serviço*”.

2.2. PAPEL DA FAMÍLIA/SOCIEDADE NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Embora actualmente se tente envolver novamente a família na parto, a verdade, como refere WRIGHT citado por COUTINHO (2000:39), é que “...*existe um grande abismo entre a teoria e a prática*”.

No entanto, a presença do pai da criança, ou na sua ausência, de outro acompanhante seleccionado pela grávida, é também contemplada na lei atrás mencionada, denotando-se um esforço por parte das organizações envolvidas, em atribuir uma maior responsabilidade e colaboração da família neste estágio da mulher.

Esta nova visão de atribuir ao pai um papel na gravidez e no trabalho de parto, não é inovadora, mas antes actualizada. Em certas culturas, como as africanas, o pai tem um papel tanto ou mais importante que a própria parturiente, existindo “...*tribos em que ele vai ao ponto de fingir as dores de parto...*” (MACFARLANE, 1992:78). Noutras culturas, pelo contrário, refere a mesma autora, “...*o homem deve ser totalmente excluído de qualquer interferência no nascimento de seu próprio filho*”, verificando-se aqui uma analogia com o que se verifica em certas unidades hospitalares em Portugal, com justificação do Serviço não ter infra-estruturas que o permita.

Ora, perante estes dois papéis tão distintos, perguntamo-nos se realmente a presença do pai será de todo necessária e conveniente.

O Charing Cross Hospital, em Londres, por exemplo, elaborou um programa em que os maridos participaram activamente no trabalho de parto, acompanhando as respectivas mulheres. Vários resultados foram obtidos, salientando-se que 92% deles acharam que a sua presença teria sido benéfica (MACFARLANE, 1992:78). Num outro estudo descrito pela mesma autora (1992:80) e efectuado por HENNEBORN e COGAN demonstrou que quando os maridos participaram juntamente com a grávida em aulas pré-natais e estiveram presentes no parto, a dor neste foi tendencialmente reduzida e o uso de drogas anti-álgicas decaiu bruscamente.

Destes dois estudos, deduz-se que a presença física do pai da criança será essencial para uma ajuda à grávida na redução da ansiedade, do medo, da própria dor nas contracções uterinas e aumento da sua realização pessoal.

Durante os cursos de preparação para o parto, a presença do pai é muito importante no seu desenvolvimento. Este poderá compreender melhor o que se passa com a sua mulher e tomará consciência da sua futura paternidade, vivendo a gravidez como sendo sua e não como algo que só diz respeito a ela. Convém que conheça as respirações e as técnicas de relaxamento para que possa recordar-lhas durante o parto e orientá-la caso se sinta desorientada em algum momento.

E, como referem COLMAN e COLMAN citados novamente por COUTINHO (2000:24), atendendo “...a que o parto é o culminar da gravidez, parece correcto que a experiência da gravidez devesse acabar tal como começou num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida”. Nada melhor que esta afirmação para que todo o conjunto de atitudes e valores a ter em conta seja compreendido e aceite por todos aqueles que fazem da prestação de cuidados uma nobre e aceite profissão.

A mesma autora, citando BOLANDER, COLMAN e COLMAN defendem que cada grávida vive a sua gravidez de forma única e irrepetível, devendo-se engrandecer a diversidade cultural, valorizando-se as diferenças e afastando as atitudes etnocêntricas (2000:35).

Não é por acaso que na Europa e nos ditos países civilizados do mundo desenvolvido, ainda se levantem tantos problemas para implementar a prática do parto controlado. Em alguns lugares do mundo as pessoas ainda se regem pouco por razões científicas mas mais por razões tradicionais ou empíricas, devido a um grande reforço da sua própria enculturação. Em algumas regiões constata-se a existência de pessoas ainda não adulteradas pelos efeitos da civilização. LEININGER, citada por GEORGE (1993:287), refere que cultura engloba os “...valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as acções, de maneiras padronizadas”. Para BRISLIN, citado por STANHOPE (1999:128), a cultura “...é um conjunto de ideais, valores e

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

suposições acerca da vida, amplamente partilhados por um grupo de pessoas". LEININGER, citada por STANHOPE (1999:128), entende que "*...cada indivíduo possui uma cultura, com tradições que o direccionam na resolução dos problemas da vida [...] a aprendizagem das características de uma cultura ocorre pelo contacto frequente ou contínuo com pessoas inseridas nessa cultura*".

Nesta mesma linha de confluência de ideias, ROPER (1987:55) afirma que "*...durante la infancia y la adolescencia los individuos se desarrollan bajo la influencia de la sociedad en que nacen: sufren un proceso de 'socialización'. A consecuencia de este proceso los miembros de una determinada sociedad comparten ciertos valores y creencias y funcionan armoniosamente dentro de su organización*"⁹.

Ainda por outras palavras e tal como define GERMAIN, citado por COUTINHO (2000:42), cultura "*...não é mais do que o comportamento social aprendido ou o caminho de vida de um grupo*", ou ainda segundo SPRADLEY "*...é o conhecimento acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e induzir o comportamento*".

Em Portugal, por exemplo, verificamos empiricamente que em zonas afastadas dos grandes centros urbanos encontram-se pequenos nichos culturais pelos quais parece que o tempo não passou, mulheres sobre as quais os séculos de um determinado tipo de informação cultural conseguiu deixar as suas marcas. Isto é, elas guardam em si a capacidade, talvez instintiva, de usar o seu corpo de maneira correcta no parto. As condições fisiológicas dessas mulheres, a sua leitura do parto, o funcionamento dos seus dados ao nível do sistema nervoso central, ao nível do córtex é perfeito e em equilíbrio. Elas encaram o parto de uma maneira perfeitamente natural, como um acontecimento natural. Têm perante o acto, uma alegria total e absoluta, não ficando nada ofendidas por não sofrerem e não ficando com a ideia errada de que são piores mães. MATTSON e SMITH, citados por COUTINHO (2000:29), referem a este propósito o entendimento

⁹ *...durante a infância e a adolescência os indivíduos desenvolvem-se pela influência da sociedade em que nascem: sofrem um processo de socialização. Pela consequência deste processo os membros de uma determinada sociedade partilham certos valores e crenças funcionando harmoniosamente dentro da sua organização.*

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

do parto como uma atitude natural e controlada no caso das mulheres asiáticas, que “...consideram vergonhoso gritar ou demonstrar dor e evitam a sua expressão natural”.

Em África, nas cidades onde a civilização chegou, pode-se verificar através de leituras e outros meios de informação que os partos não são diferentes dos que têm lugar nas maternidades do nosso país. No entanto, em locais onde a civilização europeia não se fez sentir, o parto é vivido em clima totalmente diferente daquele em que nós (ditos civilizados) nos habituamos a viver. Em algumas zonas interiores de África, onde é nula a influência da colonização, encontra-se um ritual de festa para o parto. O nascimento é festejado com a parturiente rodeada de presentes. Noutras zonas, embora mantendo as mesmas características de festa, a parturiente encontra-se recolhida. Este recolhimento não é sinónimo de falso pudor, mas sim devido à superstição de que o sol não deve tocar o recém-nascido. Durante o trabalho de parto existem instrumentos para uso exclusivo das parturientes feitos de cana de bambu e enfeitados com penas, onde até à expulsão da criança as mulheres sopram em ritmo. Aqui o sopro simboliza o processo de respiração muito semelhante ao que se ensina no método psicoprofiláctico. A diferença destes comportamentos em relação ao parto está em que quanto mais repressiva a cultura mais errada é a resposta no parto.

As ciganas porque não abdicam das suas tradições não têm partos dolorosos (embora já comece a aparecer aculturação nas suas tradições o que dá uma perspectiva diferente ao parto). Efectivamente, quer vivam aqui ou noutra parte do mundo o seu tipo de comportamento é sempre igual. As suas tradições no que diz respeito à maternidade e ao sexo não apresentam a mais pequena repressão. Fiéis às suas origens, são impermeáveis a influências que lhe sejam alheias. Durante o trabalho de parto papagueiam uma cantilena incompreensível (de que elas próprias, segundo dizem, ignoram o significado) e não demonstram qualquer espécie de sofrimento. Do ponto de vista sócio-cultural, encontramos duas perspectivas culturais sobre o parto: uma associada a um **acto natural** que é associada a uma transmissão cultural e/ou informação científica; e outra **associada à dor** e ao sofrimento, também transmitida culturalmente mas em que o aspecto informativo tem dificuldade em penetrar.

Sobre este ponto de vista é fácil compreender que estas perspectivas são fruto da socialização e da transmissão temporal em que é dada ênfase à dor e ao sofrimento como apanágio do momento do parto. Assim mesmo o refere STERNBACH (1978:82) ao afirmar que “...*it now appears that children can acquire everything from language to moral values, and from sexual identity to a knowledge of the social norms of their society through observational learning [...] there is no reason to believe that the full range of pain and illness behaviour is not also strongly affected by social modelling*”¹⁰.

Ainda que não haja um parecer homogêneo, por parte dos mais variados investigadores e técnicos, sobre a existência ou não de dor de parto em todas as culturas, MACFARLANE (1992:48), no seu livro *A Psicologia do Nascimento*, refere que existia há cerca de 30 anos uma teoria popular que acreditava que as dores de parto seriam uma característica das sociedades modernas e que as mulheres das culturas chamadas primitivas não as sentiam. A ideia agradou, porque se pensou que poderíamos voltar ao estágio do parto indolor. No entanto, a observação de povos primitivos, continua a autora, mostrou “...*que não existe cultura alguma na qual o nascimento de uma criança não seja doloroso, e, em muitas dessas culturas as mulheres atravessam períodos muito piores que as mulheres da nossa própria sociedade*” (1992:49).

2.3. A TRADIÇÃO ORAL

Os cuidados relativos à maternidade, parto e criança são, segundo VIEIRA (1996:17), “...*conhecimentos acumulados na história da humanidade, que chegaram ao presente, fruto das gerações antecedentes e que foram passando em cadeia pelas experiências vividas, pelos ritos e mitos culturais e pelas técnicas inventadas para os*

¹⁰ ...*parece que as crianças conseguem adquirir tudo desde a linguagem até aos valores morais, e desde a identidade sexual até a um conhecimento das normas sociais da sua sociedade através da aprendizagem pela observação [...] não há razão para acreditar que a amplitude da dor e o comportamento doentio não é fortemente afectado pelo modelamento social.*

prestar”. Ao assim o entendermos, achamos por bem abordar esse capítulo da história, tentando fazer uma breve reflexão das tradições e costumes desde o antepassado até à actualidade.

As normas sociais e os valores são a base da vida humana em sociedade de forma a conferir ordem, coerência e estabilidade, tanto nos aspectos da sociedade, da história e cultura, como nos aspectos das relações interpessoais e na conduta individual.

Segundo TURNER, as normas sociais são fruto de similaridades e diferenças entre o comportamento das pessoas e os conflitos sociais. Diz o autor que quando se fala em normas sociais “...we speak of *traditions, customs morals, the law, the fashionable and unfashionable, well-known facts and public opinion*” (1991:4)¹¹.

Ora as tradições ao englobarem-se nestas normas sociais têm de ser estudadas e compreendidas, para que se possa saber a génese do objecto de estudo: neste caso a gravidez, a preparação para o parto e o próprio parto.

“Se a função da criação é fundamental para a sobrevivência humana, porque existe uma tão pesada simbologia da dor em obstetrícia?”, questiona-se LEITÃO (1995:25). A resposta é simples, apesar da sua compreensão ser complexa, pois é fruto de séculos e séculos de tradições, costumes, mitos e ritos. Todas as representações do parto são constituídas em torno da dor, como as que são exemplificadas posteriormente.

MENDES (1993:85) corrobora com a mesma opinião afirmando que “a tradição foi tornando sinónimos os termos *parir e doer*”. Reportando-se a tradição ao que é transmitido em todas as fases da vida da mulher e de geração em geração, apresenta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem algumas características definidoras: “...tipo de normas e atitudes com as seguintes características: costumes, crenças, regras, rituais, símbolos e mitos transmitidos oralmente ou pela prática, que funcionam como um meio de unidade através de gerações e da história” (1999). Nesta lógica, e ao abordarmos a **tradição oral**, se a mãe referindo-se ao parto o define como um mau momento que se tem de passar, ou então: “*não é nada agradável, mas como*

¹¹ ...falamos de tradições, costumes morais, da lei, do usual e não usual, factos bem conhecidos e da opinião pública.

acaba quase sempre bem, esquece-se”, as descrições dramatizadas de partos terríveis, de intervenções, de cesarianas, entre outras, são tradicionalmente passadas de mãe a filha. Palavras utilizadas habitualmente pelas pessoas relativas ao parto: “*A pobre, teve de ser a ferros...*”, nesta expressão popular, a palavra ferros refere-se ao fórceps sendo evocado como um instrumento de tortura.

Assim, igualmente, são transmitidos os gritos dilacerantes ouvidos em qualquer idade aquando do parto de uma vizinha ou de uma parente, seja em casa ou no hospital.

Na Idade Média, segundo MAUPERRIN (1997:21), “*acreditava-se que poderia haver uma transferência das dores de parto da mulher para o homem pela troca do vestuário e pela simulação masculina do acto de parir. O marido vestiria as roupas dela, rebolar-se-ia no chão, gritaria e contorcer-se-ia, como se estivesse a dar à luz*”.

Assim, cada sociedade sente a dor e dá-lhe um significado em função de toda a organização social que a rodeia. O parto é nesse sentido ritualizado e os modos de expressão da dor reflectem primeiramente toda uma cultura.

2.4. A TRADIÇÃO ESCRITA

Ao consultarmos documentos escritos, a literatura a nível mundial apresenta-nos vários exemplos, dos quais apenas citaremos alguns:

No livro *Medeia* (431 a. C.), no teatro de Eurípedes lemos: “*Foi em vão, oh meus filhos, que vos criei, em vão também que fui dilacerada pelo sofrimento, que suportei as terríveis dores do parto*” (frase que precede o verso 1058). “*...Preferiria lutar três vezes sob o escudo que viver um parto uma só vez*” (versos 248-251).

Após o pecado de Adão e Eva, Deus disse à Mulher: “*Aumentarei os sofrimentos da tua gravidez, os teus filhos não-de nascer entre dores*” (Génesis, versículo 3:16).

As *Sagradas Escrituras* referem que “...*Raquel deu à luz e o seu parto foi difícil. Durante as dores do parto, a parteira disse-lhe: “Ânimo que voltas a ter um filho teu”*” (Génesis, versículo 35:16).

COLLIÉRE (1989:54) escreve que Santo Agostinho adverte: “...*contra o acto conjugal, que não pode realizar-se senão no sentido da procriação, a qual só pode ser consentida com dor, dando à luz uma criança*”.

ROPER (1987:59) salienta a influência religiosa sobre o comportamento individual e social como sendo, por vezes, um obstáculo, pois quando existe unidade religiosa na sociedade, a cultura e a religião são quase inseparáveis.

Simultaneamente encontramos referências que nos dizem como na *Bíblia* que da união de Ana e de Joaquim nasceu **sem dor** uma criança que devia tornar-se na jovem virgem a que se chamou Maria. A tradição conta-nos que a Virgem deu à luz sem ajuda de parteira. A Igreja refere que o fez sem dor: “*O filho, diz a Escritura, a Virgem pariu-o como o astro emite a sua luz*” (VELLAY, 1998:133). O que significa que nem sempre terá que existir dor no parto.

Pio XII, no seu discurso aos ginecologistas, em Janeiro de 1956, concluiu que “*a ciência e a técnica podem, portanto, utilizar as conclusões da psicologia experimental, da fisiologia e da ginecologia, como no método psicoprofiláctico, a fim de eliminar as causas dos erros e dos reflexos condicionados dolorosos e de tornar o acto de ter um filho tão indolor quanto possível. As escrituras não o proíbem*” (VELLAY, 1998:133).

Mais perto dos nossos dias, a literatura, os jornais de grande divulgação com tendências falsamente científicas, a televisão e o cinema, entre outros, transmitem ideias falsas ou incorrectas acerca do parto.

Contudo, a par desse drama colectivo, apareciam – como sempre aconteceu – grupos étnicos, sociológicos, familiares, onde o parto era considerado um acto normal e natural. De geração em geração, as mulheres pariam com facilidade, como se fosse uma característica transmitida hereditariamente. O parto era realizado quase sem dor (à excepção da fase expulsiva) sem se saber como. Assim é da mesma opinião CESINA

BERMUDES, pioneira em Portugal do método psicoprofiláctico, que refere, citada por ROCHETTA (1992:50) que o parto “...*não tem de ser necessariamente doloroso*”.

Novamente VELLAY (1998:133) citando *Guerra e Paz* de TOLSTOI escreve: “*Existe uma superstição antiga que nos diz que quanto mais se ignora as dores do parto menos a parturiente sofre: assim, todas fingem não saber de nada, ninguém lhes diz coisa nenhuma...*”, fazendo uma alusão concreta ao controlo durante o trabalho de parto e o próprio parto.

Segundo MEIRINHO (2000:27), na actualidade “...*o parto não é para sofrer. ‘Parirás com dor’ é um anátema em que ninguém já acredita, hoje vamos parir com alegria e com conforto*”.

No entanto, e apesar da opinião de diversos autores conceituados, as mulheres contemporâneas sofrem “...*do que já se rotulou ‘partofobia’, quão difícil será convencê-las a parir pelas vias naturais sem o auxílio de fármacos analgésicos ou anestésicos*” (REZENDE e MONTENEGRO, 1996:154).

Poderá a dor ser uma construção da mente?

2.5. REPRESENTAÇÕES MENTAIS DA GRÁVIDA E A SUA IMPORTÂNCIA NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

O corpo vivido não é apenas um corpo anátomo-fisiológico. Para a pessoa representa uma realidade subjectiva, uma vivência psicológica, antropológica e cultural. O impacto do corpo da pessoa sobre diversos aspectos da personalidade será mais ou menos determinado por factores constitucionais e por atitudes e comportamentos de origem social e cultural. A vivência do corpo representa um objecto social, no sentido em que as representações que dele temos são construídas socialmente, assim como os

factores que o afectam, tais como a gravidez, o parto, entre outros. JODELET procurou identificar as *categorias mentais* e os *modelos cognitivos e normativos* que controlam a experiência vivida e o nosso conhecimento do corpo (GOMES, 1995:26). Essa vivência desempenha uma função adaptativa para com o próprio corpo e com o exterior extremamente importante para a qualidade de vida das pessoas, representando ainda uma área de estudos da enfermagem enquanto disciplina. A representação mental possui uma função expressiva, originando uma representação socialmente compartilhada.

Ao querermos estudar a forma de encarar a gravidez, o parto e a sua preparação, devemos conhecer as realidades emergentes e construídas, primeiro por cada pessoa interveniente no estudo, de forma isolada e individual, com as manifestas características pessoais. A essa realidade JODELET dá o nome de **representação mental**.

A visão de FISCHER, citado por SERRALHEIRO (2000:8), sobre representação mental, numa forma abrangente e global, designa “...*uma actividade mental pela qual se torna presente ao espírito um objecto ou acontecimento ausente*”.

Para ABRIC, citado pela mesma autora (1995:11), a representação social “...*é o produto e processo de uma actividade mental pela qual o indivíduo ou o grupo reconstitui a realidade com a qual é confrontado e lhe atribui um significado específico*”. Nesta perspectiva, podemos inferir que as representações sociais se constroem na *comunhão* das representações mentais de cada elemento constitutivo do grupo. A representação social tem como *suporte* a actividade mental ou cognitiva das pessoas, a qual se refere à sua auto-representação sobre um determinado *objecto*.

A este propósito, MOSCOVICI (1991:667) refere que as **representações mentais** ou **cognitivas** são “...*entidades de natureza cognitiva reflexiva, dentro de um sistema mental de um indivíduo, uma fracção do universo exterior a esse sistema*”, ou seja, a interiorização cognitiva e reflexiva que cada pessoa faz sobre determinado aspecto ou momento da sua vida. A percepção que a enfermagem poderá obter sobre as

representações dos utilizadores de cuidados sobre determinado assunto, permitirão ajustar e desenhar cuidados de saúde mais próximos dos seus interesses.

A opinião de GOFFMAN (1996:7), citando MAGNANI, é a de que uma representação “...*é uma espécie de imagem mental da realidade*” cujos ingredientes seriam “...*as experiências individuais decorrentes da realidade social em que o actor está imerso*”.

É incorrecto dizer-se que as representações sociais são exclusivamente cognitivas, diz MOSCOVICI (GOMES, 1995:11). Efectivamente, as representações sociais não são unicamente cognitivas e/ou a soma das representações individuais, isto é, são construídas segundo uma especificidade de relação com outros mecanismos cognitivos. Nesta perspectiva, uma representação social, mais do que a soma das partes, é uma ideia construída à base de representações cognitivas individuais ajustadas entre si. O estudo e compreensão das representações sociais e do seu funcionamento supõem sempre uma componente *cognitiva* e outra *social*; na primeira a representação supõe um ponto de vista *psicológico*, assume as regras que regem os processos cognitivos; na segunda os processos cognitivos estão determinados pelas *condições sociais*, nas quais se elabora uma representação social, a qual integra o racional e o irracional.

A representação não é uma mera reflexão da realidade, ela é uma *organização significativa*. Esta significação depende de elementos contingentes á própria pessoa e do meio social em que ela se insere. A representação sobre qualquer coisa funciona como um sistema de interpretação da realidade que regula a relação da pessoa com o meio, determina os seus **comportamentos** ou as suas práticas.

Estas representações são inseparáveis da actividade simbólica directamente inscrita num campo social. Neste sentido, as representações sociais não são reproduções exactas da realidade, mas resultam de um amplo trabalho cognitivo de elaboração do sujeito e dos grupos sobre os objectos sociais que os envolvem.

O conceito de representação social aparece pela primeira vez em Sociologia interpretado por MOSCOVICI em 1961 através da obra *La Psychanalyse, son Image et son Public*. DURKHEIM (1970:366), cerca de uma década depois, afirma que a vida social é “...essencialmente formada de representações”.

Na *representação social* de um *objecto*, sobressaem diversas dimensões do seu conteúdo com o intuito de preservar as potencialidades do mesmo. No campo da investigação constituem-se maneiras diferentes de formular a representação social como construção psicológica e social, esboçando-se ópticas diferentes tais como acentua GOMES (1995:9) 1) “imita o conceito de representação à actividade puramente cognitiva através do qual o sujeito constrói a sua representação; 2) [...] põe a tónica sobre os aspectos significantes da actividade representativa; considera-se que o sujeito é **produtor** de sentido, que expressa na sua representação o sentido da sua experiência no mundo social...; 3) [...] trata a representação como uma forma de **discurso**, cujas características dependem da prática discursiva de sujeitos em sociedade. As suas propriedades provêm da situação da comunicação, da pertença social dos sujeitos e da finalidade do seu discurso; 4) [...] é a **prática social do sujeito** que se toma em consideração; o sujeito é uma actor social, tem uma posição, um lugar e produz uma representação que reflecte as normas institucionais derivadas da sua posição...; 5) [...] é o jogo das **relações intergrupais** que determina a dinâmica das representações no desenvolvimento das interacções entre os grupos, modificando as representações que os membros têm em si mesmo...”.

As representações sociais são para MOSCOVICI “...um conjunto de conceitos, proposições e explicações criados na vida quotidiana no decurso da comunicação inter-individual” (GOMES, 1995:10).

Para SEMIN, citado por GOMES (1995:13), as representações sociais preparam para a acção, não só porque conduzem o comportamento, mas porque organizam o ambiente em que tomam lugar, remodelando-o e constituindo-o. A sua função de orientação conduz os comportamentos e as práticas do grupo. A este propósito

FLAMENT diz que “...as práticas são a principal fonte das transformações das representações” (GOMES, 1995:13).

No entanto, existem autores que afirmam mesmo que as representações mentais são muitas vezes similares das representações sociais. SCHIELE (1984:24) refere que “...il est donc présumable que représentations individuelles et représentations sociales sont en quelque manière comparables”¹².

JODELET, citado por GOMES (1995:11), acredita que as representações sociais “...são realidades mentais pelas quais os sujeitos se relacionam simbolicamente com os objectos e correspondem à interiorização de experiências práticas e modelos de conduta e pensamento”. Acrescenta também que “...a função das representações sociais é manter a **identidade social** – o equilíbrio sócio-cognitivo que lhes subjaz – protegendo, guiando e justificando condutas e interações” (1995:7). Também neste prumo de pensamento, HERZLICH, citado pela mesma autora (1995:13), considera que a função identitária das representações sociais demarca e salvaguarda a especificidade dos grupos e adopta um lugar primordial no processo de comparação social.

Como refere DOISE (1998:16), “...the content of self-representations varies from culture to culture and epoch to epoch”¹³.

Para PALMONARI e DOISE, citados por QUINTAS (1997:42), as representações sociais, assentes no seio das dinâmicas sociais contemporâneas, possibilitam a aliança entre a vida abstracta do saber e das *crenças* dos indivíduos à sua vida concreta de pessoas inseridos no mundo social.

Segundo JARDIM (1996:6) as representações sociais têm como características: 1) A Posse de “...núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade...”; 2) A inerência de “...sistemas **empíricos e observáveis**,

¹² ...é presumível que representações individuais e representações sociais sejam, de qualquer forma, comparáveis.

¹³ ...o conceito das auto-representações variam de cultura para cultura e de época para época.

capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os actores sociais estão inseridos...”; 3) A abrangência “...em termos da sociedade como um todo e revelam a visão de mundo de determinada época das classes dominantes dentro da história de uma sociedade...”; 4) O não serem “...necessariamente conscientes: são uma mistura das ideias de elites, grandes massas e das filosofias correntes, contendo elementos de denominação e resistência...”.

Os processos de criação das representações sociais mostram-nos como o social transforma conhecimento em representação e de como esta altera o real. A função cognitiva mais importante das representações sociais é a integração da novidade, visto ser o meio envolvente um meio teórico onde circulam teorias e ideologias sobre grandes questões facilitando a comunicação, levando a pessoa a colocar esperanças, formas de intervir e a procurar no aleatório da existência respostas para uma nova compreensão do homem. Assim, segundo GOMES (1995:17) “...as representações sociais não se apoiam só em teorias científicas, mas em culturas, ideologias formalizadas, experiências e práticas do quotidiano”.

Segundo MOSCOVICI (1988:215) “...muito do conhecimento que nos é fornecido pela comunicação afecta a maneira como pensamos e criamos novos conteúdos”. As representações derivam não só das situações sociais que envolvem determinado objecto, mas principalmente da *transmissão* dessas situações pelos diversos canais comunicacionais que as moldam e transformam. Neste sentido, as representações não só são difundidas, também são criadas nos canais comunicacionais (QUINTAS, 1997:53).

Porém, não são só os canais de comunicação que são importantes na construção das representações. Apesar de efectivamente poderosos, na construção destas representações, não são as únicas fontes de influência. Como realça QUINTAS (1997:53) “...também, todo um conjunto de *experiências concretas das pessoas, de conversações quotidianas, de discursos técnico-científicos e políticos sobre determinado objecto, a que as pessoas têm acesso, inscritos numa complexa rede de interacções sociais, contribuem para a formação de determinadas visões do mundo...*”.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Esta lógica pode ser aplicada a objectos concretos, como por exemplo *a gravidez, o parto e sua preparação*, constituindo-se como *representações sociais*.

3. PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A preparação para o parto, enquanto momento de educação, tem diversas visualizações e compreensões da sua conceptualização científica. Todavia, existem definições concretas e aceites pelo mundo científico, que nos apresentam a preparação para o parto como um *“programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor ou psicoprofiláctico, implica a aprendizagem de técnicas de descontração psicofisiológica no tratamento das dores do trabalho de parto por forma a poder minimizar-se o uso da anestesia ou da analgesia. [...] O objectivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contracções uterinas e do trabalho de parto”* (ANKRETT, 1992:847).

Já para LEDERMAN, citado por BOBAK, LOWDERMILK e JENSEN (1995:121), a preparação para o parto é *“um sentimento saudável do real – uma consciencialização do esforço, dor e risco, contrabalançada por um sentido de excitação e expectativa pelo prémio final”*, fazendo alusão a que se a mulher se conhecer a si mesma e tudo o que envolve o trabalho de parto, o parto em si será algo natural e gratificante. PATTERSON, FREESE e GOLDENBERG, citados pelos mesmos autores, fazem também alusão à sua noção de preparação para o parto acrescentando que *“muitas mulheres, especialmente nulíparas, preparam-se activamente para o parto. Lêem livros, vêem filmes, vão a aulas de preparação e falam com outras mulheres (mães, irmãs, amigas, outras). Procuram o melhor profissional para aconselhamento, vigilância, e cuidados”* (1995:120).

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Diversos estudos e autores alegam que, no passado havia a preocupação dominante no sentido de tornar menos doloroso o parto, empregando-se meios que facilitariam e até acelerariam a expulsão da criança. PERIGO (1961:52) descreve alguns desses métodos usados tais como “...o uso de untar com gordura as vias de passagem, amaciando-as, até às abluções e semicúpios com água quente, o recurso às mais surpreendentes posições para favorecer as contracções do período expulsivo...”.

Mas com a passagem do tempo e o desenvolver da tecnologia e dos conhecimentos científicos, ficou-se à espera de mais bases científicas e só no fim do século XIX na ex-União Soviética, Pavlov descobre a origem dos reflexos condicionados. Em 1903 (início do século XX) recebe o Prémio Nobel da Neurofisiologia, pela descoberta dos reflexos condicionados, métodos e regras a aprender, o que viria a par das descobertas de analgésicos e anestésicos, mais tarde, revolucionar o campo do parto sem dor ou parto controlado.

O exemplo clássico das suas experiências, refere RODRIGUES (1992:286), é que a secreção salivar associada ao toque da campainha repetida e acompanhada da introdução de carne na boca de um cão continua a provocar salivação, mesmo quando não se introduz carne na boca, ao simples toque da campainha. A salivação constitui o **estímulo condicionado** isto é, os estímulos condicionais podem ser de natureza visceral, auditiva, táctil, térmica, olfactiva entre outras, e podem desencadear um grande número de reflexos condicionados a nível somático e visceral, podendo condicionar-se respostas reflexas viscerais afectando a respiração, o sistema vasomotor, a pupila, a deglutição, a excreção de leite, a contracção da bexiga e a secreção gástrica e intestinal.

Para que um reflexo condicionado se instale, o estímulo condicional deve preceder o estímulo não condicional e o animal não deve ser distraído por outro estímulo externo. Este último impossibilitaria o condicionamento (inibição externa).

A base fisiológica dum reflexo condicionado assenta na formação de novas conexões a nível do sistema nervoso. Por exemplo, a salivação consequente ao toque da campainha implica a formação de novas ligações entre as vias auditivas e os centros do sistema nervoso autónomo que controlam a secreção salivar. O papel do córtice cerebral, que se julgou a princípio imprescindível para a obtenção de reflexos

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

condicionados, está hoje posto em causa, uma vez que eles se podem provocar em animais descorticados.

Já DESCARTES, no longínquo ano de 1630, começava a entender o significado dos reflexos condicionados escrevendo numa de suas cartas *“a mesma coisa que dá vontade de dançar a uns pode dar vontade de chorar a outros. Depende apenas das ideias que forem excitadas na nossa memória; exactamente como aqueles que sentiam prazer em dançar quando se tocava uma certa ária: mal ouvem algo de semelhante, logo lhes volta o desejo de dançar; pelo contrário, se alguém nunca ouviu tocar a galharda que não tivesse sofrido, ao mesmo tempo, qualquer desgosto, entristecer-se-á infalivelmente sempre que a ouvir. Isto é tão certo que julgo que, se se tivesse chicoteado um cão cinco ou seis vezes ao som do violino, logo que o cão ouvisse outra vez essa música, começaria a gritar e a fugir...”* (JEANSON, 1959:23).

JEANSON (1959:58) acrescenta, abordando a escola pavloviana, que para esta *“O parto [...] não é de modo nenhum, portanto, um fenómeno local; é um processo que diz respeito a todo o organismo”*.

Tendo em conta este último parecer e outros, ligados a Pavlov e seus estudos, os obstetras russos Velvosky e Nicoleiv baseiam-se nos reflexos condicionados com dados de neurofisiologia e conhecimentos obstétricos iniciando o estudo e aplicação do método psicoprofiláctico.

O final da 2ª Guerra Mundial traz-nos informação sobre a sua eficácia, através de dados estatísticos. A partir daqui espalhou-se por todos os países como um rastilho, chega a França, Portugal, etc. O método baseia-se em três pontos principais:

- descondicionamento dos reflexos errados (negativos) e condicionar reflexos certos (positivos) para utilizar durante a contracção (ex.: reflexos simples, reflexos adquiridos);
- Ocupação cerebral durante a contracção: centros frenadores (relaxamento e respiração);

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

- Transformação do desconhecido em conhecido, aumentando assim o limiar da sensibilidade à dor.

MENDES (1993:85) defende que “...é possível reduzir a actividade cerebral com participação neuromuscular adequada, ensinando um condicionamento no relaxamento aos desconfortos das contracções uterinas. Trata-se principalmente em ritmar os movimentos respiratórios, lentos nos intervalos das contracções e muito acelerados e superficiais logo a seguir à subida do tónus contráctil uterino”.

A nossa experiência como enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica, mostra-nos que as mulheres apresentam comportamentos reactivos à dor, verbalizando medo e ansiedade em relação ao parto, pelo que com este trabalho pretendemos através de uma investigação, compreender as representações mentais sobre o parto e a sua preparação.

CROWE e VON-BAEYER citados por BENTO (1992:50), realizaram em 1989 uma investigação que os levou a concluir que as mulheres que demonstraram durante as aulas de preparação para o parto ter maior conhecimento do trabalho de parto e uma maior confiança, após as aulas revelaram ter um trabalho de parto com menos dor e menos penoso.

Verificaram ainda que as mulheres que tinham níveis elevados de ansiedade antes das aulas revelaram ter experimentado menor ansiedade durante o trabalho de parto. Os autores referiram como explicação que estas mulheres aprenderam a lidar com as suas preocupações mais cedo.

Os investigadores concluíram, no fim deste estudo que os factores em que encontraram correlação mais positiva, foram o **conhecimento**, a **confiança** e a **ansiedade**. Os resultados do seu trabalho apoiam a necessidade de preparação para o parto como fonte de informação, de confiança e espaço para proporcionar o aprender a lidar com os medos relativos ao nascimento.

3.1. PREPARAÇÃO PARA O PARTO PELO MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

A preparação psicoprofiláctica para o parto é conhecida como parto sem dor, parto preparado, parto controlado, ginástica, exercícios para o parto. FREITAS (1998:43), citando RESENDE, define a preparação psicoprofiláctica para o parto, como “...um método de educação psíquica e física através de informações correctas sobre as transformações ocorridas durante o período da gravidez e parto. Estas informações visam reconduzir a gestante ao normal equilíbrio emocional com vista a disciplinar o seu comportamento com manifestas vantagens sobre a parturição”.

Segundo MEXIA, professora de Educação Física, que foi pioneira deste método em Portugal, refere, citada por ROCHETTA (1992:52), que o método psicoprofiláctico é “...um método comportamental e cognitivo”. Acrescenta a mesma autora que este método tenta “...mudar o comportamento dos casais em relação ao parto. [...] É importante que a grávida compreenda porque é que tem medo, porque é que o seu comportamento é um comportamento contra o corpo e contra o parto”.

Baseado na neurofisiologia, ou seja funcionamento do sistema nervoso, o método psicoprofiláctico divide-se em duas partes: a parte psicológica e a parte profiláctica. Por isso mesmo, a preparação da grávida exige dois tipos de informações.

A informação que trata da parte **psicológica** do método, a grávida é levada a entender o mecanismo complexo do sistema nervoso, aprende como funciona o seu cérebro, e ao ouvir falar de ‘descondicionamento’ e de ‘condicionamento’, de ‘ocupação do cérebro’, de ‘limiar de sensibilidade’, fica com a possibilidade de compreender a relação cérebro-útero no momento do parto. Por outro lado, é ‘descondicionada’ por factores negativos, que lhe foram transmitidos por uma educação cheia de tradições fatalistas em relação ao parto, e assim poderá chegar à descontração necessária ou relaxamento para ela própria *comandar* o nascimento do seu filho.

Nas aulas de **profilaxia** está em causa fornecer às mulheres noções sobre anatomofisiologia dos órgãos genitais, ensinar-lhes os diversos tipos de respiração do método e exercitá-las no sentido de conseguirem dominar todo o seu corpo.

A componente psicológica é, na preparação para o parto, muito mais importante do que a profiláctica, é uma boa preparação em relação à primeira dessas componentes que permite o êxito da segunda. É muito difícil separar ambas as partes, já que as duas são sempre psicossomáticas e só teoricamente é que se podem separar.

Uma mulher pode estar muito bem preparada nas aulas de profilaxia: toda a informação sobre o parto, aprende a conhecer o seu corpo, tem noção dos diferentes tipos de respiração que deve fazer, das posições que deve tomar, dos músculos que deve contrair e relaxar, para ajudar o nascimento do seu filho, mas não deixa de estar dependente da parte psicológica do método, para que tudo corra bem. Porque se uma parturiente se descontrola, não tem possibilidade de executar ou pelo menos de executar com correcção o que lhe foi ensinado sobre o parto profiláctico do método (ex.: uma pessoa que só faz ginástica, ou que só tem informação e que não usa os centro inibitórios).

É esse descontrolo que dá origem a que o parto, mesmo quando normal, não seja em todos os casos indolor.

Uma das investigações realizadas em Portugal sobre esta temática foi a de PAUL - **“Efeitos da preparação psicoprofiláctica no controlo durante o parto”**. Na amostra constituída por 32 mulheres, que realizaram um trabalho de parto activo, um grupo de mulheres tinha feito preparação para o parto e o outro não. Aplicou o instrumento de colheita de dados entre a terceira e a quinta semanas pós-parto. Obteve dados pouco conclusivos; não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos nos testes estatísticos a que recorreu, embora a média de controlo no trabalho de parto tenha sido mais elevada no grupo que fez preparação para o parto.

Explicando os resultados a investigadora escreve (1989^b:316) *“...o parto enquanto situação de crise aguda é rapidamente esquecido nos seus aspectos extremos, permanecendo apenas uma impressão geral dos acontecimentos”* e ainda *“...o lapso de tempo terá sido um tempo de assimilação e reformulação dos acontecimentos [...], o que torna a avaliação que fizemos imprecisa”*. Outra explicação dada por PAUL no mesmo artigo foi que provavelmente as **expectativas** desenvolvidas em relação ao parto pelas mulheres que fizeram preparação era maior. Por isso, elas apresentaram uma atitude mais crítica em relação à situação vivida. Isto mesmo refere MACFARLANE

(1992:51) ao indicar os factores que contribuem para a sensação de dor “*primeiro, a mensagem nervosa em direcção ao cérebro que se segue à estimulação ou a um dano relativo a uma determinada área do corpo. Depois, há que ter em conta o estado do cérebro quando recebe a mensagem, e este é afectado pelas suas expectativas culturais acerca da dor, a sua experiência prévia no que diz respeito à ansiedade, medo, fadiga e probabilidades das consequências da dor*”.

Cabe aqui dizer que todos os que rodeiam a grávida podem ajudar a criar um clima de confiança à volta do parto e não devem, como tantas vezes acontece, estabelecer conversas com elas que sirvam para dificultar a sua preparação e venham, tempo passado, a reflectir-se negativamente no momento do parto.

O método psicoprofiláctico chegou a Portugal em 1953. Rapidamente se adoptou o método, em paralelo com a França a nível particular e não oficializado. Os pioneiros em Portugal foram o Dr. Pedro Monjardino, a Dr.^a Cesina Bermundes, médicas obstetras, e o Dr. Seabra Dinis, médico psiquiatra. Estes prepararam-se em França com o Dr. Lamaze, na Maternidade dos Metalúrgicos (Policlínica) em Paris. Após a morte do Dr. Lamaze, o Dr. Pierre Vellay continua o seu trabalho e ainda hoje, faz a preparação para os casais e pessoal de saúde. Os pioneiros portugueses iniciaram a preparação de casais no antigo Hospital do Ultramar, onde tiveram grande êxito. Mais tarde, a partir de 1963, Graça Mexia, professora de Educação Física, realiza um estágio em França e faz o curso de Fisioterapeuta Obstetra e como tal prepara-se na Policlínica francesa, com o Dr. Lamaze e o Dr. Pierre Vellay. Vem para Portugal e continua o trabalho dos pioneiros do Método Psicoprofiláctico, em Lisboa. No seu ginásio, começa a preparar casais e pessoal de saúde, com muito êxito, lutando finalmente pela oficialização do método.

A educação do método implica, naturalmente, a introdução do ensino nas faculdades de medicina, nas escolas superiores de enfermagem, a sua prática em todos os hospitais, em todas as maternidades e centros de saúde de cuidados primários. Esta acaba por acontecer através da **Legislação de Protecção à Maternidade e Paternidade, Lei 4/84 de 5 de Abril e Assistência ao Parto, Lei 14/85.**

No Porto, em 1980, é criado um Centro de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto, idêntico ao da Dr.^a Graça Mexia, pela Dr.^a Celeste Pereira. Depois deste outros novos Centros têm surgido por todo o país, tanto públicos como particulares, embora não no número desejável e necessário.

Porém, actualmente, não será somente por falta de centros de preparação para o parto, que as grávidas não recorrem às mesmas. Na opinião de ALMEIDA (1991:38), fisioterapeuta, “...os nossos médicos (e nós acrescentaríamos também outros profissionais da saúde) e a nossa população, por estranho que pareça, ainda não estão sensibilizados para este aconselhamento”. Aqui, assenta o ponto de partida para a enfermagem enquanto profissão de ajuda.

3.2. OUTROS MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Em tempos idos, quando o parto era um acontecimento natural na vida da mulher e decorria no âmbito da família, não existiam cursos de preparação para o parto. Nascia-se em casa, com a ajuda da parteira e das mulheres da família ou conhecidas. O que acontecia naqueles momentos, o que se devia ou não fazer eram coisas conhecidas que se tinha oportunidade de ver antes de as viver, por vezes compreendendo-as de forma errada ou alteradas de significado. O parto era um acontecimento natural, como muitos outros, sem dúvida importante e doloroso, mas que se enfrentava com conhecimento e resignação e que, na maior parte dos casos, se resolvia sem grandes problemas.

Nos casos em que sobrevinham complicações, a situação tornava-se dramática e, por vezes, mortal, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Para resolver estes casos, a medicina *apoderou-se* da gravidez e do parto, conseguindo proporcionar à parturiente e ao recém-nascido uma melhor assistência, mas impondo também certos custos. Transferido para o âmbito hospitalar, o parto transformou-se numa *doença* e a

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

mulher numa *doente* cada vez mais habituada a entregar nas mãos dos profissionais de saúde o nascimento do seu filho. O ambiente familiar foi substituído por uma situação anónima e desagradável, cheia de rostos estranhos, na qual a parturiente não sabe muito bem o que acontecerá, o que lhe estão a fazer e porquê. Os cursos de preparação para o parto nasceram na Europa, no princípio deste século. Um obstetra inglês apercebeu-se de que, no hospital, as mulheres se sentiam tensas, com medo, sós e pariam com dificuldade; era necessário, por isso, intervir, não só sobre o seu estado físico (através de técnicas cada vez mais seguras) mas também sobre o seu estado psicológico. A partir desta observação começou a preocupar-se com a necessidade de vencer aqueles temores (desde o medo atávico da dor e do risco inerente ao parto, até ao medo, mais recente, causado pelo ambiente hospitalar), informando as mulheres grávidas acerca do que lhes iria acontecer, ensinando-as a colaborar de forma activa no nascimento do filho e diminuindo, assim, a dor. Hoje em dia, embora utilizando técnicas diferentes, os cursos de preparação para o parto prosseguem todos os mesmos objectivos:

- proporcionar à gestante a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, de modo a que possa viver conscientemente este momento tão especial;
- vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia;
- reduzir ao mínimo a dor, graças a meios largamente comprovados (técnicas de respiração, relaxamento, ...);
- ensinar a *colaborar* com o próprio corpo para que tudo decorra da forma mais fácil e rápida possível;
- proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação e que, por isso, melhor do que ninguém podem oferecer a sua colaboração e solidariedade;
- dar, em muitos casos, ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o do parto, possa estar o mais perto possível da futura mãe;

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

- *apresentar* à mulher os ambientes em que irá estar internada e onde será assistida, para que lhe sejam menos estranhos, se o curso é organizado pelo hospital ou pela clínica onde irá decorrer o parto.

De entre os muitos métodos existentes por todo o mundo científico, ou até mesmo empírico, o psicoprofilático (preparação psicológica e física através da instrução e da prática) é um dos mais aplicados e com maior sucesso.

Nos Estados Unidos da América, os principais métodos ensinados são o método de **Dick Read** ou método de parto natural, o método de **Lamaze** ou método psicoprofilático e o método de **Bradley** ou método do parto assistido pelo marido (BOBAK, 1999:235). Apesar das diferenças teóricas, os três têm semelhanças: informações sobre os processos de trabalho de parto, algum tipo de preparação física, e a crença no apoio, constante e competente, durante o trabalho de parto.

A maioria dos defensores da preparação para o parto, concorda que as principais causas de dor, durante o trabalho de parto, são o medo e a tensão, que transformam uma sensação natural e fisiológica numa sensação dolorosa. Uma das principais causas que origina essa sensação dolorosa acontece porque, e segundo BERMUDES, citada por ROCHETTA (1992:51), *“no músculo uterino existem fibras circulares, que apertam o colo do útero e tornam possível a gravidez durar nove meses. As mulheres em quem essas fibras não funcionam bem têm de estar deitadas durante toda a gravidez para a conseguirem levar adiante. Há também outras fibras, longitudinais, que se inserem em torno do colo do útero e que quando se contraem o vão abrindo progressivamente. São essas fibras que trabalham durante o parto e que fora do parto não podem trabalhar. Normalmente, durante o parto, só as fibras longitudinais se deveriam contrair. Mas se a mulher estiver **tensa** e com **medo** as fibras circulares contraem-se também e depois é a luta entre fibras circulares que fecham o colo do útero e as longitudinais que querem abri-lo. É a contradição entre a acção destes dois tipos de fibras que torna o parto por vezes tão demorado e doloroso”*.

Todos os métodos tentam reduzir estes dois factores e eliminar a dor, através do aumento dos conhecimentos da mulher sobre o que esperar durante o trabalho de parto, aumentando a sua auto-confiança e sentido de controlo, preparando uma pessoa de apoio (geralmente o marido) e treinando o condicionamento físico e técnicas de respiração e relaxamento.

Grantley Dick Read foi um médico inglês que defendeu como teoria que a dor do parto era consequência de condicionamentos sociais e síndrome do medo da dor.

Segundo READ, citado por BOBAK (1999:235), “...o medo, a tensão, e a dor são três véus que se opõem ao desenho natural e que têm estado associados à preparação e assistência ao parto. Se medo, tensão e dor andam de mãos dadas, então é necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e assim, eliminar a dor. A implementação da minha teoria demonstra métodos através dos quais o medo pode ser ultrapassado, a tensão pode ser eliminada e substituída por relaxamento físico e mental”.

Este método engloba informações sobre o trabalho de parto, além de higiene, nutrição e exercício. As aulas são ministradas em três vertentes: exercício físico, relaxamento e respiração.

Os defensores do **método DICK READ** consideram que o peso exercido pela musculatura abdominal sobre o útero contraído aumenta a dor. A mulher é, pois, ensinada a tentar empurrar para cima os músculos abdominais durante as contracções, libertando assim, da musculatura abdominal, o útero contraído (BOBAK, 1999:235).

Ferdinand LAMAZE, ginecologista francês, reuniu no início dos anos 50, num único método de preparação para o parto, os critérios defendidos nesta matéria pelas escolas inglesa e russa. O método espalhou-se rapidamente pela Europa e pelos Estados Unidos, rotulado de *parto sem dor*.

As mulheres que recorrem a este método para *enfrentar* o parto seguem um curso de preparação colectivo (10 a 15 mulheres), que se inicia cerca do sétimo mês de

gravidez e que consiste numa série de encontros semanais (cerca de 2 a 3 por semana). Cada encontro consta de uma parte teórica, destinada a informar a mulher grávida sobre tudo o que diga respeito à gravidez e ao parto (anatomia, fisiologia, ...), e de uma parte prática que engloba a ginástica pré-natal, as técnicas de relaxamento e os exercícios de respiração. O **método LAMAZE** baseia-se na respiração, especialmente a que deve ser praticada durante as primeiras fases do trabalho de parto, de acordo com a teoria de que a **percepção da dor**, em cada contracção uterina, resulta, em grande parte, de um **reflexo condicionado**. Para anular este condicionamento negativo bastará desencadear outro que favoreça o autocontrolo e afaste a atenção da dor; para isso bastará relacionar a contracção com um acto voluntário, não doloroso, como a respiração. Daí que se ensine as gestantes a fazerem uma respiração abdominal, tranquila e profunda, que devem praticar desde o início da dilatação e um tipo especial de respiração torácica, superficial e acelerada, denominada “respiração arquejante” reservada para o momento em que as contracções se tornem mais íntensas e seguidas.

Segundo WIDZINSKI (2000:1) “...relaxation is a major component of Lamaze, the theory being that it helps to minimize pain. Demonstrated, practiced, and reviewed are the major steps to mastering relaxation, including breathing, having a focal point, effleurage and massage, coaching, and imagery”¹⁴.

Por outro lado, este método não exclui a utilização de medicação analgésica quando necessária, a qual pode coadjuvar as técnicas de relaxamento e reforçar a distracção e focalização externas.

De acordo com o nosso conhecimento empírico e na opinião de vários autores, como BURROUGHS (1995:142) por exemplo, o método de Lamaze ou psicoprofiláctico é, actualmente, o método mais popular e usado de preparação para o parto. Segundo este método, a mulher não se submete ao parto, mas sim, a ele se adapta.

¹⁴ ...o relaxamento é o maior componente de Lamaze, teoria que ajuda a minimizar a dor. Demonstração, prática e revisões são as maiores etapas para um relaxamento controlado, incluindo a respiração, tendo um ponto de atenção, effleurage e massagem, treino e visualização.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Robert Bradley, médico obstetra americano, em 1965 considerou como parto natural, aquele em que não há anestesia ou analgesia, contando com a ajuda do marido, o que actua como *treinador*, e com a utilização de técnicas de respiração (BOBAK, 1999:236).

O método **BRADLEY**, citado por BOBAK (1999:236), “...baseia-se na observação do comportamento animal durante o parto, e enfatiza a necessidade de trabalhar em harmonia com todo o corpo, de utilizar o controlo da respiração, respiração abdominal e relaxamento corporal generalizado”.

A técnica acentua que, factores ambientais como escuridão, estar só, e sossego, tornam a experiência do parto mais natural. Isso mesmo afirma WALLACE (2000:1), acrescentando que “...from his observations of mammals giving birth, Bradley developed the six needs of a labouring woman:

1. *the need for darkness and solitude;*
2. *the need for quiet;*
3. *the need for physical comfort during the first stage of labor;*
4. *the need for physical relaxation;*
5. *the need for controlled breathing;*
6. *the need for closed eyes and the appearance of sleep*¹⁵.

Salienta também a mesma autora (2000:1) que “...he taught classes so that the husbands could become fully trained coaches to help support their labouring wives. He was the first American obstetrician to write a book encouraging women to give birth naturally and to have their husbands present in the labour and delivery room, not just as observers but as trained coaches”¹⁶.

¹⁵ ...através das suas observações em mamíferos a parirem, Bradley desenvolveu as seis necessidades da mulher no parto: 1) a necessidade de escuridão e solidão; 2) a necessidade de silêncio; 3) a necessidade de conforto físico durante a primeira parte do trabalho de parto; 4) a necessidade de relaxamento físico; 5) a necessidade de controlo da respiração; 6) a necessidade de fechar os olhos e da aparência de estar a dormir.

¹⁶ ...ele encarava o ensino de forma que os maridos pudessem ser treinadores bem preparados para ajudarem as suas mulheres a suportar o trabalho de parto. Foi o primeiro obstetra americano a escrever um livro encorajando as mulheres a parirem naturalmente e a terem os seus maridos presentes no trabalho de parto e no quarto, não somente como observadores mas como treinadores preparados.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Todavia, outros métodos têm sido utilizados, com maior ou menor sucesso, mas todos com o objectivo último de diminuir o sofrimento e aumentar a colaboração da mulher no parto. Alguns exemplos são apresentados de seguida.

O Ensino Autónomo Respiratório baseia-se em técnicas de auto-sugestão e de respiração que têm como finalidade habituar o organismo a reagir espontaneamente, da forma mais adequada, a cada uma das fases do parto, aliviando assim a tensão física e emocional.

Este método resultou dos estudos do professor PISCICELLI que aperfeiçoou o ensinamento autónomo de SCHULZ.

Os cursos de preparação começam, normalmente, entre o 6º e o 7º mês de gravidez. Realizam-se em grupos que poderão ser bastante numerosos (várias dezenas de mulheres). Os encontros, que têm uma periodicidade semanal, compreendem uma parte teórica e outra prática. Na primeira fornece-se toda a informação que permite enfrentar, conscientemente e sem ansiedade, o nascimento da criança. Na segunda, são ensinadas as técnicas de relaxamento (concentração em determinadas sensações e não em outras) e as técnicas de respiração e de controlo muscular que deverão ser postas em prática nas diferentes fases do parto.

Durante o relaxamento aprende-se também a deixar a mente divagar, a evocar recordações e sensações, mas também, eventuais medos e ansiedades que depois são debatidos e analisados em conjunto, para poder eliminar os eventuais *bloqueios* emocionais. Esta parte psicológica tem sempre uma importância acentuada. Para o momento do trabalho de parto ensina-se uma respiração lenta e profunda, semelhante à do sono, que deverá praticar-se quando começarem as contracções. Para a fase da expulsão, aprende-se a inspirar e a reter o ar nos pulmões no momento em que deve utilizar toda a sua energia para regressar imediatamente ao mais completo relaxamento, respirando normalmente até ao momento de voltar a tentar expulsar o feto. A dor reduz-se ao mínimo, graças ao treino e à concentração, que permitem controlar tanto a tensão emocional como a física - factores que aumentam a percepção da dor.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A **Sofrologia**, através do relaxamento terapêutico, implica abstrair-se do que a rodeia, comunicar com o próprio corpo e tomar consciência das tensões. O seu principal efeito é o de acalmar o sistema neuro-muscular e influenciar assim a mente.

O relaxamento aprende-se progressivamente e exige um treino diário.

Um método de relaxamento célebre em todo o mundo é a sofrologia, ou seja, o estudo do ser humano em harmonia. Conta com mais de 20 anos de experimentação científica, iniciada em 1960 pelo ALFONSO CAYCEDO no Serviço de Neuropsiquiatria de Madrid. CAYCEDO realizou as suas primeiras investigações com base nas técnicas de hipnose, que rapidamente abandonou, e nos métodos de relaxamento principais. A sofrologia distingue-se pois da hipnose, dos métodos orientais e da parapsicologia.

Actualmente mais de 20 000 profissionais de saúde, em cerca de 50 países, utilizam este método.

A sofrologia propõe atingir, com a ajuda de imagens, sons e sugestões de sensações, um estado sofrónico entre a vigília e o sono, que proporciona descanso, harmonia e bem-estar. A sessão de sofrologia começa com o relaxamento físico total, seguindo-se o relaxamento mental. A pessoa deve entregar-se completamente. A sua grande utilização nos partos justifica esta referência.

O curso de relaxamento consta de aulas teóricas e práticas, num total de 8 semanas de prática individual, em casa, em sessões diárias de dez minutos cada, no fim das quais se adquire uma disciplina mental e física.

A **Eutonia** é um método originário da Dinamarca e proporciona à pessoa um bem-estar geral.

Trata-se de educar a sensibilidade de maneira a que se sinta a si mesma, através da percepção, sobretudo táctil. Concentrar a atenção no contacto das mãos com a pele, com o tecido da roupa e com a fibra do colchão, tudo isto suscita sensações que até essa altura não eram conscientes e que nos permitem ver o nosso corpo como algo de mais real e concreto.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Ao tornarmo-nos mais sensíveis às mensagens secretas do corpo e às suas transformações, a eutonia constitui uma óptima preparação para viver, aceitar e controlar, tudo o que acontece durante a gravidez e para enfrentar com seriedade e plena consciência o momento do parto.

A eutonia não ensina técnicas especiais para respirar, empurrar ou para eliminar a dor, porque para uma mulher que tenha aprendido a concentrar-se, tornar-se-á natural empurrar no momento adequado e aceitar a dor como um sinal do corpo.

No entanto, trabalha-se o conhecimento e a distensão da garganta e da laringe, bem como a emissão da voz.

Segundo SCOTT, citado por BOBAK (1999:238), a **Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea** pode ser eficaz devido ao seu efeito placebo, ou seja, a confiança no método pode estimular a libertação de opiáceos endógenos (encefalinas) no corpo da mulher e, assim, aliviar o desconforto.

Consiste num sensor electrónico que aumenta as defesas naturais do corpo contra a dor, enviando impulsos eléctricos para a zona dorsal. Os eléctrodos são colados no dorso, na zona acima dos nervos que enervam o útero, e estão ligados a um painel de controlo que permite à grávida intensificar ou diminuir a corrente eléctrica. São úteis para contracções pouco dolorosas.

A sua utilização não condiciona qualquer risco quer para a mulher quer para o feto, acreditando-se que reduz ou elimina a necessidade de recorrer a analgesia e aumenta a percepção de controlo da situação por parte da mulher.

A preparação para o parto é, normalmente, realizada em ginásios equipados para o efeito. No entanto, existem locais não menos aconselháveis, como por exemplo a preparação para o parto na água; que têm resultados muito bons, até melhores em muitos casos.

A **Hidroterapia** como método não farmacológico, aliás como todos os descritos até ao momento, começa a ser bastante utilizado, pois evidenciam-se vantagens como a redução do peso dentro de água, evita posturas prejudiciais, favorece o relaxamento,

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

entre outros. A flutuação provocada por água morna, com ou sem jactos de ar, proporciona conforto aos músculos tensos.

No fundo, e inclusivamente às mulheres que pensam parir com recurso à analgesia epidural, refere AIDA (2000:10), convém-lhes “...aprender a respirar e a serem capazes de se manterem tranquilas durante as longas horas do parto”, o que podem alcançar nestas aulas, sejam elas realizadas em meio aquático ou tradicional.

Durante o trabalho de parto, segundo ADERHOLD e PERRY citados por BOBAK (1999:237) os benefícios deste método são “...o alívio do desconforto e o relaxamento generalizado do corpo” reduzindo “...os níveis de ansiedade da mulher. A diminuição da ansiedade diminui a produção de adrenalina que, por sua vez, permite um aumento dos níveis de ocitocina (para estimular o trabalho de parto) e de endorfinas (para redução da percepção da dor)”. Já foi demonstrado, segundo BURROUGHS (1995:174), que o nível de endorfinas no sangue da mulher em trabalho de parto é superior ao de uma mulher não grávida.

A **Yoga** ajuda a controlar o ritmo respiratório para conseguir um estado absoluto de relaxamento. Também são ensaiadas posturas para aumentar a flexibilidade do corpo, visando o parto.

A **Effleurage** é um método que consiste numa massagem com ligeiras percursões do abdómen, sincronizada com o ritmo das contracções, sendo efectuada para distrair a mulher da dor provocada pela contracção. Pode ser realizada em qualquer área do corpo (BOBAK, 1999:237).

Segundo VALNET e TESSERAND, citados por BOBAK (1999:239), a utilização da **Aromaterapia**, uso de chãs ou aromas de ervas, têm produzido bons resultados em algumas mulheres. No entanto o seu benefício não está provado cientificamente.

A **Acupunctura** consiste na inserção de agulhas em determinados pontos da superfície corporal e estimulá-las através de fricção ou de corrente eléctrica. Segundo BARRETT e PITMAN (2000:219), “...até à data, não foram publicadas quaisquer

experiências relativas à utilização da acupunctura para o alívio das dores de parto, embora a sua utilização seja eficaz em dores reais crónicas”.

A acupressão é uma “*acupunctura sem agulhas*”. Consiste em aplicar uma forte pressão sobre pontos específicos do corpo, não existindo, no entanto, experiências publicadas sobre a sua eficácia durante o parto.

Do ponto de vista de BARRETT e PITMAN (2000:20), “...quando uma pessoa está hipnotizada, fica temporariamente mais relaxada, mais receptiva à sugestão e mais predisposta a alterar a sua percepção da dor”.

Segundo REZENDE (1989:270), a **hipnose** é “...o procedimento mais antigo de preparação para o parto”.

Existem duas formas possíveis de realizar a hipnose: a mulher pode ser hipnotizada durante a gravidez, ficando assim com uma sugestão pós-hipnótica de que a sensação do parto irá ser forte e intensa mas não dolorosa; ou pode ser ensinada a hipnotizar-se a si própria e entrar em transe durante o parto de modo a reduzir a consistência da dor.

Contudo, de acordo com as mesmas autoras (2000:220) parece não haver qualquer diferença entre a duração do trabalho de parto e a hipnose ou não da grávida. Existem também dois grandes inconvenientes deste método: o longo tempo necessário para o condicionamento da grávida e a necessidade da presença e actuação, durante o parto, de um membro do grupo de preparação.

Os profissionais de saúde chegaram à conclusão que a preparação, indispensável para qualquer gravidez, deve abranger parâmetros tão importantes ou mais que o próprio parto, como o cuidado durante a gestação, o pós-parto e a atenção para com o recém-nascido. Por isso, denominam-se agora como **cursos de preparação para a maternidade** enquadrados na cultura dominante da grávida e da sua família, tendo sempre em conta as representações mentais e sociais que emergem do seu conhecimento.

DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO: ASPECTOS IMPORTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Na parte seguinte apresentamos o desenho do estudo de forma estruturada, abordando as directrizes usadas para a realização do trabalho de investigação.

PARTE II - DESENHO DO ESTUDO

DESENHO DO ESTUDO

“Não é a consciência do homem que determina a sua existência, pelo contrário e a sua existência social que determina a sua consciência”.

(MARX in GOMES, 1995:18)

A Enfermagem como disciplina, assume a necessidade de possuir uma linguagem específica e um conhecimento que lhe confira uma certa identidade profissional. É importante que o enfermeiro nas suas intervenções demonstre um saber próprio e autonomia, desenvolvendo cuidados ajustados à pessoa cliente.

Nesta linha de pensamento, a procura das representações mentais das grávidas sobre a preparação para o parto, permite-nos identificar as opiniões dos clientes acerca deste assunto, assegurando, como anteriormente falámos, desenhar um cuidado de enfermagem que vai ao encontro do interesse do consumidor e do ideal consensualizado de saúde. Assim, perceber o objecto de estudo que nos propomos estudar exige uma **metodologia do tipo qualitativo**. O estudo arquitecta-se segundo um **desenho exploratório descritivo**, com informação obtida por entrevista e observação, que busca perceber, interpretar e construir o sentido atribuído pelas grávidas acerca da preparação

DESENHO DO ESTUDO

para o parto.

A opção por este tipo de estudo intentou alcançar um estado de proximidade com as informantes, quer no plano físico quer no plano simbólico, construindo o sentido atribuído por elas. GAUTHIER, citado por LESSARD-HÉBERT (1994:47), refere que a utilização das investigações do tipo qualitativo permite compreender a realidade vivenciada pelos sujeitos. Assim, nesta perspectiva, pensamos que compreender as representações das grávidas sobre preparação para o parto, as suas realidades e todo o contexto sociocultural que as envolve, a informação que recebem durante a gravidez, crenças, dúvidas e as transformações do corpo acerca da gravidez e do parto, só nos parece possível através de um estudo deste tipo.

1. MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia de um desenho de investigação, segundo HERMAN, pode ser considerada como “...um conjunto de directrizes que orientam a investigação científica” (LESSARD-HÉBERT, 1994:15). Do mesmo modo FORTIN (1999:132) defende que o desenho de um estudo de investigação é “...um conjunto de directivas associadas ao tipo de estudo escolhido que precisa a forma de colher ou de analisar os dados...”.

Este tipo de desenho insere-se num paradigma de investigação do tipo qualitativo, o qual pretende perceber comportamentos da pessoa e significados atribuídos relativamente ao objecto em análise. BASTO (1998:23), citando KUHN, caracteriza paradigma de investigação como uma representação estrutural que pode ser descrita como um “...conjunto de crenças, valores, leis, princípios, teorias e metodologias, formas de aplicação de instrumentos”. LESSARD-HÉBERT salienta a importância dos paradigmas de investigação qualitativos/interpretativos, referindo o papel da interpretação como “...de um duplo princípio de causalidade: ao nível geral, os seres humanos constroem um ‘conhecimento’ da natureza e dos outros humanos graças a este processo de interpretação e, a nível especificamente social, essas interpretações de nível geral conduzem os seres humanos a empreender determinadas acções” (1994:40).

Uma das características dos estudos exploratórios descritivos é a não existência de hipóteses de partida que orientem a investigação. Os estudos qualitativos emergem com interrogações à volta do objecto de estudo, dando a hipótese ao investigador de, ao procurar resposta a essas interrogações, encontrar finalmente proposições (hipóteses) que podem eventualmente mais tarde ser testadas por estudos posteriores, por metodologias, agora sim, do tipo quantitativo.

DESENHO DO ESTUDO

Como anteriormente referimos, temos como **objecto de estudo** construir as **interpretações de um grupo de grávidas acerca da preparação para o parto**. Para tal, e de acordo com as nossas vivências e experiências na área da Saúde Materna e Obstétrica, recolhemos a informação das grávidas primigestas que são seguidas nas consultas de gravidez. Esta recolha de informação seria possível em vários locais de atendimento da grávida: numa Maternidade, num Serviço de Obstetrícia de um hospital central, ou apenas num Centro de Saúde. A nossa experiência pessoal sobre a acessibilidade da grávida às consultas de gravidez e das interferências culturais (já abordadas no enquadramento teórico deste trabalho), levou-nos a pensar na possibilidade de existirem diferenças na preparação para o parto se o grupo de grávidas fosse proveniente e assistido numa área urbana ou numa área rural.

Nesta perspectiva, colocamos a hipótese de fazer a recolha de informação nas duas áreas para percebermos se existem diferenças nas representações das grávidas de cada uma das áreas geográficas. A leitura de revistas e jornais, a audição de informações através dos meios de comunicação social, transmite-nos a ideia de que a acessibilidade e o acompanhamento em saúde poderão ser diferentes conforme a área geográfica dos clientes. Nesta perspectiva, coube-nos reflectir como deveríamos distinguir as duas áreas.

O termo **urbano** deriva de *urbe*, palavra de origem latina que significa “cidade”. Segundo BEAUJEU-GARNIER e CHABOT (2000:142) “*uma cidade é um agrupamento cujos meios de existência normais consistem na concentração de formas de trabalho que não estão consagradas à agricultura, mas sim, particularmente, ao comércio e à indústria*”. Os habitantes de uma área urbana têm habitualmente maior acesso à informação, melhores e mais sofisticados meios de saúde, além de melhores acessos geográficos. GALSTON e BAEHLER citados por ABROMOVAY (2000:12) referem “*...a imagem da vida urbana como anónima, violentamente competitiva e desprovida do impulso sentido da ajuda mútua*”.

O termo **rural** apoia-se etimologicamente, na palavra latina *rus*, que significa

DESENHO DO ESTUDO

“*espaço aberto*”. É muitas vezes confundido com *agrário*, ou seja, aquele espaço que contém o espaço agrícola e toda a área ocupada com elementos que se relacionam directamente com essa actividade, como as habitações dos agricultores, caminhos, pastagens, florestas, armazéns, estábulos e outras construções. No entanto, tal confusão não se deve manter, pois, espaço rural “...*inclui não só o espaço agrário mas também outros elementos não ligados à produção agrícola, como indústrias dispersas, oficinas, serviços administrativos, postos médicos, comércio...*” (MARQUES, 2000:24). O rural é definido diversas vezes, de tal forma, que se associa imediatamente a precariedade e carência. No entanto deve ser visto como um local de “*relação com a natureza*” e “*não densamente povoado*” (GALSTON e BAEHLER in ABROMOVAY, 2000:9). Os mesmos autores acrescentam que as áreas rurais são áreas “...*em que os indivíduos e as famílias conhecem-se intimamente, assistem-se em tempos de necessidade e confiam uns nos outros para cooperar na busca de objectivos que não podem ser atingidos por meio de um esforço solitário*” (2000:12).

A fraca densidade populacional, a distância e os fracos acessos geográficos são frequentemente considerados obstáculos ao desenvolvimento rural. As pessoas que habitam a área rural têm, habitualmente, menor acesso à informação, à saúde, menores habilitações académicas, entre outros. Isso mesmo afirma TITIEV (1991:367) na sua obra *Introdução à Antropologia Cultural*, ao dizer que “*devido à maior densidade das populações urbanas, a quantidade do seu conhecimento total é muito maior do que a que se pode encontrar no seio de uma área rural de tamanho comparável*”. O mesmo autor (1991:366) continua, comparando a forma de vida entre a cidade e a aldeia, comprovando que “...*o ambiente natural, no campo, pouco mudou, a cidade alterou quase completamente o seu meio físico original. Os habitantes urbanos vivem quase inteiramente no seio de um ambiente feito pelo homem e o panorama natural foi de tal maneira modificado que os cidadãos não podem nem criar a sua própria comida nem obter, em primeira mão, as matérias primas necessárias para a construção dos edifícios e para a manufactura do vestuário, dos utensílios e de produtos simples*”.

Deparamo-nos com o problema de delimitar o *rural* do *urbano*. Para sentirmos maior confiança sobre o rigor desta delimitação, optamos por seguir os critérios da

DESENHO DO ESTUDO

Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), visto serem actuais e estruturados em estudos científicos válidos e globalmente aceites. ABROMOVAY (2000:3) aponta para esta destrição critérios fundamentalmente demográficos, definindo como áreas rurais “...as unidades administrativas que possuem densidade demográfica menor que 150 habitantes por quilómetro quadrado” (OCDE). Este critério apresenta, segundo a referida organização e citado pelo mesmo autor (2000:25), três vantagens básicas: 1) “trata-se de uma noção fácil de operacionalização e compreensão”; 2) “sejam quais forem as suas características, as áreas rurais serão sempre menos densamente povoadas que as urbanas”; 3) “o critério de densidade demográfica é neutro e não remete a uma visão predeterminada do que são os problemas e as possibilidades do meio rural: ela não induz à assimilação automática entre ruralidade e pobreza ou despovoamento, por exemplo”.

Associando as ideias anteriores já descritas a este ponto de vista, elegemos como área **urbana** a consulta de grávidas na Maternidade Júlio Dinis na **cidade do Porto** e como área **rural** a consulta de grávidas no Centro de Saúde de Vila do Conde – Unidade de Saúde da **aldeia de Junqueira** (área próxima da cidade do Porto).

Segundo dados preliminares dos Censos 2001 em território português, a população residente na cidade do **Porto** actualmente é de **262 928 habitantes** de entre os quais 143 179 são do sexo feminino. Na aldeia da **Junqueira** – Vila do Conde, a população residente actualmente é de **2 237 habitantes** de entre os quais 1 129 são do sexo feminino. Esta freguesia com 7,2 Km² (INE, 2001) tem cerca de 310 habitantes por quilómetro quadrado, valores superiores aos estabelecidos pela organização atrás mencionada, mas que em nada alteram as características de ruralidade já descritas.

Poderíamos ter optado por freguesias com menor densidade populacional, encaixando-se nos valores estabelecidos pela OCDE, mas tal não seria útil para o nosso estudo, uma vez que nessas freguesias dentro do concelho de Vila do Conde não existem unidades de saúde e, como tal, iríamos alterar a intenção inicial da investigação de estudarmos grávidas que vivessem, trabalhassem e fossem seguidas em consultas na mesma área. Desta forma, estes dados juntamente com as características inerentes a

DESENHO DO ESTUDO

cada área, já abordadas anteriormente, oferecem-nos locais de trabalho que se inserem, de um forma global, nas definições de ruralidade e urbanidade por nós demarcadas.

Num trabalho de investigação, no desenho metodológico, usam-se uma associação de directrizes que orientam e dão corpo a essa investigação. Assim, o trabalho iniciou-se por um enquadramento teórico fruto de 1) **pesquisa bibliográfica**, a qual incidiu sobre a noção da enfermagem enquanto disciplina, conceito de representação mental e preparação para o parto nos seus mais variados aspectos e formas; 2) **selecção do tipo de estudo**, adequado ao objecto de estudo; 3) **escolha da população e amostra**; 4) preparação e elaboração dos instrumentos de medida e **procedimentos de investigação**; 5) trabalho de campo e **recolha de informação**; 6) **análise da informação** e 7) **discussão dos dados**. 8) Por último, a **elaboração do relatório** (diagrama 2).

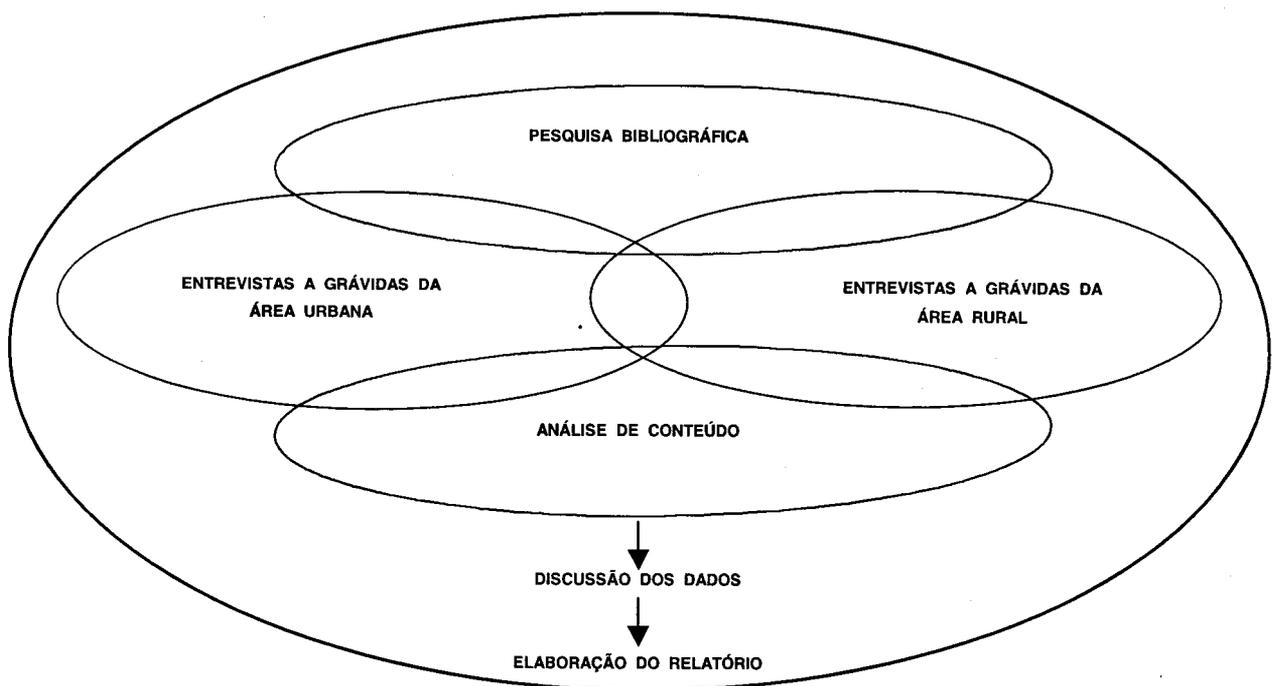


DIAGRAMA 2: Desenho do estudo.

O primeiro ponto do nosso desenho metodológico foi já desenvolvido nas páginas anteriores. O segundo aspecto, selecção do tipo de estudo, acabou de ser desenvolvido. Passaremos aos itens seguintes: elaboração dos instrumentos de medida e de recolha de

DESENHO DO ESTUDO

informação, além da selecção da amostra.

1.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos englobam a construção dos instrumentos de medida e a forma como eles são aplicados.

Consideramos, como referido anteriormente, a entrevista uma técnica privilegiada para a aquisição das representações mentais que nos propusemos estudar. Para GOODE e HATT, a **técnica da entrevista** “...*consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo acto social como a conversação*”. Neste sentido, a entrevista foi o nosso instrumento de recolha de informação, uma vez que esta permite ao participante no estudo desenvolver de forma oral as suas ideias acerca de um determinado assunto, permite dar as suas opiniões. Isto mesmo afirmam AZEVEDO e AZEVEDO (1996:29) dizendo que “*a entrevista pretende recolher a opinião do sujeito da investigação sobre temáticas de interesse para a própria investigação. Na entrevista ocorre uma interacção entre entrevistador e entrevistado pelo que se torna necessário observar certos aspectos comportamentais por parte do entrevistador*”. Os autores falam em três tipos de entrevista (estruturada, semi-estruturada e não estruturada), sendo o tipo de entrevista escolhido por nós a entrevista semi-estruturada, uma vez que após as primeiras entrevistas efectuadas, sentimos a necessidade de *conduzir* um pouco as ideias proferidas pelas participantes. De facto, apesar de lhes darmos oportunidade de *libertarem* e exprimirem de forma clara e aberta as suas ideias acerca da preparação para o parto, (QUIVY e CAMPENHOUDT, 1998:192), as ideias ficavam algumas vezes incompletas, pouco esclarecidas, pouco ricas em informação (talvez porque as grávidas não nos conheciam e não se sentiam completamente à vontade connosco). Confrontados com isto, concluímos que teríamos de reorientar um pouco o discurso das vezes seguintes, esclarecendo com elas algumas opiniões para obtermos uma informação mais rica. Aliás, LESSARD-HÉBERT

DESENHO DO ESTUDO

(1994:163), citando POWNEY e WATTS argumenta que a entrevista **semi-estruturada** ou orientada caracteriza-se pelo papel que o investigador assume de promover algum controlo sobre o decurso de todo o processo, não controlando a aparição das questões por uma ordem sequencial.

Nesta conformidade, as entrevistas foram precedidas de um pedido de consentimento da sua realização para a Direcção de cada uma das instituições (anexo I e II), bem como da autorização prévia das próprias grávidas para as realizar. Os momentos para a realização das mesmas foram combinados com cada grávida (no momento anterior à consulta médica) por forma a que estas dessem o seu *consentimento informado*. A duração destas estimou-se em aproximadamente 20 minutos cada, sendo efectuadas num espaço reservado, disponibilizado por cada uma das organizações, longe de ruídos e distrações, onde tentamos inculcar um ambiente de calma, relaxamento e acima de tudo, confiança e bem-estar. É de salientar a colaboração da equipa de enfermagem de ambas as organizações, a qual possibilitou os espaços para a realização das entrevistas. A recolha de informação decorreu entre Novembro de 2000 e Outubro de 2001.

A nossa pergunta de partida para a elaboração do procedimento era:

- O que sabiam as grávidas sobre a preparação para o parto?

Nesta perspectiva, resolvemos introduzir algumas outras questões para esclarecermos melhor as ideias destas (anexo 3):

- O que entendiam sobre o parto?
- Que informações lhes eram dadas sobre a gravidez, sobre o parto? Quem lhas dava?
- Que tipo de preparação estavam a ter para o parto?

DESENHO DO ESTUDO

- Que tipo de conhecimento é que tinham sobre a preparação psicoprofiláctica para o parto? Se já tinham ouvido falar nela?
- Se tinham realizado preparação psicoprofiláctica para o parto? Se não, porquê?
- Se consideravam que o facto de habitar numa área rural/urbana as beneficiara ou prejudicava relativamente à informação sobre preparação para o parto e cuidados a receber, em comparação com as grávidas que viviam na cidade/aldeia?

Todo o percurso das entrevistas foi acompanhado de um processo de **observação** do espaço da consulta da grávida. AZEVEDO e AZEVEDO (1996:29) alegam a este respeito que a observação “...é a técnica por excelência para estudar fenómenos através das manifestações comportamentais”. As entrevistas foram registadas em gravador de som.

1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA: AS PARTICIPANTES NO ESTUDO

O **universo** do estudo consistiu numa população de grávidas que recorreram às consultas médicas de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis no Porto e da Unidade de Saúde da Junqueira em Vila do Conde, durante o período que decorreu entre Novembro de 2000 e Outubro de 2001. MARCONI e LAKATOS (1999:43) descrevem o conceito universo como “...o conjunto de seres [...] que apresentam pelo menos uma característica em comum”. Como anteriormente explicamos, consideramos extremamente importante para o nosso estudo seleccionarmos dois grupos de participantes com uma característica diferencial: um ser assistido e viver numa área urbana, para a qual já definimos critérios; e outro ser assistido e viver numa área rural

DESENHO DO ESTUDO

para a qual também já definimos critérios. Os autores já citados referem que amostra “...é uma porção ou parcela, convenientemente seleccionada do universo...”.

Este tipo de amostra apresenta-se como **estruturada, representativa e intencional**, pois obedece a critérios para a sua selecção. Este tipo de amostragem, na opinião de SMITH, “*inclui os indivíduos que são seleccionados devido a uma propriedade relacional determinada...*” (RIBEIRO,1999:54). Neste sentido, os critérios definidos para a selecção da amostra: primeiro, **viver e trabalhar** e ser **assistida** na mesma área geográfica. Desta forma, a grávida residente na cidade também devia lá trabalhar no comércio, serviços ou indústria; por outro lado, a grávida residente na aldeia, da mesma maneira, também lá devia trabalhar, mas somente no ramo agrícola ou operário, sobretudo no sector primário, pois é a actividade profissional mais significativa da área e que a caracteriza). Segundo critério: as grávidas serem **primigestas** e estarem inseridas num determinado **escalão etário**. Neste sentido definimos como primigesta, a primeira gestação. Entendemos que as mulheres que engravidam pela primeira vez possuem uma *cultura oral transmitida, da gravidez e parto*. Esta cultura não foi vivida nem experimentada pelo corpo. A maior parte das vezes, é construída à custa de relatos de partos de familiares e pessoas amigas, relatos de partos insatisfatórios e traumatizantes, que poderão influenciar a sua forma de pensar e actuar sobre o mesmo. O facto de serem primigestas dar-nos-á a segurança de que as ideias transmitidas por estas mulheres estarão desprovidas da experiência vivida pelo corpo de partos traumatizantes. BOBAK, LOWDERMILK e JENSEN (1995:120) referem que “*a múltipara possui a sua própria história de parto, o que influencia a sua forma de encarar a preparação para o nascimento da próxima criança*”. Como não queremos que as ideias sejam influenciadas pelas experiências vividas, um dos critérios a seguirmos será as grávidas serem primigestas.

Associamos ainda na selecção das participantes o critério **idade**, porque esta permite-nos reduzir e limitar o número de grávidas a entrevistar. Como a estatística nos informa que o escalão etário em que as primeiras gravidezes ocorriam com maior frequência correspondia ao dos 18 aos 30 anos, a nossa opção foi ao encontro desta informação.

DESENHO DO ESTUDO

Havia agora que reflectir sobre o tamanho da amostra. Porém, não perdemos de vista que estamos perante uma investigação do tipo qualitativo, cujo foco não é a quantidade mas sim a qualidade da informação obtida. MORSE, citado por FORTIN (1999:211), argumenta que “...se o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra poderá ser reduzido. Nos estudos exploratórios de natureza qualitativa [...] cujo objectivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado”. QUIVY e CAMPENHOUDT (1998:163) afirmam que “...chegará forçosamente o momento em que já não conseguirá encontrar novos casos francamente diferentes dos que já encontrou e em que o rendimento marginal de cada entrevista suplementar decrescerá rapidamente”. Isto quer dizer que, o aparecimento de qualidades repetidas na informação são o indicador de que o número de elementos da amostra poderá ter sido suficiente.

De forma a podermos entender a construção mental das grávidas participantes no estudo, passaremos na parte seguinte, a analisar a informação obtida e fazer a sua interpretação de modo a poder descrever todos os momentos observados aquando das entrevistas.

Durante a recolha de informação, um dos maiores obstáculos encontrados foi, sem dúvida, a dificuldade na obtenção das respostas, devido aos critérios levantados e ao pouco tempo disponível para as realizar. No início, quando desenhámos este estudo, pensamos que uma das características do grupo da área rural seria o facto de as grávidas possuírem uma escolaridade inferior à escolaridade obrigatória, ou seja, menor que o 9º ano de escolaridade. Constatamos que algumas grávidas primigestas no momento da recolha da informação possuíam o 9º ano de escolaridade ou mais, pelo que este critério era um pouco difícil de seguir. Assim, resolvemos retirá-lo, pois, se continuássemos a insistir neste critério, tornaria a recolha da informação muito demorada, o que inviabilizava este estudo e por conseguinte a sua concretização neste Mestrado.

Nesta conformidade, a amostra relativa a este estudo foi a seguinte:

Um total de **20 grávidas**, **10** grávidas da consulta da Maternidade Júlio Dinis – Porto (grupo da área urbana) e **10** grávidas da consulta da Unidade de Saúde da

DESENHO DO ESTUDO

Junqueira – Vila do Conde (grupo da área rural).

O grupo de grávidas da área urbana, apresenta uma **escala etária** que varia entre os 18 e os 30 anos, situando-se a média das idades nos **24 anos**. O grupo de grávidas da área rural apresenta uma média de idades situada nos **21 anos** (Gráfico 1). Daqui, percebe-se que a média de idade escolhida para engravidar pela primeira vez se situa nos 24 anos de idade na área urbana e nos 21 anos na área rural.

Distribuição etária das grávidas de acordo com a área de residência

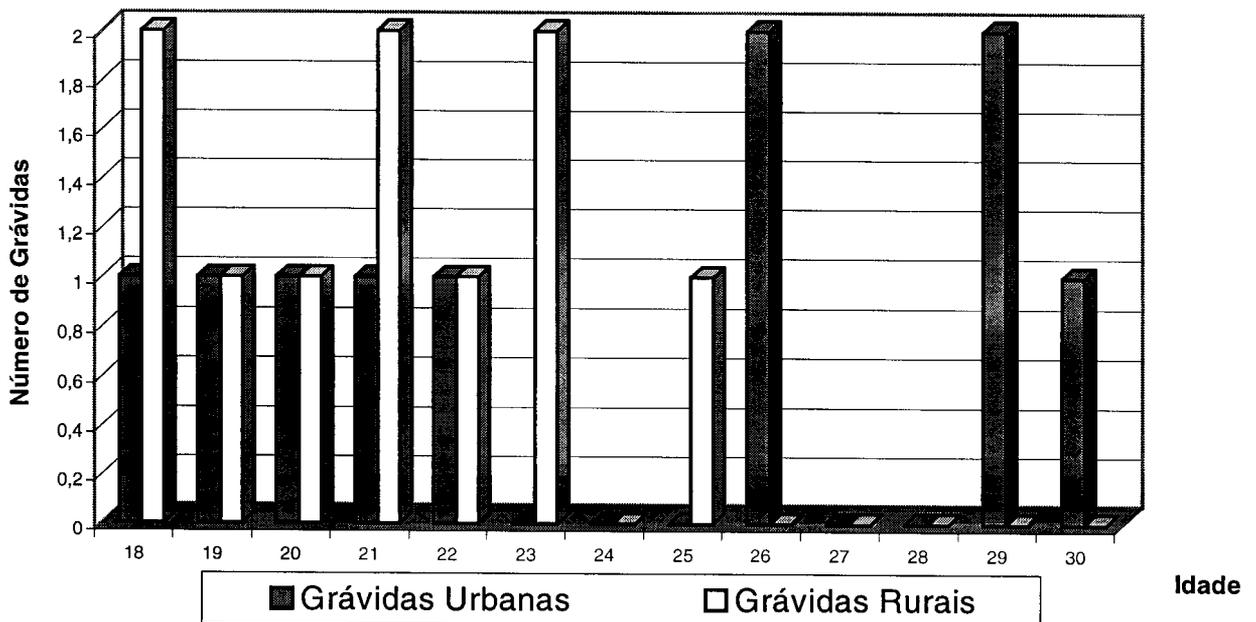


Gráfico 1: Distribuição etária das grávidas de acordo com a área de residência.

Relativamente às **habilitações académicas**, a totalidade das participantes do grupo da área urbana apresenta formação académica mais elevada (10º ano a ensino superior), enquanto que, no grupo da área rural, 6 em 10 grávidas apresentam apenas o 6º ano de escolaridade (Gráfico 2). O facto de haver uma maior formação académica nas grávidas do grupo da área urbana poderá fazer-nos pensar que estas poderão ter mais informação sobre gravidez e sexualidade (porque aprendida na escola) e por outro lado revelar uma maior atitude de procura da mesma em revistas, jornais e meios audiovisuais.

DESENHO DO ESTUDO

As **actividades profissionais** das participantes estão distribuídas por três sectores distintos: **primário** (agricultura), **secundário** (comércio e indústria) e **terciário** (prestação de serviços) e **outras situações** (desempregadas ou estudantes). Encontramos a informação de que as grávidas do grupo da área urbana tinham as suas actividades profissionais, predominantemente, situadas nos sectores terciário e **outras situações**.

Habilitações académicas das grávidas de acordo com a área de residência

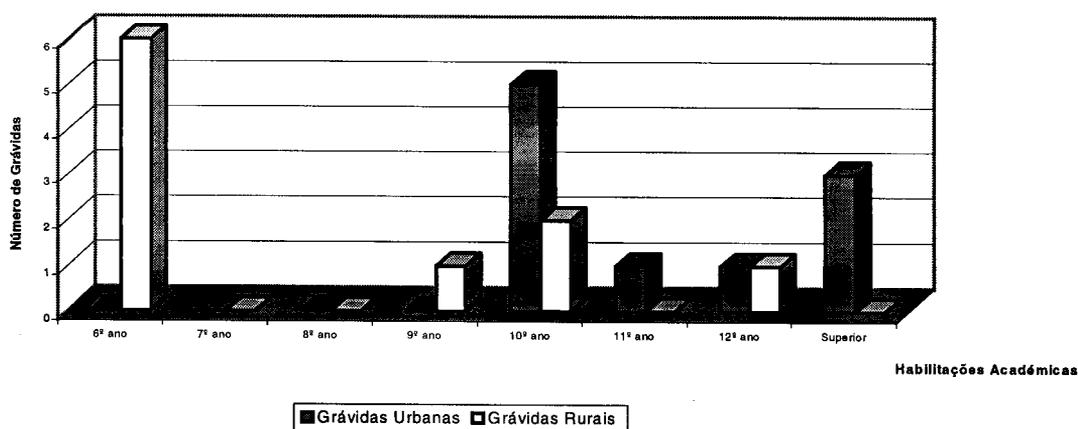


Gráfico 2: Habilitações académicas das grávidas de acordo com a área de residência.

Ao contrário, as grávidas do grupo da área rural situam-se profissionalmente no sector secundário, destacando-se a **actividade têxtil**, facto compreensível, uma vez que a Unidade de Saúde está inserida na zona do vale do Ave, local privilegiado de desenvolvimento da indústria têxtil (Gráfico 3).

Distribuição profissional das grávidas de acordo com a área de residência

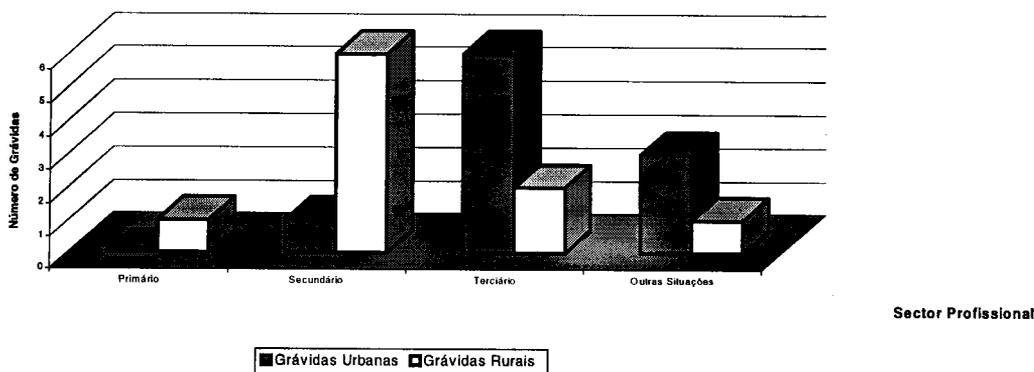


Gráfico 3: Distribuição profissional das grávidas de acordo com a área de residência.

DESENHO DO ESTUDO

No que confere ao **estado civil**, observa-se a gravidez inserida no casamento em cerca de 90% das grávidas do grupo da área rural entrevistadas, contrastando com 40% das grávidas do grupo da área urbana. Constata-se que nesta amostra (área urbana) 60% das grávidas primigestas entrevistadas são solteiras.

No capítulo seguinte passamos à análise da informação obtida.

PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

“Ciência é entendida como um conjunto de conhecimentos humanos a respeito da natureza, da sociedade e do pensamento, adquiridos pela descoberta e explicação das leis objectivas que regem os fenómenos”.

(RIBEIRO: 1999 :15)

Neste capítulo procedemos a uma análise e discussão da informação obtida em trabalho de campo. Assim, a recolha da informação foi realizada, como já foi referido, na Maternidade Júlio Dinis, no Serviço de Consultas; e na Unidade de Saúde da Junqueira, Centro de Saúde de Vila do Conde, durante o horário semanal de Consulta de Saúde Materna.

A análise de informação e sua sistematização é uma análise do conteúdo da informação do tipo **indutiva interpretativa**, que vai procurar construir o sentido das representações das grávidas sobre a preparação para o parto. BARDIN refere que este tipo de análise se caracteriza por *“...um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do*

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens...” (TRIVINOS, 1995:160). TRIVINOS, citado por BARDIN (1991:95), salienta a importância deste tipo de análise no “...*estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências...*”. Esta técnica deve percorrer os três pólos cronológicos seguintes:

- a pré-análise;
- a exploração do material;
- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** caracteriza-se por ser uma “...*fase de organização propriamente dita*”. O investigador passa por um período de intuição cujo objectivo é operacionalizar as ideias iniciais e conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise (1991:101). Neste momento dedicamo-nos a uma audição da entrevista gravada, à sua transcrição integral e a uma leitura flutuante, para percebermos as ideias principais.

A **exploração do material**, que na perspectiva do autor consiste na “...*administração sistemática das decisões tomadas*”, caracteriza-se fundamentalmente por operações de codificação, desconto ou enumeração, de acordo com as regras previamente traçadas (1991:101). Assim, a análise e interpretação da informação obtida foi auxiliada pela codificação das entrevistas. Cada grávida foi designada pela letra **G** e fizemos corresponder a letra **U** ou **R** conforme a sua origem foi área urbana ou rural, respectivamente. Desta forma, o código GR07, por exemplo, diz respeito a uma entrevista realizada a uma grávida de uma área rural e corresponde à 7ª entrevistada.

No **tratamento dos resultados obtidos** pretende-se que os resultados brutos sejam organizados de forma a extrair significado ou expressividade (BARDIN, 1991:101). Também HILL & HILL (2000:335) acrescentam que “...*o processo de descodificação é, essencialmente, um processo em que o receptor interpreta o significado das palavras...*”. Percorremos este caminho analisando e codificando

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

minuciosamente a informação das entrevistas e construindo quadros (matrizes) que permitiram agrupar a informação por categorias e unidades de análise (anexos IV e V).

Segundo BARDIN o sistema de categorias pode resultar da classificação analógica e progressiva dos elementos, em que o título conceptual de cada categoria só é definido no final da operação, ou **pode existir à partida repartindo-se os elementos à medida que vão sendo encontrados** (1991:152). O mesmo afirma ECO (1999:231) referindo-se ao uso da categorização na vida quotidiana, na medida em que “...*agrupamos os objectos pelo que podem servir-nos, pela sua relação com a nossa sobrevivência, por analogias formais...*”. Assim, para análise da informação partimos de **categorias** pré-definidas, que no fundo remetem para as perguntas da nossa entrevista, recortando no texto da informação **unidades de análise** que nos permitiram organizar as opiniões das grávidas. A informação é apresentada em tabelas com as respectivas unidades de análise relativamente a cada uma das categorias e o respectivo **score**, isto é, o número de vezes que a qualidade daquela ideia é representada no grupo em análise. A este propósito TRIVINOS (1990:142) afirma que “*a pesquisa qualitativa [...] é essencialmente descritiva. E como as descrições de fenómenos estão impregnados dos significados que o ambiente lhes outorga, e como aquelas são produto duma visão objectiva, rejeito toda a expressão quantitativa, numérica, toda a medida*”. Também POLIT e HUNGLER referem que nos trabalhos de índole qualitativa descritiva, apenas se deverá ir até à *quase estatística* (indicação da frequência relativa) no sentido de determinar apenas a representatividade das ideias.

O contexto da colheita de informação, o ambiente da sala de espera da consulta na Maternidade, mostrava-se na maioria das vezes ruidoso, provocado pelas conversas entre as grávidas e seus acompanhantes. Após alguns minutos de espera, por vezes longos, o enfermeiro da consulta procedia à chamada da grávida, para recolha de dados antropométricos como o peso e a altura uterina, e os ruídos cardíacos fetais. Às grávidas, na maior parte das vezes em grupo de três e quatro, que não traziam urina de casa eram-lhes distribuídas cápsulas, no sentido de se proceder a uma análise posterior das características da mesma (presença de proteínas, glicose e sangue). As grávidas perto do fim da gestação (com mais de 36 semanas) seguiam para outra sala, onde lhes

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

era realizada uma cardiocotografia, para registo dos batimentos cardíacos fetais e contracções uterinas, se presentes. Após a informação do enfermeiro, as grávidas voltam novamente ao ruído da sala de espera, para esperarem pacientemente pela chamada do médico para a consulta.

Na Unidade de Saúde da Junqueira, o contexto de consulta, mostrou-se mais calmo, com um menor número de grávidas, normalmente acompanhadas pela mãe ou outro elemento da família. Os minutos de espera foram inferiores comparativamente à consulta na Maternidade. Após a chamada da grávida pelo enfermeiro, este procedia a uma informação global, constando de cuidados alimentares, cuidados com o aumento de peso, cuidados ao recém-nascido, sinais de início de trabalho de parto, entre outros. De seguida, era realizada a colheita dos dados antropométricos (peso e altura uterina) e ruídos cardíacos fetais. Após a consulta de enfermagem, as grávidas esperavam pela consulta médica.

A análise da informação sobre a preparação para o parto foi a seguinte.

Representação do Parto para as grávidas do grupo da área urbana

Tabela 1 – Representação do Parto para as grávidas do grupo da área urbana

Unidades de Análise	Score
Parir é ter um filho	8/10
Momento de medo/ansiedade	7/10
Significa sofrimento	5/10
Representa uma mudança de vida	4/10
Representa realização como mulher	3/10
Momento importante	1/10

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

A maioria das grávidas do grupo da área urbana refere que o parto para si representa a **chegada de um novo ser** ao seu meio, sendo esta chegada associada a **medo, ansiedade e sofrimento** que poderá advir do momento imaginário daquele. IZARD, citado por RODRIGUES (1989:87), diz que o medo tende a “...arquivar na memória experiências inesquecíveis passíveis de serem revividas através da evocação activa ou de sonhos. A função adaptativa do medo consiste na mobilização da energia que motive para fugir ao perigo”. A **ansiedade** é também evocada juntamente com o medo como uma sensação que acompanha a gravidez e que vai gradualmente aumentando à medida que se aproxima a data do parto. Já ANKRETT (1992:125) referia-se à ansiedade como “...estado emocional desagradável - variando desde um ligeiro desconforto até ao terror intenso -, sempre associado à sensação de que algo de trágico vai acontecer, mesmo que não exista qualquer ameaça real, e ao qual se associa um conjunto típico de sintomas físicos e psíquicos”.

Construindo a representação do conceito de parto para o grupo da área urbana, ela surge-nos da seguinte forma:

“O parto para mim é uma realização pessoal, é a minha realização como mulher...” (GU01); “...causa-me um bocado de medo, porque claro, é a primeira vez [...] a pessoa nunca sabe para o que vai [...] parir é ter a criança [...] vem-me à cabeça que é um bocado difícil [...] apenas me dá só medo...” (GU06); “...é uma coisa que me assusta imenso, é um momento que penso que vou ter um sofrimento horróroso” (GU10); “Tenho receio. Mete muito medo...” (GU07); “Sei que estou apavorada. Porque nunca passei por isso [...] neste momento é sinónimo de sofrimento, porque é o primeiro [...] Como é que uma coisa tão grande sai por um buraco tão pequeno? É bastante importante como mulher conceber um filho independentemente daquilo que vou sofrer ou não” (GU08).

De uma forma geral, pode-se concluir que para as grávidas participantes do estudo, o parto simboliza e é interpretado como o *momento em que se tem um filho*, que representa uma das realizações da mulher, sendo esse momento de *sofrimento*, acompanhado de *medo* e *ansiedade*. Também é associado uma *mudança* na vida da

mulher, através do qual esta se realiza como tal, neste *momento tão importante*.

Do ponto de vista cultural é fácil entender as causas da ansiedade, do medo, do terror ao parto, da dor, como já foi desenvolvido anteriormente. Fisiologicamente, também existem causas, como refere RODRIGUES (1998:87). Este autor, médico psiquiatra, afirma que o medo “...será despertado por um aumento de intensidade bastante rápido na estimulação neuronal consequente a perigo real ou imaginado; o perigo imaginado, quando resulte de apreensão, incerteza, sentimento de insegurança ou de desastre eminente pode mesmo causar medo de intensidade muito forte”.

O mesmo autor, referindo-se à ansiedade, escreve que nesta “...não há necessariamente um contexto preciso que desencadeia o início da manifestação de medo, mas um receio vago, impreciso de algo que poderá conduzir a um mal-estar (desprazer) ou desconforto. Assim começam a condicionar-se reacções emotivas de medo sem objecto explicitamente amedrontador, ou seja, reacções ansiosas”. (1989:113) É algo comum com o que se passa em relação ao desconhecido, ao que irá acontecer em todo o trabalho de parto, daí a necessidade imperiosa de tornar conhecido o desconhecido.

Representação do Parto para as grávidas do grupo da área rural

Tabela 2 – Representação do Parto para as grávidas do grupo da área rural

Unidades de Análise	Score
Significa sofrimento	7/10
Significa uma mudança de vida	6/10
Representa uma novidade	4/10
Significa alegria	3/10
Momento de contacto afectivo	3/10
Representa uma mudança na vida	1/10
Momento de expulsão da criança	1/10

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

As representações do conceito de parto para as grávidas do grupo da área rural conotam-se com o *nascimento de um filho* acompanhado de *sofrimento*, estando bem patente nas seguintes expressões:

“O parto é o nascimento da criança [...] Também é difícil, deve doer” (GR08); “Eu acho que deve ser um momento um bocado difícil” (GR05); “Traz-me à ideia as dores.. diz-se que se sofre um bocado [...] não sei porque se sofre.” (GR04); “...ter um filho [...] deve ser uma coisa muito difícil” (GR03); “...há pessoas que [...] dizem que é uma coisa normal, que a gente sofre um bocadinho...” (GR01).

Estas ideias são perfeitamente compreensíveis, tendo em conta a tradição oral sobre o parto associado a dor e sofrimento, transmitida pelas gerações das mães, em que se tornam muitas vezes cuidadoras informais.

Existe a ideia de que ter o filho é *novidade, uma mudança na vida*, algo que vai fazer mudar a vida. Segundo RODRIGUES (1989:27) a novidade existe quando “...o indivíduo não foi preparado para lhe fazer face”. Esta novidade está bem presente nas seguintes ideias:

“É uma experiência nova que uma pessoa nunca teve...” (GR06); “Não sei explicar, é uma experiência nova” (GR04); “...vou ter uma mudança na minha vida...” (GR02); “Eu não sei explicar porque eu nunca passei por isso...” (GR01).

A *alegria e felicidade* acompanham o parto, momento em que existe um contacto com o corpo da criança considerado como marco importante. Na opinião de IZARD, citado por RODRIGUES (1989:84), a alegria “...é uma emoção primária que deverá ser considerada mais como um subproduto do acontecer do que o resultado da sua procura”. O mesmo está presente nas expressões:

“É um momento de alegria, um momento de felicidade [...] de esperança” (GR09); “É um momento feliz em que as pessoas estão contentes. Se desejarem ter o

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

filho estão contentes, se não desejarem não estão” (GR07); “...eu acho que deve ser bom [...] que deve ser uma alegria a gente depois de ter o bebê” (GR04); “É o momento do nascimento da criança, de contacto com o filho...” (GR09); “...é um contacto físico, um contacto afectivo” (GR10).

Como investigador, e nos momentos em que nos situamos na sala de espera junto das grávidas, podemos observar que algumas delas, diria com alguma certeza a maioria, tentavam discutir com outras o momento do parto. Assim, ouvi que questionavam se sabiam que no parto “*davam anestesia*” para a dor, falando de experiências de familiares, como cunhadas e irmãs, ou vizinhas, as quais tinham trocado experiências e relatos diversos.

Constatamos que relativamente à representação mental do conceito de parto, este representa o *nascimento de um filho* para ambos os grupos que constituem a amostra, embora na informação, a representação para o grupo da área rural o «nascimento de um filho» é acompanhado de *sofrimento* e dificuldade, entre outros, enquanto que na área urbana as grávidas dão menos ênfase relativamente às emoções que acompanham o momento do parto.

No entanto, há que notar algo interessante: no grupo das grávidas da área rural, nunca o *medo* é referido explicitamente relativamente ao parto, apenas o sofrimento. Nestas, parece que o sofrimento no parto é visto como algo *natural* e pelo qual se terá de passar para ter o filho, assim sendo não terá necessidade de ter medo, “*É uma experiência nova que uma pessoa nunca teve... é uma coisa natural que acontece*” (GR06).

É interessante encontrarmos a ideia de *novidade* associada a conceito de parto em ambos os grupos de análise. Em menor expressividade encontramos as ideias de *mudança de vida* e *momento de expulsão* da criança. Esta última é a ideia mais próxima da definição científica, tendo sido apenas referida por uma grávida.

A informação que encontramos vem ao encontro do referido por MASCOLI quando afirma que “...*estar grávida e esperar um filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida da mulher e representa, sem dúvida, um desafio à maturidade e à*

estrutura da sua personalidade” (VIEIRA, 1996:115).

Resumindo, tanto na área urbana como na rural, o parto é definido e percebido como um momento de dor física, sendo no entanto um momento novo e nunca vivido em que a mulher se realiza e completa como tal.

Nesta análise podemos ainda concluir que o **medo** referido pelas grávidas das áreas urbana e rural se associa a **quatro razões** fundamentais: 1) desconhecimento e incredulidade de como uma criança, com o seu tamanho determinado, pode atravessar uma via “*tão estreita*” durante o momento do parto; 2) a dor como impedimento para uma correcta colaboração da grávida para um melhor nascimento; 3) a dúvida que o parto decorra mal e não consiga ter a criança; 4) a associação a um sofrimento profundo.

Informação do tipo formal dada, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área urbana

Para analisar a informação relativa a esta categoria e para as seguintes, introduzimos algumas características relativamente ao conceito **informação formal** dada às grávida incluindo neste a informação transmitida por profissionais de saúde (enfermeiro, médico, ou outro profissional) e que serve como suporte à grávida para uma gravidez vigiada e sem riscos, preparando-a correctamente para o parto. Por **informação informal**, consideramos aquela que é transmitida por tradição oral (familiares, amigos, colegas de trabalho, entre outros) e que tem como objectivo esclarecer a grávida nas suas dúvidas e medos, através de uma troca de experiências e de noções apreendidas ao longo dos anos.

Tabela 3 – Informação do tipo formal dada, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área urbana

Unidades de Análise	Score
Não recebem informações	4/10
Informação sobre alimentação	2/10
Informação sobre repouso	2/10
Informação sobre necessidade ginástica	2/10
Informação sobre respiração para o parto	1/10
Informação sobre sinais de parto	1/10

A maioria das grávidas entrevistadas revela que a informação que lhes é dada é *quase nada*, quer durante o atendimento de enfermagem quer durante a consulta médica. Informam que o médico e a enfermeira se limitam a avaliar dados relativos à evolução da gravidez (o peso, a altura uterina, ruídos cardíacos fetais), a questioná-las sobre a alimentação, se as *pernas estão inchadas*, se tem *dores de cabeça*, entre outros. Os ensinamentos são escassos, como pode entender-se pela seguinte informação:

“Não, obviamente que não [...] ando completamente às escuras” (GU08); *“Não, no Hospital não me dão informações”* (GU02); *“Não, não têm dado [...] A única coisa que nós temos é um livrinho (Boletim de Grávida), que nos entregam no princípio da gravidez, que nos explica ou que fala em algumas coisas, de resto nem o médico nem mais ninguém nos transmitem nada...”* (GU01); *“O descanso sim, o descanso a mim falam-me sempre, porque eu tenho o útero muito baixo... que quando der a dor ou o líquido saísse viesse logo para o hospital.”* (GU06); *“Nas consultas que eu tive, a médica deu-me informações acerca da alimentação da grávida, de preparação para o parto, como ginástica pré-natal [...] ginástica respiratória...”* (GU10); *“Dão normalmente informação com a alimentação, não posso abusar das farinhas, tenho de comer mais fruta, saladas, mais legumes e comida com pouco sal, pouco molho...”* (GU07).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Destas indicações, percebemos que as grávidas não recebem conhecimentos estruturados sobre a preparação para o parto, sendo a informação existente dirigida para os problemas fisiológicos. O Boletim de Saúde da Grávida, sendo um instrumento de comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde, deveria ser um instrumento comentado por uns e outros e ainda um suporte do acompanhamento da grávida. No entanto, destas grávidas ressalta a ideia que o referido Boletim raramente é utilizado de forma construtiva porque apenas uma se refere à sua existência.

Informação do tipo formal dada, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área rural

Tabela 4 – Informação do tipo formal dada, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área rural

Unidades de Análise	Score
Informação sobre alimentação	4/10
Informação sobre repouso	2/10
Informação sobre bem-estar do bebé	2/10
Informação de que é um momento de sofrimento	1/10
Informação sobre colaboração da mulher no parto	1/10
Não recebem informações	1/10

A análise destas respostas realça o facto de as grávidas transmitirem que recebem informação que uma forma geral e à semelhança da cidade, incide sobre a *alimentação* e o *repouso*. Comprovamo-lo em frases como

“...às vezes dizem que tenho de beber leite, que tenho de comer fruta...” (GR08);
“...falam-me dos cuidados que tenho que ter durante a gravidez [...] os cuidados com a

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

alimentação [...] para não nos esforçarmos muito” (GR09); *“...para comer pouco, tomar mais leite, beber mais água e líquidos...”* (GR07); *“...que não se deve pegar em peso, que não se deve comer determinadas comidas...”* (GR02).

Por outro lado, verificamos que num caso a informação transmitida pelos profissionais é uma informação negativa sobre o parto, tipificando-o como um momento de sofrimento *“...também nos dão informações, dizem que é uma coisa que a gente sofre um bocadinho naquela hora...”* (GR01).

Foi curioso o facto de as grávidas aqui nos revelarem que lhes dão folhetos de informação e pequenos livros. *“Dão folhetos de informação para eu ler em casa...”* (GR06); *“Leio [...] os papeizinhos que me dão no Centro de Saúde para ler...”* (GR09); *“Levei daqui uns livrinhos para ler...”* (GR04); *“Por norma são as enfermeiras que nos dão os panfletos”* (GR01).

Pareceu-nos que a informação oferecida às grávidas pelos profissionais de saúde é por vezes inexistente ou escassa, sendo estas situações mais notórias na cidade que na aldeia. A “consulta” de grávida limita-se a uma avaliação de parâmetros programados, não se valorizando a grávida enquanto pessoa que necessita de esclarecimentos, de retirar dúvidas, de diminuir angústias de uma primeira gravidez. Quando na consulta é transmitida alguma informação, esta dirige-se para a alimentação correcta, repouso, á necessidade de exercício físico, realçando ainda que a respiração de forma controlada diminui a dor de parto. Como afirma KRON, citado por FILIPE (1997:117), *“a comunicação constitui um vector crucial de relacionamento humano e, particularmente no relacionamento enfermeiro/utente, pois penetra em todas as facetas da actividade e relações pessoais ao mesmo tempo que é sobre ela que se constitui a compreensão e o respeito mútuo tão essenciais nas nossas relações”*. Contudo, não conseguimos, enquanto investigador, perceber se as grávidas aprendiam a respirar para um melhor parto, parecendo-nos mesmo que não. O grupo da área rural faz-nos supor, pela conversação connosco, que a informação transmitida quer pelos enfermeiros quer pelo médico é mais completa, referente a aspectos alimentares e repouso, englobando o

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

«bem-estar fetal». No entanto, supomos que a informação sobre a preparação para o parto seja insuficiente.

Informação do tipo informal procurada, durante a gravidez, pelas grávidas do grupo da área urbana

Tabela 5 – Informação do tipo informal procurada, durante a gravidez, pelas grávidas do grupo da área urbana

Unidades de Análise	Score
Informação sobre respiração para o parto	1/10
Informação sobre atitudes a ter no parto	1/10
Informação sobre ginástica para o parto	1/10
Através da leitura	4/10
Através das conversas com outras pessoas	4/10
Não procuram informações	2/10

A maior parte destas grávidas obtêm informação através de *leituras* realizadas pela mulher em revistas e livros. As restantes informações são procuradas na mãe, na sogra, nas irmãs, na vizinha e nas colegas de trabalho, abordando temas variados como a *respiração*, o *exercício físico* e as *atitudes* a ter durante o trabalho de parto. Podemos verificá-lo em expressões como:

“Eu já ouvi dizer que tem de fazer respiração de cão [...] ouvi por amigos e familiares [...] Tenho procurado informação em livros, revistas...” (GU08); *“Recebo informação mais de pessoas de fora [...] É mais em conversas”* (GU07); *“...toda a gente fala. Falam as mães, fala a minha cunhada, as colegas de serviço [...] Por vezes*

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

procuro ler...” (GU10); “...recebo informação com o que leio. Uma grávida pelo seu estado tem sempre curiosidade a estar atenta a qualquer coisa de novo e sempre que aparece alguma coisa” (GU09); “... consiga essas informações às vezes por amigas que já tiveram filhos ou então leio alguma coisa de vez em quando” (GU04); “Perguntei à minha mãe como é que eu tinha de fazer no parto [...] a minha mãe é que esteve mais ou menos a dizer como é que era” (GU06).

Nesta transmissão oral passam informações sobre procedimentos no acto de parir, assim como são transmitidas emoções e sensações:

“As que tiveram filhos queixam-se da dor...” (GU07); *“Há pessoas que fazem um bicho de sete cabeças...”* (GR01); *“Eu nunca tive um filho não sei, é o que eu ouço [...] as colegas de trabalho é que falam”* (GR05); *“Toda agente se queixa [...] a minha mãe, a minha avó, toda a gente”* (GR08);

Informação do tipo informal procurada, durante a gravidez, pelas grávidas do grupo da área rural

Tabela 6 – Informação do tipo informal procurada, durante a gravidez, pelas grávidas do grupo rural

Unidades de Análise	Score
Informação sobre sofrimento no parto	4/10
Informação sobre alimentação	1/10
Informação sobre repouso	1/10
Informação através da leitura	2/10
Não recebem informações	1/10

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

A análise da Tabela 6 permite-nos inferir que as grávidas do grupo rural recorrem menos à informação através da leitura do que as do grupo urbano. A busca de informação que fazem dirige-se para a *alimentação* e o *repouso* e a informação que recebem por tradição oral, também acedida através das mães, sogras e colegas de trabalho, centra-se no mito do *sofrimento* no parto.

“Colegas minhas que já tiveram filhos dizem que não querem mais, que... ficaram chocadas com o que viram e com o que sentiram e não querem mais” (GR01); *“As colegas só dizem que depois de eu ter que vou ver o que custa”* (GR07); *“Os familiares e amigos falam-me mais que vou ficar pesada, que vai custar-me respirar, que tenho que preparar-me para as noites mal dormidas... que tenho de preparar-me para o parto que dói um bocado”* (GR09); *“Consigo informação através de algumas coisas que eu vou lendo, que a minha mãe me diz, que as minhas colegas às vezes falam”* (GR08); *“...as pessoas têm sempre tendência a contar as suas experiências... mas, são normalmente negativas, de dor, de sofrimento, de experiências... normalmente contam só a parte negativa...”* (GR10); *“Tento ler livros e vejo televisão. Penso que vale a pena, fico mais preparada”* (GR06).

A análise destas informações permite-nos ainda reflectir numa transmissão oral negativa sobre o parto, destacando o sofrimento e a dor. VIEIRA (1996:111) refere na sua investigação que *“as grávidas vivem a sua gravidez num misto de crenças [...] influenciadas pelo que ouvem dizer [...] as mães servem de suporte no acompanhamento da gravidez”*. Se a informação for transmitida de forma errada e negativa, ela vai influenciar a conduta da grávida no momento do parto. Um bom parto está intimamente relacionado com uma boa preparação para este.

“Gostaria de saber tudo relacionado comigo, o que se vai passar” (GR04); *“Gostava de saber como é que é, se a pessoa fica deitada, a posição em que ficamos”* (GU07); *“Acho que havia de haver tipo um cursinho, digamos, assim para preparar as pessoas afim de, como reagir em determinada situação...”* (GU08).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Podemos observar que COUTINHO (2000:112), quando estuda uma *Perspectiva Cultural de Cuidar no Parto*, diz que “...explicar procedimentos faz parte das actividades dos enfermeiros, os quais procuram transmitir conhecimentos [...] que permitam à mulher/casal compreender os diferentes mecanismos de trabalho de parto e parto...”. Pensamos que estes aspectos são válidos para a prática de enfermagem, na consideração de que para a grávida é o primeiro recurso para a manutenção do seu bem estar. É ela que vai perspectivar e vivenciar o parto. Ela será a co-criadora do seu próprio saber e da forma de obter respostas às suas necessidades. Neste sentido, deverá estar cabalmente informada.

Na perspectiva de ARTEAGA, médica obstetra, (2000:20) “...informar correctamente as futuras mães neste período é essencial, porque quanto mais esclarecidas estiverem melhor colaboram [...] e melhores decisões poderão tomar”.

No que toca à preparação física para o parto, refere a mesma autora que “...as mães ginasticadas têm partos mais fáceis, uma vez que o exercício físico facilita a musculatura”, o que vem ajudar no trabalho de parto.

Para além da informação sobre sofrimento no parto, as preocupações dominantes da grávida da área rural centram-se na obtenção de informação sobre alimentação e repouso. De qualquer das formas, podemos inferir de que há uma necessidade de conhecer o que se vai passar com elas durante o trabalho de parto e o comportamento que devem ter durante o mesmo.

Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área urbana

Tabela 7 – Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área urbana

Unidades de Análise	Score
Preparação através da respiração	9/10
Preparação psicológica/reagir no parto	6/10
Preparação física	5/10
Preparação para receber e cuidar do recém-nascido	3/10
Preparação para o momento do parto	1/10
Período de tempo entre a concepção e o parto	2/10
Aprender relacionamento entre mãe/filho	1/10
Informação sobre os mecanismos de parto	1/10
Momento que antecede o parto	1/10
É um Curso	1/10
Observação de outro parto	1/10

A representação da preparação para o parto das grávidas do grupo urbano prende-se com dois aspectos: a preparação *física* e a preparação *psicológica*. Podemos inferir que 9 em 10 grávidas gostariam de estar informadas sobre a *respiração* no parto. Menos representativas são as ideias de que estar preparada para o parto é *cuidar do recém-nascido*, é ter conhecimentos sobre a *concepção e o parto*, é ter conhecimentos sobre o *relacionamento mãe/filho*, através de um *curso*.

“Gostava de ouvir falar na *respiração* para aliviar a dor [...] já ouvi falar na *ginástica*...” (GU07); “Preparar-me para o parto é saber a *ginástica*, com movimentos *respiratórios*, *exercício físico*; é a *preparação psicológica*” (GU10); “A *preparação para o parto* é quando ensinam a *respirar*, a *forma de estar*...” (GU02); “...*consiste* [...] na *respiração*, como se faz como não se faz...” (GU05); “Já ouvi falar na *respiração para o parto* [...] e na *ginástica para ajudar ao parto*” (GU06); “...é *quer psicologicamente quer fisicamente*, estar preparada para o nascimento...” (GU03).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Sentimos preocupação das grávidas em estarem preparadas, desde o *início da gravidez*, para cuidar do seu bebê, tanto do ponto de vista físico como afectivo. Isso está patente em frases como:

“É preparar para receber e cuidar de um recém-nascido [...] tem tudo a ver com o relacionamento mãe/filho, com o cuidar do recém-nascido, com o receber um novo membro na família” (GU09); *“... ao longo dos meses... é a preparação para o dia de ter o bebê”* (GU05); *“Agora, a preparação para o parto tem tudo a ver desde o princípio até ao fim...”* (GU02); *“Acho que havia de haver um tipo de cursinho, digamos, assim para preparar as pessoas afim de, como reagir em determinada situação...”* (GU08).

Emerge uma **necessidade sentida pelas grávidas entrevistadas de existirem cursos ministrados por profissionais de saúde sobre preparação para o parto**. Observa-se uma vontade explicita de uma preparação para o parto com a ajuda de um curso no sentido de obterem maior esclarecimento.

“Na consulta nunca falaram da preparação ou da existência de qualquer tipo de preparação” (GU07); *“Não sabia que existiam cursos sobre a preparação para o parto [...] não cheguei a frequentar porque quando soube de um numa clínica privada [...] foi agora há pouco tempo, e como estou no fim...”* (GU03); *“Acho que não penso muito nisso (preparação para o parto) não vale a pena”* (GU05); *“Neste momento não faço preparação para o parto, mas tenciono fazer”* (GU09); *“Nas consultas nunca falaram da preparação e da sua existência”* (GU07).

A informação emergente diz-nos que algumas das grávidas conotam a preparação para o parto com os exercícios físicos, respiratórios e psicológicos, em que aprendem a cuidar do seu recém-nascido. Há uma ideia esbatida e muito própria, diríamos que se relaciona com as vivências das pessoas e a aculturação pela tradição oral, mas parece-nos uma perspectiva incompleta de preparação para o parto.

Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área rural

Tabela 8 – Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área rural

Unidades de Análise	Score
Preparação física/exercício	5/10
Preparação da mala da roupa	4/10
Não sabe	3/10
Preparação psicológica/ obter coragem e calma	3/10
Preparação para cuidar do recém-nascido	1/10
Frequência das consultas	1/10
Aumentar os conhecimentos	1/10
Preparar o marido e família	1/10
Ajudar para o momento da expulsão	1/10

Cinco das dez entrevistadas entendeu que a preparação para o parto abrange uma preparação física e psicológica, referindo no entanto como foco principal da preparação para o parto o *saber fazer a mala*. Podemos apreender este efeito nas seguintes afirmações:

“Tenho comprado as coisas que é necessário levar para o hospital... A ginástica é um modo de as pessoas aprenderem...” (GR06); *“A gente vai preparando as roupas [...] As roupas do bebê, as nossas roupas também que precisamos [...] Já ouvi falar na ginástica e na respiração para o parto”* (GR05); *“A preparação física, pronto... consiste talvez em algum tipo de exercícios que fortaleça a parte baixa, para o período do parto”* (GR10); *“Já ouvi falar de ginástica. Deve ajudar para a altura de puxar para ter o bebê [...] Estou a preparar o enxoval do bebê”* (GR08); *“É preparar também para ter, para puxar, para respirar, para... é fazer um bocado de ginástica para os músculos estarem preparados para ter o bebê...”* (GR09); *“Consiste em saber preparar a mala do bebê...”* (GR07).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Parece-nos possível verificar que a primeira preocupação da grávida rural, que consegue descrever algo sobre a sua visão de preparação para o parto, é a preparação da mala para levar as suas roupas e pertences, assim como os do seu filho que vai nascer. Ora, esta atitude é descrita indirectamente por BREEN (1975:28) quando refere que “...women becoming mothers for the first time tended to put on maternity clothes several months before the functional properties of the clothes were relevant”¹⁶. Aqui já reside uma preocupação pela preparação das suas roupas enquanto grávida. No contexto da consulta dificilmente é observada essa indicação pelos profissionais de saúde para a mulher grávida. A propósito de «registos e cuidados à grávida» VIEIRA (1996:118) afirma que um dos temas sugeridos pelas grávidas a abordar pelos enfermeiros na preparação para o parto incide sobre a preparação do enxoval para o bebé.

É interessante analisar que a perspectiva de preparação psicológica para o parto fundamenta-se no *sofrimento* e deve ter como objectivo preparar a grávida para com *calma* e *coragem*, enfrentar o sofrimento do parto. Esta ideia é partilhada por três grávidas.

“Tenho de ter coragem para quando chegar o momento... não posso enervar-me, tenho de andar calma” (GR07); “A preparação psicológica para a adaptação à nova criança que vai aparecer...” (GR10); “...a gente vai-se mentalizando que vai ser mãe...” (GR05); “Não, não sei o que é” (GR03); “Ora bem... Não até, ainda não ouvi falar disso... preparação para o parto. Não tenho ideia do que seja” (GR02); “O que é para mim? Não sei... Nunca ouvi falar” (GR01).

Ainda que uma única grávida o tenha salientado, o que não é de menor importância, verificamos que aparece a noção de preparação para o parto de uma forma geral e objectiva. Noções essas que englobam a preparação para o parto na *frequência de consultas*, na *aprendizagem para cuidar o recém-nascido*, no aumento de

¹⁶ ...mulheres que irão ser mães pela primeira vez, tendem a usar roupas maternais, vários meses antes das suas funções serem realmente necessárias.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

conhecimentos sobre a gravidez e o parto e no *envolvimento do pai* da criança e de toda a família.

“Ao ir às consultas estou a preparar-me para ter o bebé. É conhecer o que se passa comigo durante a gravidez” (GR09); *“Tenho de preparar-me para ter cuidados com o bebé, saber tomar conta dele”* (GR07); *“A preparação é feita em conjunto com o marido, e falarmos da evolução da gravidez...”* (GR10).

Em oposição ao grupo urbano, um pequeno grupo de grávidas acha que o termo preparação para o parto não se associa a nada que lhes seja familiar, sendo algo desconhecido.

Ideia de Preparação psicoprofiláctica para o parto das grávidas do grupo da área urbana

Tabela 9 – Ideia de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto das grávidas do grupo da área urbana

Unidades de Análise	Score
Não sabe	7/10
Preparação psicológica	2/10
Preparar para cuidar do recém-nascido	1/10
Preparar pelo relaxamento e respiração	1/10
Condicionamento/descondicionamento de reflexos	1/10
Preparação da família, incluindo o pai	1/10

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Podemos constatar que quase a totalidade das grávidas *não sabe* ou nunca ouviu falar na preparação psicoprofiláctica para o parto, nem durante as consultas médicas ou de enfermagem, nem durante todo o seu percurso de gravidez e de vida. Vejamos algumas expressões que nos podem aclarar as ideias:

“Não, nunca ouvi falar” (GU10); “Nunca ouvi falar” (GU02); “Não faço a mínima ideia” (GU01); “Não, nunca me falaram” (GU06).

No entanto, existem algumas grávidas, embora poucas, para quem a preparação psicoprofiláctica para o parto não é desconhecida. Já ouviram falar através da televisão, nas consultas, por amigos. Outras leram em revistas ou livros sobre gravidez e parto ou têm mesmo intenção de a realizar. Anotemos alguns exemplos, para quem a preparação psicoprofiláctica para o parto compõe-se de uma preparação *psicológica*, para saber *cuidar do recém-nascido*, constituída por *exercícios de relaxamento e respiração* em que há a *participação do pai* da criança:

“Sim. Tem a ver com o condicionamento e descondicionamento; condicionar o que está certo, descondicionar o que está errado. Tem a ver com o relaxamento que se faz, com a respiração. Isto é a parte prática. Depois tem a parte teórica. Preparar a mãe para receber o seu recém-nascido e essas coisas todas. Preparar a família, não só a mãe, o pai também participa” (GU09); *“Sim, mais ou menos, a nível da preparação psicológica”* (GU08); *“...deve ter a haver alguma coisa com... com a nossa cabeça, preparar-nos psicologicamente...”* (GU03).

Ideia de Preparação psicoprofiláctica para o parto das grávidas do grupo da área rural

Tabela 10 – Ideia de Preparação Psicoprofiláctica para o parto das grávidas do grupo da área rural

Unidades de Análise	Score
Não sabe	7/10
Preparação física e psicológica	1/10
Preparação psicológica	1/10
Preparação pela respiração	1/10

Relativamente às opiniões colhidas no grupo da área rural, as grávidas também *não sabem*, na sua maioria, o que é a preparação psicoprofiláctica para o parto. Aquelas que têm algum conhecimento, têm-no de forma semelhante às grávidas do grupo da área urbana, referindo que é um tipo de *preparação física e psicológica* onde se fazem *exercícios de respiração* fundamentais para o relaxamento muscular e o controlo da dor no acto de parir. Neste grupo, as grávidas não referem a importância da presença do pai ou de qualquer outro elemento da família na preparação da mulher para o parto, ou a necessidade de aprender a cuidar do recém-nascido. Vejamos alguns exemplos das grávidas que tinham alguma noção deste aspecto, sendo esta também obtida pela leitura ou por informações de amigos:

“Uma mulher que vai ter um filho tem que estar preparada psicologicamente para ter... para suportar a dor” (GR09); *“Acho que uma mulher tem de se preparar psicologicamente e fisicamente para ter um bebé...”* (GR08); *“Penso que será uma preparação também... profiláctica para prevenir... portanto uma preparação psicológica para prevenir as consequências do parto, numa má aceitação em relação ao parto, à criança. Já ouvi, acho que tem haver com respirações que se faz... Penso*

que foi numa revista de bebés que li. Estava a pensar fazer, mas não sei aonde me dirigir...” (GR10).

Uma reflexão sobre as opiniões acerca deste aspecto, nestes dois grupos de grávidas, leva-nos a pensar que a preparação psicoprofiláctica para o parto, representa, para o grupo de grávidas da área urbana uma forma de, através de um certo controlo mental, parir de uma forma mais feliz e mais relaxada. Esta ideia, parece-nos contrastar com a ideia das grávidas do grupo da área rural, para as quais parir é um acto de dor, mas natural. Assim e nesta perspectiva, *qualquer preparação para o parto* deve ter em vista desenvolver a aceitação da grávida para um momento (o parto) que é acompanhado de dor mas faz, sobretudo, parte da natureza da mulher.

Segundo BARRETT e PITMAN (2000:215) “...*existem indícios consistentes de que a frequência de aulas pré-natais (independentemente do programa) reduz a quantidade de analgésicos utilizados durante o parto*”.

As mesmas autoras (2000:221) continuam, referindo-se à obra *Williams Obstetrics* datada de 1997, que “...*quando as mulheres motivadas se encontram preparadas para o parto, as dores são reduzidas num terço*”.

Para VELHO, psicóloga, (2000:21) a preparação para o parto “...*insere-se na perspectiva de que a preparação das pessoas para situações problemáticas pode ajudá-las*”.

Para ALVITO, fisioterapeuta, (2000:21) as aulas de preparação para o parto permitem à grávida “...*abordar os seus medos, as suas queixas, as suas alegrias e tristezas e também, os seus sonhos*”. Todavia, continua a mesma técnica, “...*a preparação para o parto não pode ser entendida só como ginástica ou como exercício físico exclusivo ou como sinónimo de parto sem dor, porque ela é muito mais que isso*”. Oferece, portanto, “...*um conjunto de partilhas e de conhecimentos que passam pelo período da gravidez, do parto e do pós-parto, logo, toda a informação dispensada incluirá conteúdos sobre esses três tempos*”.

Vantagens/desvantagens de viver na cidade para as grávidas do grupo da área urbana

Tabela 11 – Vantagens/desvantagens de viver na cidade para as grávidas do grupo da área urbana

Unidades de Análise	Score
A cidade tem melhores acessos geográficos	6/10
A cidade tem melhores acessos à informação	6/10
Cuidados prestados de igual forma	4/10
Melhores condições ambientais na aldeia	2/10
Aumento do stress na cidade	1/10
Mau tratamento em ambos os locais	1/10

Na maioria das entrevistas, as grávidas do grupo da área urbana, são de opinião que vivendo na cidade têm *melhor acesso à informação* obtida e aos centros de atendimento. O primeiro entendido como terem mais meios de pesquisa, tais como bibliotecas, acesso à internet, informações publicitárias (panfletos) e maior abertura entre pessoas nas conversas quotidianas acerca de assuntos ligados à sexualidade; os *acessos aos centros de atendimento* são mais fáceis pela existência de mais meios de transporte, menores distâncias a percorrer e melhores meios de comunicação geográfica. São exemplos disso:

“Sim eu acho que as pessoas da aldeia têm menos informações. Não há aquele à vontade, aquela abertura entre pais e filhos, entre pessoas amigas e vizinhos para discutir esses assuntos, já aqui na cidade vêem isso de uma maneira mais normal, simples...” (GU07); *“Eu acho que trás mais benefícios do que propriamente coisas prejudiciais, há muito mais acesso a nível de consulta e de realização de exames, e até em distâncias é mais fácil efectuar essas coisas do que estar numa zona rural”* (GU10); *“Estou mais perto dos locais, estou privilegiada”* (GU08); *“...acho que as pessoas lá*

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

são... têm menos acesso a tudo que nós aqui na cidade [...] Estou convencida que sim que a informação aqui na cidade é maior [...] as pessoas lá ainda estão muito... ainda não estão evoluídas...” (GU02); “...como nós somos cidadinas [...] se quisermos qualquer informação tê-mo-la mais depressa e somos nós próprios a procurá-la, enquanto fora das cidades é um bocado mais difícil...” (GU01); “Sim, sim. Portanto, temos mais centros de saúde mais perto, transportes [...] sempre é mais rápido do que numa... numa aldeia” (GU03); “As pessoas da aldeia vivem mais isoladas, têm menos informação sobre a gravidez e o parto, apesar de terem televisão...” (GU06).

Porém, algumas grávidas deste grupo são de opinião contrária às anteriores. Quatro são de opinião que o *atendimento é semelhante*, visto a formação dos profissionais ser a mesma ou das condições de atendimento actualmente serem iguais. Isoladamente, a opinião das outras grávidas é negativa relativamente à cidade, visto nesta existir *maior stress*, o qual prejudica a recolha de informação sobre a gravidez e o parto, consideram que na aldeia há um *melhor ambiente* biológico e há mesmo uma grávida que afirma que o *atendimento é mau* em ambos os locais (urbano e rural). Os exemplos são descritos de seguida:

“Eu penso que o acesso aos cuidados é semelhante [...] tanto no interior como na cidade” (GU09); “...é exactamente a mesma coisa. É exactamente igual eu vejo, uma pessoa está na sala de espera e tem sempre tendência a falarem umas com as outras [...] somos tratadas exactamente da mesma maneira e elas ficam a saber exactamente o mesmo que nós...” (GU01); “Também trás prejuízos, há um stress maior para a grávida, há um ambiente de trabalho totalmente diferente do que numa zona rural, que tem outra estabilidade” (GU10); “...já ouvi dizer que na aldeia tem mais ar... não é tão poluente como cá, no princípio da gravidez eu sentia isso muito [...] A aldeia é mais calma, as pessoas vão logo directas ao assunto... aqui na cidade é tudo mais a correr” (GU04).

Vantagens/desvantagens de viver na aldeia de acordo com a opinião das grávidas do grupo da área rural

Tabela 12 – Vantagens/desvantagens de viver na aldeia de acordo com a opinião das grávidas do grupo da área rural

Unidades de Análise	Score
Cuidados prestados de igual forma	5/10
Melhor acessibilidade aos cuidados na cidade	3/10
Melhor atendimento na aldeia	2/10
A cidade tem melhores acessos à informação	2/10
Melhor atendimento na cidade	1/10
Melhores condições ambientais na aldeia	1/10
Atendimento mais personalizado na aldeia	1/10

A maneira como as grávidas do grupo da área rural vêem as condições de informação e cuidados prestados e oferecidos é diferente do grupo de grávidas da área urbana. Aquelas, de uma forma geral e na sua maioria, afirmam que a qualidade dos cuidados prestados são *semelhantes*, tanto na aldeia como na cidade. Vemos essas opiniões em afirmações como:

“Acho que é igual... porque as pessoas são todas iguais. Acho que o que uns médicos sabem os outros também têm de saber” (GR03); *“Acho que prejudicada não fico, acho que é igual [...] Os cuidados prestados aqui são iguais aos da cidade. Não noto diferença”* (GR07); *“...para aquilo que tenho visto, eu acho que é tudo igual [...] Em relação à informação transmitida é a mesma coisa”* (GR04); *“Eu penso que devo estar igual. Porque no Centro de Saúde, eles dão informação e dizem opinião a tudo, penso que não deve ser assim muito diferente no Porto, porque eu vejo que no hospital também é assim, que não deve ser muito diferente. Não me sinto prejudicada”* (GR06).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Depois, em menor expressividade, existem dois tipos de opinião diferentes: aquelas grávidas que referem *melhor acesso à informação e aos cuidados*, assim como *melhor atendimento* na cidade, e outras que afirmam que na aldeia, existe um *atendimento melhor e mais personalizado*, com melhores *condições ambientais* – indo, este último ponto, ao encontro de opiniões de grávidas do grupo da área urbana. Vejamos opiniões que consideram a aldeia um local melhor:

“Em relação ao atendimento, o médico já nos conhece... a senhora enfermeira também me conhece, até já me conhece desde pequenina... quando me vê faz-me uma festa, é evidente que se eu for à cidade ninguém me conhece... sou mais uma pessoa lá no meio do monte de gente que passa ali por dia” (GR10); *“Aqui a gente até é muito bem atendida...”* (GR05); *“Eu acho que aqui é melhor [...] pelo menos sou melhor atendida”* (GR01).

Opiniões que consideram a cidade um local melhor

“Lá há mais coisas, aqui há pouquinhas... assim aqui temos o médico do centro de saúde e... para fazermos ecografias, por exemplo, temos de ir à Vila. Na cidade deve ser diferente... para melhor...” (GR09); *“...acho que quem está na cidade deve estar mais perto de hospitais, das maternidades, deve ser mais fácil. É mais perto, deve ser mais fácil de conseguir as consultas, de fazer ecografias...”* (GR08); *“É assim, ainda agora no que estávamos a falar em relação a esses centros de preparação para o parto, não conheço nenhum aqui, nem na Vila conheço. No Porto existem de certeza, porque vêm reclames nas revistas...”* (GR10); *“Eu acho que na cidade é melhor, acho que eles têm mais informação [...] têm mais facilidades. Têm muito mais médicos”* (GR05); *“...a nível da cidade é capaz de haver mais divulgação do que é um parto, do que é uma gravidez...”* (GR02).

Concluindo, compreendemos através destas descrições que as grávidas, de uma forma global, consideram que a informação e a acessibilidade é melhor na cidade, assim como o número de instituições de atendimento e apoio. Por outro lado, concordam

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

também que na cidade existe maior stress enquanto que na aldeia o ambiente é mais saudável, o que pode levar a uma gravidez mais calma e descontraída. O atendimento mais personalizado é também outro facto a ter em conta para as grávidas seguidas em meio rural. Salientamos também a opinião de que na área rural a necessidade de obter uma ecografia, por exemplo, implica uma deslocação de aproximadamente 14 quilómetros até à cidade de Vila do Conde, local onde existem recursos técnicos.

PARTE IV - CONCLUSÕES DO ESTUDO

CONCLUSÕES DO ESTUDO

“O mundo orienta-se pelo nosso envolvimento nele e com ele; a Realidade só se torna verdadeiramente acessível quando fazemos parte integrante dela”.

(PATRICIA MUNHALL in FERNANDES, 1995:101)

Chegados ao fim do relatório do nosso estudo, surge a emergência de extrairmos as ideias fundamentais sobre todo este longo processo de investigação que realizamos.

Abordamos o parto sob o ponto de vista socioantropológico e psicofisiológico, assim como alguns aspectos da tradição oral e escrita que o envolve, desde os tempos mais distantes até aos nossos dias e em diversas culturas. As diferentes noções e conceitos de representação mental, analisados do ponto de vista social e psicológico, foram alvo de reflexão. Uma vez que a preparação psicoprofiláctica para o parto engloba um vasto conjunto de noções, consideramos interessante citar de forma sintética toda uma variedade de métodos que podem ser utilizados neste contexto de preparação.

Do ponto de vista sociológico, este estudo parece-nos importante, pois os seus

CONCLUSÕES DO ESTUDO

resultados, poderão aumentar o conhecimento dos enfermeiros e outros técnicos de saúde sobre a forma de pensar das mulheres grávidas no momento presente que, como sabemos, poderá condicionar o comportamento no parto. As consequências deste estudo, poderão ser, provavelmente e do ponto de vista económico, enormes, porque uma mulher **elucidada** e **colaborante** terá um parto mais fácil, reduzindo complicações para si e para o recém-nascido, assim como o tempo de internamento, os fármacos administrados, entre outros. Partilhando desta opinião, FREITAS (1998:44), conclui que “*o facto de a grávida frequentar os programas de ensino pode influenciar o seu comportamento durante o trabalho de parto*” de uma forma positiva e construtiva.

Uma das conclusões que extraímos deste estudo (face à amostra de participantes) foi que há mais grávidas primigestas solteiras na área urbana do que na área rural.

Observou-se que o ambiente de acompanhamento das grávidas numa área rural é mais calmo, menos agitado, que numa área urbana. Também o tempo de demora média da consulta é inferior. Observou-se ainda que a maioria das grávidas da área rural eram acompanhadas por familiares ao invés das grávidas da área urbana que, na sua maioria, se apresentavam na consulta sozinhas.

A ideia do **parto** está associada à chegada de um novo ser mas acompanhada de sofrimento, ansiedade e medo. Esta ideia é encarada pelas grávidas da área rural como algo que é *natural* e um sofrimento que tem que acontecer desde os primórdios da vida.

A **informação** que as grávidas detêm sobre a preparação para o parto é uma informação que se restringe, do ponto de vista formal ao Boletim de Saúde da Grávida, na área urbana, e ao Boletim de Saúde e ensino pré-consulta médica (alimentação, repouso e exercício) dada pelo enfermeiro. As informações do tipo informal são procuradas pelas grávidas em revistas e colegas de trabalho na área urbana, e em revistas e familiares (mães, sogras, irmãs e cunhadas) na área rural. Os temas de procura têm a ver com o trabalho de parto, sofrimento durante este processo, possibilidade de analgesia da dor e atitudes a adquirir para parir mais rapidamente e com menos dor possível. Relativamente ao período de gestação não notámos diferenças de informações entre uma grávida em início de gestação e, por conseguinte com poucas consultas, e uma grávida com 40 semanas de gestação, tendo esta realizado o esquema de consultas

CONCLUSÕES DO ESTUDO

preconizado pela Direcção Geral de Saúde.

A **preparação para o parto** segundo as grávidas entrevistadas é a seguinte: uma preparação psicológica através de respiração controlada para reagir melhor no parto, no grupo urbano. Uma preparação física com exercício e uma preparação psicológica para obter mais coragem e calma, no grupo rural. Ambos os grupos focaram que preparar-se para o parto é também a prender a cuidar do recém-nascido. Uma outra ideia interessante é que apesar da legislação em vigor, já anteriormente citada, sobre a utilização de métodos de preparação para o parto, como podemos constatar pelo estudo, nenhuma das grávidas o realizou para além de, a maior parte delas, não conhecer o seu significado. As grávidas entrevistadas neste estudo manifestaram interesse e vontade em conhecerem e partilharem um método de preparação para o parto como meio de relaxamento, que pode ser através de ginástica e/ou controlo da respiração. A preparação para o parto, para elas, representa sobretudo uma necessidade de conhecerem o desenvolvimento do filho que carregam no ventre materno, desde a concepção até ao parto; terem conhecimento das transformações do seu corpo e como o devem cuidar; saberem como devem preparar a *mala* (conteúdo) para se deslocarem do seu domicílio ao hospital; conhecerem as estratégias que devem adoptar nas várias fases do parto para melhor parirem, terem menos dor e deste modo tentar provocar o menor sofrimento para o seu filho; conhecerem o tipo de cuidados que devem prestar ao seu bebé quando nasce e nos primeiros tempos de vida.

A maior das grávidas entrevistadas desconhece o significado de **preparação psicoprofiláctica para o parto**.

Relativamente à validade deste estudo, podemos tecer as seguintes considerações. A validade diz respeito à exactidão com que as ideias de um estudo são apresentadas. De outra forma, provavelmente, corresponderá à precisão dos enunciados representativos do estudo. FORTIN (1999:229) refere-se a vários tipos de validade.

Sobre a **validade do conteúdo**, a qual pretende referir-se à representabilidade do conjunto de ideias que caracterizam o domínio do estudo, pensamos que conseguimos através das entrevistas nomear as ideias *universais* dos dois grupos de grávidas. A

CONCLUSÕES DO ESTUDO

informação deste estudo, foi conseguida pela análise de conteúdo (segundo BARDIN) obtida por dois investigadores independentes, construindo as ideias de forma indutiva, de maneira a dar-lhes o sentido atribuído pelas participantes. FORTIN resume na perspectiva de GREEN e LEWIS algumas etapas de validação de um conteúdo: 1) a revisão da literatura existente neste domínio, cuja informação consideramos acordante com os resultados obtidos; 2) as reflexões pessoais sobre o significado atribuído, que realizamos; 3) a identificação dos mesmos significados noutros trabalhos que concluímos, em alguns aspectos expostos, serem coincidentes com outros estudos feitos. Por outro lado, e ainda acerca da validade do conteúdo, constatamos validade de consensos entre os conteúdos obtidos no grupo de grávidas da área urbana e no grupo de grávidas da área rural.

Acrescentaríamos que os dados obtidos pela entrevista foram submetidos, como já afirmamos, à análise de dois investigadores, de forma a aumentar a **confiança** dos mesmos.

A bibliografia, segundo GUBA (FERNANDES, 1999:111) sobre a validade de estudos qualitativos, recomenda-nos inferirmos sobre a **aplicabilidade** dos dados obtidos, isto é, a hipótese de transferibilidade dos resultados da investigação para contextos idênticos. Pensamos que as representações mentais das mulheres grávidas, quer no grupo da área urbana quer no grupo da área rural, podem variar de acordo com as culturas orais existentes (DOISE,1998:16). Estamos a falar das representações mentais de pessoas que vivem na região do Douro Litoral. No entanto, desconhecemos se as representações mentais das grávidas de uma cidade e de uma aldeia de Trás-os-Montes ou até da Estremadura, por exemplo, possuiriam as mesmas representações acerca da preparação para o parto.

GUBA recomenda ainda a avaliação da consistência dos dados, querendo com isto dizer se seria possível replicarmos os mesmos dados. Sobre isto, gostaríamos de dizer que os dados obtidos, embora validados por dois investigadores, não foram validados pelas participantes do estudo. Provavelmente, as necessidades sentidas e encontradas neste estudo poderiam ter traduções diferentes em outros momentos da gravidez como o momento de parir. O que quer dizer que as subjectividades inerentes a algumas ideias poderiam ser mais ou melhor esclarecidas se pudéssemos entrevistar estas mesmas

CONCLUSÕES DO ESTUDO

grávidas no espaço imediatamente após o parto.

O interesse deste estudo para a prática da Enfermagem fundamenta-se principalmente no entendimento do que significa para a mulher no momento actual ter um filho, as dificuldades enunciadas, os medos e a ansiedade que isso representa para ela. Desde sempre que a educação para a saúde privilegiou a **participação** das clientes em Saúde Materna e Obstétrica, considerando que profissionais e utentes têm saberes complementares, sendo parceiros na busca de melhores condições de vida e de transformação social, como referem os estudos de VIEIRA (1996).

A preparação para o parto deverá ser sempre entendida, socialmente, como um momento privilegiado para a mulher grávida, para a sua família, como estratégia política de educação para a saúde com resultados evidentes e duradouros. Durante aquela, deve ser explicado todo o desenvolvimento da criança no útero, desde a concepção ao nascimento; a higiene física e mental durante a gravidez; os mecanismos do trabalho de parto; os sinais do seu início a as atitudes que a grávida deve adoptar durante o trabalho de parto; assim como os cuidados ao recém-nascido após este nascer; além de todo o processo que envolve a preparação muscular, reflexiva, respiratória e psicológica que devem fazer parte de um programa de preparação para o parto, independentemente do método científico de preparação utilizado.

Para a **enfermagem**, enquanto profissão e ciência socialmente estabelecidas e dignificadas, este campo de intervenção é importantíssimo. Com este estudo, quisemos escutar o que têm para nos dizer as grávidas, o que sentem e observá-las, podendo ainda servir como suporte teórico e prático para a organização de novas intervenções de enfermagem dentro deste campo, ou reformular e ajustar as que já existem.

A contribuição deste estudo estender-se-á, certamente, para uma melhor compreensão da psicologia do parto e para a criação de novos programas de preparação psicoprofiláctica, permitindo uma colaboração activa da cliente, como é lema dos cuidados de saúde actuais (VELLAY, 1998:136).

Se a própria legislação contempla a preparação para o parto já desde o ano de

CONCLUSÕES DO ESTUDO

1984, e se essa preparação está cientificamente comprovada como benéfica para a mulher e seu filho, então porque é que está tão ausente da nossa sociedade? Porque é que os profissionais de saúde não tentam implementá-la profundamente? Será que não trará benefícios para a saúde das pessoas? Os estudos realizados até ao momento submetem a ideia da preparação para o parto não só ao acompanhamento das transformações fisiológicas do corpo da grávida (seguidas na consulta de gravidez), mas também à necessidade de um relaxamento psicológico através de exercícios físicos e respiratórios.

Os enfermeiros constituem um grupo técnico extremamente importante para a tomada de decisão em Saúde, sendo-lhes dada a oportunidade de reflectirem e organizarem, em conjunto com outros técnicos, cuidados que possam melhorar a acessibilidade à informação, a excelência dos mesmos, ajustados aos vários tipos e necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde. As grávidas são um desses tipos de utilizadores, com as suas necessidades muito próprias, resultantes de algo que é natural na evolução humana, com representações pessoais resultantes de uma tradição oral e escrita que condicionam a saúde e o bem-estar pessoal e o do bebé.

A **Enfermagem**, enquanto disciplina do cuidado humano que se dedica a conhecer os factores intervenientes no contexto saúde/doença/qualidade de vida, tira resultados positivos com estudos deste género, uma vez que estes permitem recolher informações válidas acerca do que pensam as pessoas, utilizadores dos serviços de saúde, sobre assuntos concretos. A aplicação de métodos de preparação para o parto, como o *Método Psicoprofiláctico*, pode permitir, a exemplo de outros países, ajustar a prática dos cuidados às necessidades das grávidas. Este estudo aprofunda saberes de enfermagem para melhores práticas.

O contributo desta investigação para a Enfermagem poderá acarretar estudos do tipo investigação/acção, em que se tentem desenvolver modelos de preparação para o parto, ajustando participantes aos *modelos* mais adequados e vice-versa. Este tipo de investigação poderia dar lugar à criação de uma área efectiva de acompanhamento da

CONCLUSÕES DO ESTUDO

mulher grávida, para além do Boletim de Saúde da Grávida, onde estariam previstas sessões estruturadas de preparação para o parto, conforme as necessidades manifestadas por estas utilizadoras dos cuidados de saúde. Neste sentido, para além da enfermagem obter mais saberes, as suas práticas poder-se-ão tornar mais **ajustadas ao objecto da sua acção social**.

SERRÃO citado por FREITAS, (1998:90), salienta que *“o cidadão tem direito e em determinadas circunstancias a obter por parte do profissional toda a informação necessária acerca da sua situação de modo a poder participar activamente no seu processo e evolução de acordo com a sua filosofia de vida”*. O universo de grávidas que entrevistamos está de acordo em realizar a preparação para o parto.

Na nossa perspectiva, e na continuidade deste nosso estudo, gostaríamos de dar lugar a uma investigação sobre os benefícios da aplicação de um programa de preparação psicoprofiláctica para o parto nas grávidas no Centro de Saúde que dirigimos (Centro de Saúde de Vila do Conde).

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização, para realização de entrevistas a grávidas, na Maternidade Júlio Dinis – Porto

Nada a opor
Os resultados deverão
ser apresentados à
Instituição.

26/09/2000

Enf.ª Filomena Cardoso
Enfermeira Directora

Ex.mo. Sr. Presidente
do Conselho de Administração da Maternidade Júlio Dinis
Porto

Germano Rodrigues Couto, enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a exercer funções no Hospital S. Pedro Pescador em Póvoa de Varzim, e a frequentar o **VII Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Porto**, vem por este meio pedir a V. Ex.a se digne autorizar a recolha de dados por meio de gravação áudio, a grávidas que frequentam a consulta de obstetrícia dessa Maternidade.

Este pedido fundamenta-se no facto de que pretende elaborar uma investigação qualitativa no âmbito do seu mestrado, a qual visa estudar e aprofundar as **REPRESENTAÇÕES MENTAIS DAS GRÁVIDAS SOBRE A PREPARAÇÃO PARA O PARTO**. Desta forma, o estudo será elaborado por meio de entrevistas realizadas a um reduzido número de grávidas que frequentam a dita consulta, e que compreenderá o período entre **02 de Novembro de 2000 e 28 de Fevereiro de 2001**.

Os dados recolhidos terão um carácter inteiramente **anónimo** quanto à individualidade do sujeito entrevistado, mas a referência ao local da colheita (Maternidade Júlio Dinis) será dada, caso autorizem a sua divulgação.

Desde já agradece a toda a colaboração disponibilizada por essa organização na colaboração de mais um trabalho que visa acima de tudo a **melhoria dos cuidados de saúde prestados ao indivíduo**, em particular na melhoria da preparação da mulher para o parto, assim como colaborar para a melhoria da qualidade científica dos cuidados de enfermagem.

Porto, 19 de Setembro de 2000

Despede-se com estima e consideração,

(Germano Couto)

SERVIÇO DE PESSOAL

6355 de 29/09/00

MATERNIDADE DE JÚLIO DINIS
PORTO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

Maternidade Júlio Dinis, 26/09/2000
Scriba

ANEXOS

ANEXO II

Pedido de autorização, para realização de entrevistas a grávidas, no Centro de Saúde de Vila do Conde --
Unidade de Saúde da Junqueira

Excmo. Sr. Director

Recebido	11
Resposta ao Ofício n.º
Registo n.º	568

do Centro de Saúde de Vila do Conde

Gerardo Rodrigues Costa, enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a exercer funções no Centro de Saúde de Vila do Conde, e a frequentar o VII Mestrado em Ciência de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto, vem por este meio pedir a V. Excia. se digna autorizar a recolha de dados por meio de gravação áudio, a grávidas que frequentam as consultas de obstetria da U.S. da Junqueira.

Este pedido fundamenta-se no facto de que pretendo elaborar uma investigação qualitativa no âmbito do meu mestrado, a qual visa estudar e aprofundar as Representações Mentais das Grávidas sobre a Preparação para o Parto.

Desta forma, o estudo será elaborado por meio de entrevistas realizadas a um número mínimo de grávidas que frequentam as ditas consultas, e que compreendem o período entre 22 de Março e 30 de Abril de 2001.

Os dados recolhidos terão um carácter inteiramente anónimo quanto à sua individualidade, mas a referência ao local da colheita (U.S. Junqueira) não dada, caso contrário a sua divulgação.

Desde já agradeço toda a elaboração disponibilizada por essa organização na elaboração de mais um trabalho que visa a melhoria das unidades de saúde prestadas ao cidadão, em particular na melhoria de

preparação da mulher para o parto, assim como colaborar
para a melhoria da qualidade científica dos cuidados
Enfermagem.

Em anexo, envio o questionário a ser preenchido com
entrevista.

Despede-se com estimo e consideração.

Vila do Conde, 19 de Março de 2001.

Joana Couto

Depois de analisar a frequência do referido assunto
nas várias reuniões desde que o assunto seja
devidamente informado e que se já se escreveu a
sua actualização.

Fernanda Caseira

20/03/2001

CENTRO DE SAÚDE DE VILA DO CONDE
DR.ª FERNANDA CASEIRA
DIRECTORA

ANEXOS

ANEXO III

Guião estruturado para a realização das entrevistas

GUIÃO ÀS ENTREVISTAS

- a) Idade?
- b) Estado civil?
- c) Local de residência?
- d) Com quem vive?
- e) Escolaridade?
- f) Profissão?
- g) Trabalha longe de casa?
- h) Gasta muito tempo em transportes? Chega cansada a casa?

1. O que é para si o parto?
2. Que informações lhe têm dado sobre a gravidez e o parto? Quem lhas dá?
3. O que é para si a preparação para o parto?
4. Tentou recolher alguma informação específica sobre o parto?
5. Faz preparação para o parto? De que tipo?
6. Sabe o que é a preparação psicoprofiláctica para o parto? Já ouviu falar?
7. Realizou preparação psicoprofiláctica para o parto? Se não, porquê?
8. Acha que o facto de viver nesta zona rural/urbana a limita/beneficia no apoio que podia ter para a preparação para o parto e na informação a receber sobre o parto?

ANEXOS

ANEXO IV

Matrizes interpretativas das entrevistas às grávidas do grupo da área urbana

MATRIZ – 1

CATEGORIA – Representação de Parto para as grávidas do grupo da área urbana

	UNIDADES DE ANÁLISE
GU01	(...) Realização como mulher (...) Ter um filho
GU02	(...) Parte do nascimento (...) Ter um filho (...) Momento de ansiedade (...) Momento de medo
GU03	(...) Nascimento de uma pessoa (...) Noção de novidade
GU04	(...) Ter um bebé (...) Algo importante
GU05	(...) Ter uma criança (...) Ter um bebé (...) Ter um filho (...) Momento difícil (...) Momento de medo
GU06	(...) Momento de medo (...) Momento doloroso (...) Noção de novidade
GU07	(...) Momento de medo (...) Ter um filho (...) Momento doloroso
GU08	(...) Momento de medo (...) Noção de novidade (...) Realização como mulher (...) Momento de sofrimento
GU09	(...) É conhecer o filho (...) É o início de outra vida... é o continuar
GU10	(...) Momento do nascimento do filho (...) Momento de medo (...) Momento de sofrimento (...) Momento para esquecer depressa

MATRIZ – 2

CATEGORIA – Tipo de informações dadas e procuradas, durante a gravidez, às grávidas do grupo da área urbana

UNIDADES	
GU01	(...) Não dão muita informação (formal) (...) Através da leitura (BSG)
GU02	(...) Nenhumas (...) Informações transmitidas por cuidadores informais (...) Só quando solicitado
GU03	(...) Não dão muita informação (...) Aquilo que lê (...) Informações dadas pelo médico nas consultas
GU04	(...) Não dão informação (...) Procura informações através de cuidadores informais
GU05	(...) Não dão informação
GU06	(...) Informações dadas pelo médico (...) Apenas informações sobre descanso (...) Informações através de cuidadores informais como familiares sobre atitudes no parto
GU07	(...) Dão informações básicas sobre alimentação, descanso, exercício e bem-estar do feto (...) Informações através de cuidadores informais (...) Gostaria de saber sobre a sua colaboração no parto
GU08	(...) Informações através de cuidadores informais sobre respiração e Ginástica (...) Gostaria que houvesse um curso de preparação para a maternidade
GU09	(...) Algumas informações básicas através de cuidadores formais (médico e enfermeiro) (...) Informações adquiridas pela leitura
GU10	(...) Informações através de cuidadores formais (médico) sobre Alimentação, ginástica, respiração, vacinação, PPP, exames, ...

GU10

(...) Informações através de cuidadores informais como familiares e amigos

(...) Informações adquiridas pela leitura

MATRIZ – 3

CATEGORIA – Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área urbana

GU01	(...) Ter calma, fazer a respiração certa no parto (...) Aprender a cuidar do RN
GU02	(...) Parte anterior ao parto, onde se ensina a respirar, a estar, ... (...) Período desde a concepção até ao parto, onde ensinam todos os cuidados a ter (alimentação, ...)
GU03	(...) Preparação psicológica e física (respiração e ginástica)
GU04	(...) Aprender a reagir no parto (...) Obter experiência pela observação de um parto
GU05	(...) Preparação através da respiração (...) Preparação ao longo da Gravidez (...) Aprender a ajudar o RN a nascer
GU06	(...) Preparação psicológica (...) Preparação através de respiração e ginástica
GU07	(...) Preparação através de respiração e ginástica
GU08	(...) Preparação através de um curso (...) Consiste em respiração e Ginástica (...) Preparação sobre a forma de reagir para o parto
GU09	(...) Preparar para receber e cuidar do recém-nascido (...) Consiste Numa parte teórica e numa parte prática (...) Há relacionamento Mãe/filho (...) Respiração, exercícios de relaxamento, explicação dos Mecanismos do parto
GU10	(...) Preparação psicológica, física e respiratória

MATRIZ – 4

CATEGORIA – Ideia de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto das grávidas do grupo da área urbana

GU01	Não sabe
GU02	Não sabe
GU03	(...) Preparação psicológica
GU04	Não sabe
GU05	Não sabe
GU06	Não sabe
GU07	Não sabe
GU08	(...) Preparação psicológica
GU09	(...) Condicionamento e descondicionamento (..) Relaxamento e Respiração (..) Preparar para receber o recém-nascido (..) Preparar A família, incluindo o pai
GU10	Não sabe

MATRIZ – 5

CATEGORIA – Vantagens/desvantagens de viver na cidade de acordo com a opinião das grávidas do grupo da área urbana

GRÁVIDA	UNIDADES DE ANÁLISE
GU01	(...) Exactamente a mesma forma de tratamento (...) maior facilidade de acesso à informação na cidade (informática) (...) Mau tratamento em ambos os meios
GU02	(...) Melhor acesso à informação na cidade (...) Melhores acessos geográficos na cidade (...) Profissionais mais bem formados na cidade
GU03	(...) Melhor acessibilidade geográfica e de transportes na cidade (...) Maior quantidade de centros de atendimento com melhor oferta de cuidados
GU04	(...) Melhores condições ambientais na aldeia (...) Maior sensibilidade devido a uma maior aproximação para conviver e comunicar (aldeia) (...) Menor informação transmitida na cidade
GU05	(...) Exactamente igual (...) Mesma informação transmitida em ambos os meios
GU06	(...) Exactamente igual (...) Maior isolamento na aldeia que leva a menor informação transmitida
GU07	(...) Menor informação transmitida na aldeia (...) Maior formalidade entre as pessoas na aldeia
GU08	(...) Maior transmissão de informação na cidade (...) Melhor acessibilidade geográfica na cidade
GU09	(...) Exactamente igual (...) Locais de assistência mais perto na cidade
GU10	(...) Melhor acessibilidade geográfica na cidade (...) Melhores cuidados prestados na cidade (...) Existe mais stress na cidade e pior ambiente de trabalho

ANEXOS

ANEXO V

Matrizes interpretativas das entrevistas às grávidas do grupo da área rural

MATRIZ – 1

CATEGORIA – Representação do Parto para as grávidas do grupo da área rural

GR01	(...) Crença de sofrimento (...) Noção de novidade
GR02	(...) Mudança de vida (...) Ter um filho
GR03	(...) Ter um filho (...) Momento difícil
GR04	(...) Experiência nova (...) Momento doloroso (...) Momento de alegria (...) Momento confuso
GR05	(...) Momento difícil (...) Sofrimento físico (...) Noção de novidade
GR06	(...) Experiência nova e natural (...) Noção de novidade (...) Momento em que pode haver ou não sofrimento
GR07	(...) Ter um bebé (...) Momento feliz (...) Momento em que pode haver ou não sofrimento
GR08	(...) Nascimento da criança (...) Momento de contacto com o filho (...) Momento difícil e doloroso
GR09	(...) Nascimento da criança (...) Momento de contacto com o filho (...) Momento de alegria e felicidade (...) Momento de esperança
GR10	(...) Nascimento da criança (...) Expulsão da criança (...) Momento de contacto com o filho (...) Momento de relação afectiva com a criança

MATRIZ – 2

CATEGORIA – Tipo de informações dadas e procuradas durante a gravidez às grávidas do grupo da área rural

GR01	<p>(...) Sobre sofrimento no parto (informal)</p> <p>(...) Parir bem depende da colaboração da mulher (formal)</p> <p>(...) Momento de sofrimento (formal)</p> <p>(...) Procura informações sobre sofrimento no parto, descrição do local do parto</p>
GR02	<p>(...) Repouso e alimentação (formal e informal)</p>
GR03	<p>(...) Não recebe informação</p>
GR04	<p>(...) Sobre o bem-estar fetal (formal) (...) Tem um desejo de saber mais</p>
GR05	<p>(...) Recebe pouca informação formal (...) Procura informação informal</p>
GR06	<p>(...) Recebe pouca informação formal, além de folhetos informativos e sobre o bem-estar fetal</p> <p>(...) Procura informação informal</p>
GR07	<p>(...) Sobre cuidados a ter com a alimentação e descanso (formal)</p> <p>(...) Sobre sofrimento no parto (informal) (...) Não procura informação pois tem medo de saber</p>
GR08	<p>(...) Sobre desenvolvimento de bebé, enjoos, edemas membros Inferiores (informal)</p> <p>(...) Sobre medicação, exames, alimentação (formal)</p> <p>(...) Procura informação informal em leituras</p>
GR09	<p>(...) Sobre cuidados durante a gravidez, uso de cinta, alimentação, não fumar, medicação, exames (formal-médico)</p> <p>(...) Sobre alimentação, repouso, avaliam TA e peso (formal-enfermeiro)</p> <p>(...) Sobre aumento de peso, dificuldade respiratória, sofrimento no parto, dificuldade em dormir após o parto (informal)</p>

GR10	<p>(...) Pouca informação transmitida, sendo mais questionário (formal)</p> <p>(...) Sobre experiências negativas, de dor e sofrimento no parto (informal)</p> <p>(...) Sobre parte afectiva do parto, pouca pessoas (informal)</p>
------	---

MATRIZ – 3

CATEGORIA – Ideia de Preparação para o Parto das grávidas do grupo da área rural

GR01	(...) Não sabe
GR02	(...) Não sabe
GR03	(...) Não sabe
GR04	(...) Não ter medo
GR05	(...) Preparação da mala (...) Ginástica e respiração (...) Preparação mental para a maternidade
GR06	(...) Momento de preocupação (...) Ginástica (...) Preparação da mala
GR07	(...) Preparação da mala (...) Momento para obter coragem e calma (...) Saber cuidar do bebé (informal)
GR08	(...) Preparar para ter e criar um filho (...) Ginástica (...) Preparação da mala
GR09	(...) Ida às consulta durante a gravidez (...) Ter conhecimento das alterações ocorridas durante a gravidez (...) Ginástica e respiração
GR10	(...) Preparação física por exercícios (...) Preparação do marido e família (...) Preparação psicológica

MATRIZ – 4

CATEGORIA – Ideia de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto das grávidas do grupo da área rural

GR01	(...) Não sabe
GR02	(...) Não sabe
GR03	(...) Não sabe
GR04	(...) Não sabe
GR05	(...) Não sabe
GR06	(...) Não sabe
GR07	(...) Não sabe
GR08	(...) Preparação física e psicológica. Nunca ouviu falar no termo
GR09	(...) Preparação psicológica. Nunca ouviu falar no termo.
GR10	(...) Preparação de prevenção das consequências do parto (...) Realização de respiração (...) Conhecimento por leitura em revistas

MATRIZ – 5

CATEGORIA – Vantagens/desvantagens de viver na aldeia de acordo com a opinião das grávidas do grupo da área rural

GRAVIDA	UNIDADES DE ANÁLISE
GR01	(...) Igual (...) Melhor atendimento na aldeia
GR02	(...) Maior divulgação na cidade sobre aspectos da saúde (...) Maior tranquilidade na aldeia (...) Ausência de sentimento de inferioridade na prestação de cuidados de saúde
GR03	(...) Igual, pois os conhecimentos médicos idênticos
GR04	(...) Igual (...) Melhor atendimento na cidade pois tem mais meios tecnológicos
GR05	(...) Melhor na cidade (...) Mais informação, mais facilidades, mais Médicos na cidade (...) Melhor atendimento na aldeia
GR06	(...) Igual
GR07	(...) Igual
GR08	(...) Maior acessibilidade aos cuidados na cidade
GR09	(...) Maior acessibilidade aos cuidados na cidade (...) Existência de preconceitos na aldeia
GR10	(...) Maior acessibilidade aos cuidados na cidade (...) Maior tecnologia de meios na cidade (...) Atendimento mais personalizado na aldeia (...) Sem sentimento de inferioridade

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMOVAY, R. – *Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*. (<http://informel.c3ed.uvsq.fr/abromovai1.htm>), 2000, acedido em 20.04.2001.
- ADAM, E. – *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- AIDA, D. – “Água – o treino mais completo”. *Revista Bebê d’Hoje*. Lisboa. Ano 3, n.º 33 (Jul. 2000), p. 8-11.
- ALMEIDA, I. – “Importância da fisioterapia em obstetrícia”. *Revista Fisioterapia*. Lisboa. Volume 2, n.º 2 (Abr./Jun. 1991), p. 32-39.
- AMIGO, L. – “Preparação para a maternidade – onde? Quando? De que modo?”. *Revista Bebê d’Hoje*. Lisboa. Ano 4, n.º 37 (Nov. 2000), p. 18-19.
- ANKRETT [et al.] – *Enciclopédia de medicina*. 1ª ed. Lisboa: Selecções do Reader’s Digest, 1992.
- AZEVEDO, C. ; AZEVEDO, A. – *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 3ª ed. Porto: Editora C. Azevedo, 1996.
- BARBAUT, J. – *O nascimento através dos tempos e dos povos*. 1ª ed. Lisboa: Terramar, 2000.
- BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 L.da, 1991.
- BARRETT, J. ; PITMAN, T. – *Gravidez e parto: as melhores provas*. 1ª ed. Lisboa: Editora Temas e Debates, 2000.
- BASTO, M. – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. [s.n.], Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.

BIBLIOGRAFIA

- BELO, M. – *Les Soins de santé primaires: du concept a la pratique*. Bruxelles: [s.n.], 1985. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Bruxelas.
- BENNER, P. – *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Califórnia: Addison-Wesley, 1984.
- BENTO, M. – *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress / ansiedade na gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca, 1992.
- BÍBLIA SAGRADA*. Lisboa: Edição da Palavra Viva, 1976.
- BOBAK, I ; LOWDERMILK, D ; JENSEN, M – *Enfermagem na maternidade*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999.
- BOCHEREAU, M. – *Introdução à psicologia para enfermeiros*. Lisboa: Editorial Estampa, 1978.
- BOTELHO, L. [et al.] – *Moderna enciclopédia universal*. 1630ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores, 1987.
- BREEN, D. – *The birth of a first child: towards an understanding of femininity*. London: Tavistock Publications, 1975.
- BURROUGHS, A. – *Uma introdução à enfermagem materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CARAPINHEIRO, G. – *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2ª ed. Lisboa: Edições Afrontamento, 1993.

BIBLIOGRAFIA

- CARPENITO, L. – *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 6ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1995.
- CARVALHO, I. – “Empatia e simpatia a pensar na grávida”. *Revista Mamãs e bebês*. Lisboa. Ano 1, n.º 1 (Mar./Abr. 2000), p. 25-28.
- CARVALHO, M. – *O “Cuidativo” como conceito nuclear na concepção curricular no bacharelato em enfermagem*. Lisboa: [s.n.], 1994. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- CASTILHO, C. – “Preparação e recuperação do parto – centro nasce em Lisboa”. *Revista Mamãs e bebês*. Lisboa. Ano 1, n.º 1 (Mar./Abr. 2000), p. 19-21.
- CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática da Enfermagem*. Versão Alfa, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 1999.
- CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática da Enfermagem*. Versão Beta, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2000.
- COLLIÈRE, M. – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CORDEIRO, J. – *A Saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra, 1987.
- COUTINHO, E. – *Uma perspectiva cultural de cuidar no parto*. Porto: [s.n.], 2000. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- DECRETO-LEI n.º 142/99. Diário da República Iª Série-A. n.º 203 (31-08-1999), p. 5996-6005.
- DOISE, W. – *Social identity: internacional perspectives*. 1ª ed. London: Sage

BIBLIOGRAFIA

- Publications, 1998.
- DURKHEIM, E. – *Sociologia e filosofia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária Editora, 1970.
- ECO, U. – *Kant e o ornitorrinco*. Oeiras: Difel Difusão Editorial, Sociedade Anónima, 1999.
- FENWICK, E. – *O parto: 101 sugestões*. 1ª ed. Loures: Editora Civilização, 1996.
- FERNANDES, O. – *Desenho curricular para uma enfermagem científica*. Porto: [s.n.], 1995. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- FERNANDES, O. – *Fadiga: características definidoras do diagnóstico de enfermagem nos doentes oncológicos internados em cirurgia*. Porto: [s.n.], 1999. Dissertação apresentada em concurso de provas públicas para o Grau de Professor Coordenador à Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- FILIPPE, M. – *Interação EESMO/utente: da concepção ao nascimento*. Porto: [s.n.], 1997. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- FORTIN, M. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 1999.
- GEORGE, J. – *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIL, A. – *Como elaborar projectos de pesquisa*. 3ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, 1996.
- GOMES, M. – *Representações dos enfermeiros sobre as práticas de enfermagem*. Porto: [s.n.], 1995. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.

BIBLIOGRAFIA

- GRANDE, N. – *Cuidados básicos de saúde e a crise da medicina moderna*. Coimbra: 1º Congresso Nacional de Enfermagem, 1982.
- HESBEEN, W. – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.
- HILL, M.; HILL, A. – *Investigação por questionário*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.
- JARDIM, J. - *Informação e representações mentais*. (www.puccamp.Br/~biblio/jardim81.html), 1996, acedido em 20.04.2001.
- JEANSON, C. – *Princípios e prática do parto sem dor*. 2ª ed. Lisboa: Edições Cosmos, 1959.
- KITZINGER, S. – *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.
- LEITÃO, M. – “A dor em obstetrícia”. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. n.º 2 (Fev. 1995), p. 25-28.
- LESSARD-HÉBERT, M. [et al.] – *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
- LOPES, M. – *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- MACFARLANE, A. – *A Psicologia do nascimento*. 1ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E. – *Técnicas de pesquisa*. 4ª ed. S. Paulo: Editora Atlas,

BIBLIOGRAFIA

1999.

MARQUES, C. [et al.] – *Geografia*. 1ª ed. Porto: Areal Editores, 2000.

MARTI, G. – “Aspectos psicológicos del dolor”. *Revista Rol de Enfermería*. Madrid.
Ano X, n.º 104 (Abr. 1987), p. 41-48.

MAUPERRIN, M. – “Ritos e mitos da maternidade”. *Revista Expresso*. (Jul. 1997), p.
20-29.

MAYEROFF, M. – *On caring*. New York: Harper Perennial, 1971.

MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: development & progress*. 2ª ed. San Francisco: J.
B. Lippincott Company, 1991.

MENDES, M. – *Curso de obstetrícia*. 1ª ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1993.

MERGER, R. ; CHADEYRON, P. – *O parto sem dor*. Lisboa: Publicações Europa-
América, 1966.

MONJARDINO, J. – *Por bem – Ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem*.
Lisboa: Edição Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999.

MOREIRA, M. – *Presença do marido no trabalho de parto e a influência no pós-
partum blue*. Extremadura: [s.n.], 1995. Tese de mestrado apresentada à
Universidade da Extremadura.

MOSCOVICI, S. – *Notes towards a description of social representation*. London:
European Journal of Social Psychology, 1988.

MOSCOVICI, S. [et al.] – *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Editora

BIBLIOGRAFIA

- Larousse, 1991.
- OREM, D. – *Nursing: concepts of practice*. 5ª ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- OSSWALD, W. [et al.] – *A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde*. Cadernos de Bioética. Coimbra. Ano 11, n.º 23 (Ago. 2000), p. 41-45.
- PAÚL, C.⁽¹⁾ – “Ansiedades e atitudes perinatais em mulheres que fizeram cesariana ou parto vaginal”. *Revista Psicologia*. Lisboa. Volume VII, n.º 2, 1989, p. 201-203.
- PAÚL, C.⁽²⁾ – “Efeitos da preparação psicoprofiláctica no controlo durante o parto”. *Revista Psicologia*. Lisboa. Volume VII, n.º 3, 1989, p. 313-317.
- PERIGO, G. – *A luta contra a dor: o parto indolor*. Lisboa: União Gráfica, 1961.
- PHANEUF, M. – *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- POLIT, D; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. – *Orientações técnicas: vigilância pré-natal e revisão do puerpério*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, Sociedade Anónima, 1989.
- PORTUGAL⁽¹⁾. Ministério da Saúde. – *Boletim de saúde da grávida*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, Sociedade Anónima, 2001.
- PORTUGAL⁽²⁾. Ministério da Saúde. – *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001.

BIBLIOGRAFIA

- QUEIRÓS, A. ; SILVA, L. ; SANTOS, E. – *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.
- QUINTAS, J. – *Drogados e consumo de drogas: análise das representações sociais*. Porto: [s.n.], 1997. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Grádiva Publicações, 1998.
- REZENDE, J. – *Obstetrícia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. – *Obstetrícia fundamental*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- ROBEIRO, J. – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- RIBEIRO, L. – *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. 1ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995.
- ROCHETA, T. – “Parto sem dor”. *Revista Pais e Filhos*. Lisboa. (Nov. 1992), p. 50-53.
- RODRIGUES, C. ; TEIXEIRA, J. ; GOMES, M. – *Afectividade*. Porto: Edições Contraponto, 1989.
- RODRIGUES, C. [et al.] – *Motivação*. Porto: Edições Contraponto, 1998.
- RODRIGUES, D. – *Ginástica pré e pós-parto*. (www.redefutura.pt/gimneve/parto.htm), acedido em 20.02.2000.
- ROPER, N. [et al.] – *Modelo de enfermería*. 2ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-

BIBLIOGRAFIA

- Hill, 1987.
- ROPER, N. [et al.] – *Modelo de enfermagem*. 3ª ed. Lisboa: McGraw-Hill, 1995.
- SCHIELE, C.; SCHIELE, B. – *Les savoirs dans les pratiques quotidiennes: recherche sur les représentations*. [s.n.], Paris : Editions du Centre Nacional de la Recherche Scientifique, 1984.
- SEGUY, B. – *Manual de enfermagem obstétrica*. Lisboa: Edições Técnicas Lidel, 1984.
- SERRALHEIRO, M. – *Os conceitos organizadores da ciência e sua aplicação aos cuidados de enfermagem*. Porto: [s.n.], 2000. Texto de apoio à disciplina “Análise e Desenvolvimento de Conceito” do VII Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Porto.
- SERRÃO, D. [et al.] – *Recomendações para uma reforma estrutural*. 2ª ed. [s.l.]: Gráficos Reunidos, 1998.
- STANHOPE, M ; LANCASTER, J – *Enfermagem comunitária*. 4ª ed. Lisboa: Editora Lusociência, 1999.
- STERNBACH, R. – *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1980.
- SZASZ, T. – *Dor e prazer: um estudo das sensações corpóreas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- TITIEV, M. – *Introdução à antropologia cultural*. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1991.
- TRIVINOS, A. – *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. S. Paulo: Editora Atlas S.A., 1990.

BIBLIOGRAFIA

- TRIVINOS, A. – *A pesquisa qualitativa em educação*. 4ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, 1995.
- TURNER, J. – *Social influence*. 1ª ed. London: Open University Press, 1991.
- VELADAS, M. – *Ajudar na sala de partos*. [s.n.], Lisboa: Edições Técnicas Lidel, 1997.
- VELHO, C. – “Preparação e recuperação do parto: centro nasce em Lisboa”. *Revista Mamãs e bebés*. Lisboa. Ano 1, n.º 1, (Mar./Abr. 2000), p. 19-21.
- VELLAY, P. – *A vida sexual da mulher: o método psicoprofiláctico do parto sem dor*. 8ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1998.
- VELLAY, P. – *Parto sem dor*. 7ª ed. S. Paulo: Edições Ibrasa, 1993.
- VIEIRA, C. – *Registos e cuidados de enfermagem à grávida*. Porto: [s.n.], 1996. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- WALLACE, K. – *The Bradley method*. (www.libraryjournal.com), 2000, acedido em 28.06.2001.
- WATSON, J. – *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. 2ª ed. New York: National League for Nursing, 1988.
- WIDZINSKI, L. – *Having your baby! A complete Lamaze prepared childbirth class*. (www.libraryjournal.com), 2000, acedido em 28.06.2001.
- WWW.ine.pt, 2001, acedido em 23.10.2001.

BIBLIOGRAFIA

WWW.oms.int, 1986, acedido em 23.10.2001.

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
33	28	...2500 gramas e 25 semanas...	...500 gramas e 22 semanas...