



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Ana Maria Aguiar Frias

FAZER UM SER PELO NASCER!
A INFLUÊNCIA DO MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO
NA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO



**FAZER UM SER PELO
NASCER!**
A INFLUÊNCIA DO MÉTODO
PSICOPROFILÁCTICO NA PREPARAÇÃO
PARA O NASCIMENTO

Ana Maria Aguiar Frias

Orientação: Prof. Doutor Vítor Daniel Ferreira Franco

Tese de Doutoramento em Psicologia

UE
174
666

Évora | 2009

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Fazer um Ser pelo Nascer!

A Influência do Método Psicoprofilático na Preparação para o Nascimento

Ana Maria Aguiar Frias

Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor
em Psicologia

ORIENTADOR: Professor Doutor Vítor Daniel Ferreira Franco

Universidade de Évora



174 666

Évora
2009

174 666
174 666

Agradecimentos

Este é o momento em que se torna possível e necessário reconstruir o percurso realizado e concluir que, de facto, a construção do conhecimento, por várias razões, é colectiva. Nesta caminhada, muitas foram as pessoas que, de diferentes modos, colaboraram:

Começamos por agradecer ao orientador, Professor Doutor Vítor Franco que acompanhou todos os passos deste processo, sempre disponível para atender as várias preocupações, apoiando-nos e colaborando nas reflexões e desafios da pesquisa e análise desde o início, oferecendo os seus comentários e sugestões, que resultaram num trabalho de muito mais clareza e consistência.

Agradeço igualmente à Professora Doutora Felismina Mendes que incentivou à realização do doutoramento e que, com muita paciência e dedicação, ajudou nos primeiros passos e a conseguir, no final, perder em abrangência e ganhar em precisão.

Aos colegas, professores e assistentes da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, em Évora, com quem partilhámos dúvidas. Pela paciência e compreensão em distintas circunstâncias.

Aos alunos da 2.^a e 3.^a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e aos enfermeiros das várias instituições que colaboraram na aplicação dos questionários. Às puérperas que responderam aos questionários permitindo a realização deste trabalho.

Ao amigo Gilberto Cavaco, salientamos a sua preciosa meticulosidade no tratamento dos dados e na utilização informática do programa SPSS.

Às amigas Marta e Fatima, sempre prestáveis, pelo estímulo nos momentos difíceis de atravessar e pela revisão ortográfica da tese.

Ao Sr. Mauro, que não poucas vezes nos salvou das desventuras da informática. Um verdadeiro auxílio das horas difíceis.

Aos "Outros" (Isaura, Matilde, Cidália, Luisa, Paulo...) que ao longo deste percurso, e muitas vezes, nos momentos de desânimo, com muita paciência e dedicação, nos motivaram e incentivaram. E foram a "ajuda certa na hora certa".

E finalmente à família, por nos ter apoiado sempre desde o primeiro minuto e terem compreendido e perdoado, todas as ausências:

À mãe que, sem entender muito bem "para quê tanto estudo", alimentou a casa com os seus cozinhados, doces e doces sorrisos, tolerância e dedicação, sobretudo com o pequeno André.

Ao André que, como a sua energia brilhante, ilumina o dia-a-dia e mostra-nos quando o limite foi ultrapassado: "mãe, está na hora de eu ir dormir, não é melhor desligar o computador?!"

Ao Jorge, meu marido, presença terna e constante que, com enorme responsabilidade, incentivou, acolheu, compreendeu, ofereceu sugestões e encontrou soluções, dando-nos luz nos momentos de maior aflição.

Muito Obrigada

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	29
1. DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO.....	31
1.1. Reprodução e Maternidade.....	31
1.2. A Gravidez como Projecto de Vida	36
1.3. Psicologia do Parto	40
1.4. Anatomofisiologia da Gravidez	42
1.4.1. O Desenvolvimento Intra-uterino	42
1.4.2. Alterações Anatomofisiológicas Maternas Durante a Gravidez	46
1.5. Anatomofisiologia do Trabalho de Parto	55
1.5.1. Tipos de Parto	62
1.5.2. Índice de Apgar do Recém-Nascido	66
1.6. Relação Mãe/Filho	69
1.6.1. Perspectiva Histórica da Relação Mãe/Filho	70
1.6.2. O Processo de Desenvolvimento da Relação Mãe/Filho: Ligação, Vinculação e <i>Bonding</i>	76
1.6.3. Habilidades Sensoriais e Motoras do Feto e Recém-Nascido	83
1.6.4. Factores que Influenciam o <i>Bonding</i>	90
2. DOR E NASCIMENTO.....	93
2.1. Perspectiva Histórica Sobre a Dor	93
2.2. Neurofisiologia da Dor	100
2.2.1. Teorias da Dor	102
2.3. A Experiência da Dor no Trabalho de Parto	109
2.4. Alívio da Dor no Trabalho de Parto.....	115

2.4.1. Métodos Farmacológicos	116
2.4.2. Métodos Não Farmacológicos.....	123
2.4.2.1. O Toque e a Massagem	123
2.4.2.2. Imaginação e Distracção	125
2.4.2.3. Musicoterapia/Aromaterapia	127
2.4.2.4. Hidroterapia	129
2.4.2.5. Posicionamento	131
2.4.2.6. Acupunctura.....	132
2.4.2.7. Hipnoterapia.....	134
2.4.2.8. Relaxamento.....	135
3. PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO	139
3.1. Educação para a Saúde e Preparação para o Nascimento	140
3.2. Legislação sobre Preparação para o Nascimento.....	146
3.3. A Preparação para Nascimento: Percurso e Expectativas	149
3.4. Método Psicoprofiláctico	156
3.4.1. Fundamentos do Método	158
3.4.2. Objectivos do Método	161
3.4.3. Vantagens do Método.....	162
3.5. Concepção Pedagógica na Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento.....	165
3.5.1. Conteúdos Programáticos.....	167
3.5.2. Organização do Curso de Preparação segundo o Método Psicoprofiláctico.....	168
3.5.2.1. Aulas Teóricas	170
3.5.2.2. Aulas Práticas.....	177
 PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO.....	 187
 4. METODOLOGIA.....	 189
4.1. Objectivos do Estudo e Questões da Investigação	189
4.2. Tipo de Estudo	192
4.3. População/Amostra	194
4.4. Variáveis	197
4.5. Instrumentos	198

4.5.1. Descrição da Escala LAS	200
4.5.2. Descrição da Escala CPQ	201
4.5.3. Descrição da Escala PPQ	202
4.5.4. Descrição da Escala da Dor de <i>Hitchcock</i>	203
4.5.5. Descrição da Escala <i>Bonding</i>	205
4.6. Validade e Fidelidade do Instrumento	206
4.7. Procedimentos.....	209
4.8. Considerações Éticas.....	210
4.9. Tratamento dos Dados	211
PARTE III. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	213
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	215
5.1. Apresentação dos Resultados.....	215
5.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica.....	216
5.1.2. Caracterização das Primíparas Relativamente aos Dados Obstétricos.....	226
5.1.3. Dados Relativos à Percepção da Experiência do Trabalho de Parto ..	237
5.1.3.1. <i>Labour Agency Scale</i>	237
5.1.3.2. <i>Childbirth Perception Questionnaire</i>	241
5.1.3.3. <i>Postpartum Perception Questionnaire</i>	245
5.1.4. Caracterização das Primíparas Relativamente ao Controle da Dor	248
5.1.5. Caracterização das Primíparas Relativamente ao Envolvimento Emocional Mãe/Recém-Nascido.....	254
5.1.6. Correlação e Associação das Variáveis	261
5.1.6.1. Escala Visual e Escala LAS	262
5.1.6.2. Escala Visual e <i>Bonding</i>	263
5.1.6.3. Escala LAS e <i>Bonding</i>	264
5.1.6.4. Escala Visual e Tempo de Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto.....	267
5.1.6.5. Escala LAS e Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto.....	267
5.1.6.6. Escala Visual e Tipo de Parto	268
5.1.6.7. Escala LAS e Tipo de Parto	269
5.2. Discussão dos Resultados	269

5.2.1. Caracterização Geral das Primíparas.....	270
5.2.2. Percepção da Experiência do Nascimento e Controlo da Dor.....	285
5.2.3. Envolvimento Emocional Mãe/Bebé.....	291
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	297
6.1. Implicações Práticas e Limitações.....	304
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	309
ANEXO A. Questionário.....	327
ANEXO B. Escalas Internacionais.....	335
ANEXO C. Termo de Consentimento Livre e Informado.....	349
ANEXO D. Autorizações para Aplicação dos Questionários.....	353

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1. Valores do Alpha de Cronbach (α) das Escalas: LAS, CPQ e PPQ .</i>	<i>208</i>
<i>Tabela 2. Distribuição da amostra por Idade, Estado Civil, Habilitação e Profissão</i>	<i>218</i>
<i>Tabela 3. Distribuição da amostra segundo os escalões etários nos grupos CPPN</i>	<i>220</i>
<i>Tabela 4. Teste de Qui-Quadrado das Idades nos grupos CPPN e SPPN.....</i>	<i>221</i>
<i>Tabela 5. Amostra segundo o Estado Civil nos grupos CPPN e SPPN.....</i>	<i>222</i>
<i>Tabela 6. Teste do Qui-Quadrado do Estado Civil nos grupos CPPN e SPPN</i>	<i>222</i>
<i>Tabela 7. Amostra segundo as Habilitações Académicas nos grupos CPPN e SPPN</i>	<i>223</i>
<i>Tabela 8. Amostra segundo as Profissões nos grupos CPPN e SPPN</i>	<i>224</i>
<i>Tabela 9. Distribuição da amostra segundo o Acompanhamento Durante o Trabalho de parto.....</i>	<i>225</i>
<i>Tabela 10. Teste do Qui-Quadrado do Acompanhamento nos grupos CPPN..</i>	<i>225</i>
<i>Tabela 11. Distribuição por Tipo de Acompanhamento nos grupos CPPN e SPPN</i>	<i>226</i>
<i>Tabela 12. Distribuição segundo a Indução ou Espontaneidade do Trabalho de Parto.....</i>	<i>227</i>
<i>Tabela 13. Teste do Qui-Quadrado da Indução do Trabalho de Parto</i>	<i>228</i>
<i>Tabela 14. Distribuição segundo a Fase do Trabalho de Parto quando na admissão no Hospital.....</i>	<i>229</i>
<i>Tabela 15. Teste de Qui-Quadrado da Fase do Trabalho de Parto.....</i>	<i>229</i>
<i>Tabela 16. Estatística descritiva da Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto (horas)</i>	<i>230</i>
<i>Tabela 17. Distribuição segundo a Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto.....</i>	<i>230</i>

<i>Tabela 18. Teste t do Tempo de Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto.....</i>	<i>231</i>
<i>Tabela 19. Distribuição segundo o Tipo de Parto</i>	<i>232</i>
<i>Tabela 20. Teste de Qui-Quadrado do Tipo de Parto nos grupos CPPN e.....</i>	<i>233</i>
<i>Tabela 21. Distribuição segundo o Uso de Analgésicos</i>	<i>234</i>
<i>Tabela 22. Teste do Qui-Quadrado de Pearson no Uso de Analgésicos.....</i>	<i>234</i>
<i>Tabela 23. Índices de Apgar dos recém-nascidos ao 1.º e 5.º minuto</i>	<i>235</i>
<i>Tabela 24. Estatística descritiva do Índice de Apgar nos recém-nascidos.....</i>	<i>236</i>
<i>Tabela 25. Teste t do Índice de Apgar dos Recém-Nascidos ao 1.º minuto</i>	<i>236</i>
<i>Tabela 26. Teste t do Índice de Apgar dos recém-nascidos ao 5.º minuto.</i>	<i>237</i>
<i>Tabela 27. Média das respostas à Escala Labour Agency Scale</i>	<i>239</i>
<i>Tabela 28. Teste t para a diferença das Médias na LAS_Score.</i>	<i>241</i>
<i>Tabela 29. Médias das respostas ao Childbird Perception</i>	<i>242</i>
<i>Tabela 30. Teste t da CPQ_Score.</i>	<i>244</i>
<i>Tabela 31. Teste t da PPQ_Score</i>	<i>247</i>
<i>Tabela 32. Teste t de cada item da Escala PPQ.....</i>	<i>248</i>
<i>Tabela 33. Respostas à Escala Visual da Dor</i>	<i>249</i>
<i>Tabela 34. Estatística descritiva da variável dor nos grupos CPPN e SPPN....</i>	<i>250</i>
<i>Tabela 35. Respostas à Escala Verbal da Dor.....</i>	<i>251</i>
<i>Tabela 36 Teste t da Escala Visual.....</i>	<i>252</i>
<i>Tabela 37. Teste Qui-quadrado da Escala Verbal</i>	<i>253</i>
<i>Tabela 38. Estatística descritiva da Escala Bonding do grupo CPPN e SPPN .</i>	<i>255</i>
<i>Tabela39. Estatística descritiva do “Bonding Positivo”, “Bonding Negativo”, “Bonding Neutro” e “Bonding Total”.....</i>	<i>256</i>
<i>Tabela 40. Respostas aos itens do Bonding.....</i>	<i>258</i>
<i>Tabela 41. Distribuição da amostra segundo o “Bonding Total”, nos grupos CPPN e SPPN.....</i>	<i>260</i>
<i>Tabela 42. Teste t das sub escalas do Bonding nos grupos CPPN e SPPN.</i>	<i>261</i>
<i>Tabela43. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a variável LAS_Score e a Escala Visual Analógica</i>	<i>262</i>
<i>Tabela 44. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a Escala Visual e o Bonding_Total</i>	<i>263</i>
<i>Tabela 45. Coeficiente de correlação de Spearman entre a Escala Visual Analógica.....</i>	<i>264</i>

<i>Tabela 46. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a LAS_Score e o ..</i>	<i>265</i>
<i>Tabela 47. Coeficiente de correlação de Pearson R entre o CPQ_Score e o "Bonding Total".....</i>	<i>266</i>
<i>Tabela 48. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a PPQ_Score e o Bonding_Total.....</i>	<i>266</i>
<i>Tabela 49. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a Escala Visual Analógica e o Tempo de Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto.....</i>	<i>267</i>
<i>Tabela 50. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a LAS_Score e Tempo de Demora da fase Activa do Trabalho de Parto</i>	<i>268</i>
<i>Tabela 51. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a Escala Visual Analógica e o Tipo de Parto</i>	<i>268</i>
<i>Tabela 52. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a LAS_Score e o Tipo de Parto.....</i>	<i>269</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Desenvolvimento fetal desde a concepção.....	43
Figura 2. Vascularização e nutrição do embrião.....	44
Figura 3. Quadro de desenvolvimento fetal.....	45
Figura 4. Alterações na concentração hormonal durante a gravidez.....	54
Figura 5. Factores que influenciam o processo do parto.....	60
Figura 6. Quadro do índice de Apgar.....	67
Figura 7. Representação gráfica da relação mãe/bebé. Anos 70 século XX.....	88
Figura 8. Representação gráfica da relação mãe/bebé. Anos 80 século XX.....	89
Figura 9. Representação gráfica da relação mãe/bebé. Anos 90, século XX.....	89
Figura 10. Diagrama da condução do estímulo doloroso.....	107
Figura 11. Ciclo de Reed que origina a dor.....	151
Figura 12. Forma esquemática dos métodos Read e Lamaze.....	154
Figura 13. Diagrama de reacções do ciclo Medo-Tensão-Dor.....	159
Figura 14. Efeitos do relaxamento no processo do trabalho de parto.....	160
Figura 15. Esquema do Curso de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento.....	185
Figura 16. Níveis de Significância Estatística.....	211
Figura 17. Amostra segundo realizaram ou não Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento.....	219
Figura 18. Gráfico de Barras da distribuição das primíparas segundo o escalão etário nos grupos CPPN e SPPN.....	219
Figura 19. Tipo de Parto nas Primíparas do Grupo CPPN e SPPN.....	232
Figura 20. Média das respostas à Escala Labour Agency Scal.....	238
Figura 21. Médias das respostas ao Childbird Perception Questionnaire.....	243
Figura 22. Médias das respostas ao Pospartum Perception Questionnaire (PPQ).....	246
Figura 23. Distribuição da amostra segundo a Escala Verbal da Dor.....	250

RESUMO

Fazer um Ser pelo Nascer!

A Influência do Método Psicofilático na Preparação para Nascimento

Aprender a cuidar-se na gravidez, a enfrentar a dor do trabalho de parto e a lidar com os desafios do quotidiano inerentes à maternidade, são preocupações do casal mas também dos profissionais de saúde. A ansiedade e o mal-estar associados ao parto devem ser reduzidos, no sentido de minimizar alguns dos seus efeitos adversos: aumento do tempo de trabalho de parto, partos distócicos e um maior uso de analgésicos. A informação proporcionada à grávida acerca das alterações físicas e emocionais, a repercussão na qualidade de vida e o modo de geri-las e encarar a gravidez e o parto de forma serena e confiante são aspectos fundamentais a levar em conta na Preparação para o Nascimento. Importa que grávida/casal aproveite a fase da gravidez, como período de aprendizagem e que se adapte intra e inter pessoalmente à ideia da maternidade/paternidade.

Neste estudo, abordamos a gravidez e o parto sob o ponto de vista fisiológico, psicológico e sociocultural, sendo o objecto do estudo a Preparação Psicofilática para o Nascimento. Esta investigação de natureza quantitativa, de carácter exploratório e descritivo-correlacional, tem como objectivo conhecer a influência do Método Psicofilático na percepção da experiência vivida

durante o trabalho de parto e no envolvimento emocional da mãe ao recém-nascido. Trata-se de um estudo quasi-experimental de carácter comparativo. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário, constituído pelas Escalas *Labour Agency Scale* (LAS), *Childbirth Perception Questionnaire* (CPQ), *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ), *Escala Visual Analógica* e *Escala Verbal da Dor* e, ainda, a *Escala de Bonding*, para além de várias questões sobre a caracterização sócio-demográfica e dados obstétricos.

O questionário foi aplicado entre as 24 e 48 horas pós-parto. Recorreu-se a uma amostra não-probabilística de conveniência, constituída por 385 puérperas primíparas, com idades entre os 20 e os 34 anos, de nacionalidade Portuguesa, cujo nascimento do(a) filho(a) foi por via vaginal, sem analgesia epidural e realizado o parto, nos serviços de obstetria dos hospitais de Abrantes, Barreiro, Beja, Évora e Santarém. Da amostra total, 178 (46%) fizeram o Curso de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento (CPPN) e 207 (54%) não realizaram o referido curso (SPPN). A maioria das participantes são casadas ou encontram-se em união de facto. Quanto aos dados obstétricos verificámos que a maior percentagem de grávidas, que apresentavam já início do trabalho de parto quando foram admitidas na maternidade, tinha realizado Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, e que, conseqüentemente, a maior percentagem de grávidas que tiveram que induzir o parto não o tinham realizado. Todas as parturientes que estavam na fase activa do trabalho de parto quando foram admitidas nas maternidades, pertenciam ao grupo que realizou a preparação.

Para testar as hipóteses formuladas utilizámos testes paramétricos (*teste t de Student*) e o teste não paramétrico de *Qui-quadrado*. Saliámos que as

hipóteses levantadas relativamente à percepção da experiência de parto são aceites: Encontramos diferenças altamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito à Escala LAS à Escala CPQ e à Escala PPQ. Quanto ao controlo da dor, a hipótese de haver diferenças entre os dois grupos também é corroborada. Há diferenças altamente significativas na *Escala Visual e Verbal da Dor* nos grupos que realizaram e não realizaram Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento. O envolvimento emocional da mãe com o bebé, medido através da *Escala Bonding* é mais elevado no grupo que realizou a preparação, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Também as hipóteses colocadas sobre as variáveis obstétricas e neonatais foram testadas. Os resultados obtidos mostram que existem diferenças altamente significativas no uso de analgésico, na demora da fase activa do trabalho de parto, no tipo de parto, e no índice de Apgar, do recém-nascido, ao 1.º minuto entre os grupos que realizaram e não realizaram Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, mas não há diferenças significativas no índice de Apgar ao 5.º minuto.

Procurando as relações existentes entre a dor sentida durante o trabalho de parto e a percepção da experiência do nascimento, verifica-se que quanto maior é a dor, mais negativa é a percepção da experiência do nascimento. A percepção do controlo da experiência do nascimento é mais positiva quanto menor for a demora do trabalho de parto. Quanto mais negativa é a percepção do controlo da experiência do nascimento menor é a qualidade do envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido.

Relativamente à associação entre a intensidade da dor e o envolvimento emocional, verifica-se que não há associação entre as variáveis, no entanto

existe uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre a dor sentida e o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto, assim como existe associação altamente significativa entre a intensidade da dor sentida e o tipo de parto.

A realização deste estudo aponta a existência de várias vantagens/benefícios da Preparação para o Nascimento, pelo método Psicoprofiláctico: percepção mais positiva da experiência do nascimento; maior controlo da dor durante o trabalho de parto; maior envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido; menor uso de analgésico, menor tempo de demora da fase activa do trabalho de parto, mais partos eutócicos e melhores índices de Apgar dos recém-nascidos.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para: 1) A promoção de novos conhecimentos para a sociedade e para os profissionais de saúde; 2) Que os profissionais da saúde e da educação e os dirigentes das instituições reflectam sobre a necessidade dos Cursos de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento e possibilitar o acesso a pessoas de meios mais desfavorecidos ou de condição socioeconómica mais baixa.

Palavras-chave: Preparação psicoprofiláctica para o nascimento; percepção da experiência do nascimento; controlo da dor; *Bonding*.

ABSTRACT

To Make a Being by Giving Birth!

The influence of the Psychoprophylactic Method on the Preparation for Birth

Learning to take care of themselves during pregnancy, to face the pain of labour and to deal with everyday challenges relating to maternity, are concerns for both the parents and health professionals. Anxiety and discomfort associated with delivery should be reduced, as to mitigate some of its adverse effects: longer time for completing labour, dystocia and increased use of analgesics. The information made available to pregnant women about physical and emotional changes, the impact on quality of life and a way to manage them and facing pregnancy and childbirth in a peaceful and confident fashion are crucial aspects in the process of Preparation for Birth. The pregnant woman / couple should indeed seize that time, which is quite unique, as a learning period and to organize themselves both personally and interpersonally for the idea of motherhood / fatherhood.

In this study, we engage pregnancy and childbirth from physiological, psychological and socio-cultural points of view, the subject of the study being Psychoprophylactic Preparation for Birth. This research of quantitative nature and of exploratory and descriptive-correlational qualities, aims to determine the

influence of the Psychoprophylactic Method on the perception of experiencing labour and on the emotional link between mother and newborn. It is a quasi experimental study of comparative character. For data collection we used a questionnaire consisting of the *Labour Agency Scale* (LAS), the *Childbirth Perception Questionnaire* (CPQ), the *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ), the *Visual Analogue Scale* (VAS), the *Verbal Pain Scale* (VPS) and the *Bonding Scale* (BS), in addition to several questions concerning socio-demographic and obstetric data.

The questionnaire was applied inside the 24-48 hours postpartum period. A non-probability convenience sample was used, consisting of 385 primiparous parturients, aged 20 to 34 years-old, of Portuguese nationality, whose childbirth was vaginal without resorting to epidural analgesia, and delivered by the obstetric department of hospitals located in Abrantes, Barreiro, Beja, Évora and Santarém. Out of the complete sample, 178 (46%) attended the Psychoprophylactic Preparation for Birth Course (PPBC) and 207 (54%) did not. Most participants are married or part of an unmarried couple. As to the obstetric data, we verified that the majority of women who'd already started labour before checking-in to the maternity had indeed used Psychoprophylactic Preparation for Birth, and therefore, that the majority of pregnant women whose birth was induced, hadn't. Every pregnant women who were already in the active phase of labour when admitted to the maternities belonged to the group which used preparation.

In order to examine these devised hypotheses we used parametric tests (Student's t-Test) and the nonparametric chi-square test. We stress out that the hypotheses concerning the perception of the childbirth experience are accepted: We found highly significant differences between the two groups, regarding the

LAS, the CPQ and the PPQ. Concerning pain management, the hypothesis of finding differences between the two groups is also supported. There are highly significant differences in the VAS and the VPS of the groups that did and did not perform Psychoprophylactic Preparation for Birth. The emotional involvement between mother and baby, as measured by the BS, is higher in the group that carried out preparation, although these differences are not statistically significant. The hypotheses regarding the obstetric variables were also tested. The results show highly significant differences in analgesic usage, delay of the active phase of labour, type of delivery, and Apgar score of the newborn at the 1st minute, between the groups that did and did not perform Psychoprophylactic Preparation for Birth, but no significant differences on the Apgar score at the 5th minute.

Checking the existing relationship between experienced pain during labour and the perception of the birth experience, it shows that the stronger the pain, the more negative the perception of the experience. The perception of controlling the birth experience is more positive the quicker labour is performed. The more negative the perception of controlling the birth experience, the less quality of emotional involvement between mother and newborn.

Regarding the association between pain intensity and emotional involvement, it shows that there is no connection between these variables, however there is a positive and statistically significant relationship between experienced pain and the delay of the active phase of labour to start, as there is highly significant association between intensity of the experienced pain and the type of delivery.

This study points to the existence of several advantages / benefits in Preparing for Birth using the Psychoprophylactic Method: a more positive perception of the birth experience; greater control of pain during labour; greater emotional

involvement between mother and newborn; lower usage of analgesics, shorter active phase of labour, greater number of Eutocia deliveries and better Apgar scores for newborns.

The results from this study will contribute to: 1) promote new knowledge for society and health professionals; 2) encourage health and education professionals, and institutional leaders, to reflect on the need for Psychoprophylactic Preparation for Birth Courses and to make them available to people from poorer backgrounds or of lower socioeconomic status.

Keywords: Psychoprophylactic Preparation for Birth; perception of the birth experience; pain management; bonding.

INTRODUÇÃO

A decisão/desejo de ter um filho é o começo do processo de maternidade. O desejo de ser mãe/pai é uma construção complexa que se inicia na infância e permanece, em parte, no inconsciente da futura mãe ou pai. A gravidez reflecte toda a vida anterior ao momento da concepção: as experiências anteriores com as figuras parentais, as vivências e capacidade de adaptação dentro deste triângulo familiar com maior ou menor sucesso e, por último, a separação dos pais. Muitas das fantasias da sexualidade infantil, anteriores ao desejo de maternidade, são reactualizadas no período da gravidez. O parto é sempre um momento muito delicado, um desafio, tornar-se mãe/pai implica uma mudança enorme. Ser progenitor é mais do que um vínculo entre duas gerações, é o resultado de atitudes psicossociais e culturais (Brazelton & Cramer, 2000).

A maternidade é, em simultâneo, uma transformação biológica, psicológica e social. Desenvolve na mulher sentimentos, comportamentos e significados que existem na essência da natureza feminina, lactentes desde o nascimento e relembrados pelo nascimento de um filho. De acordo com Cordeiro (1988), Mascoli (1990) e Mendes (2002), tentar entender a gravidez do ponto de vista psicológico, implica o reconhecimento de que este momento crucial do ciclo da vida é vivido como um período de crise, essencial no sentido do crescimento e da integração maturativa da mulher. Contudo, esperar um filho, especialmente o

primeiro filho, é geralmente um dos acontecimentos mais importantes da vida da mulher e representa, certamente, um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade. Significa um enorme esforço físico e psicológico.

O período da gravidez, principalmente o último trimestre quando o parto se aproxima, é vivido com mais ansiedade e com sentimentos de incerteza e ambivalência. MacFarlane (1992) diz que as mulheres que ao longo da gravidez demonstraram uma atitude negativa em relação a esta, ou aquelas que demonstraram ter grande contacto com mulheres que tinham tido complicações durante a gravidez, são as que evidenciam mais complicações durante o nascimento das suas crianças. Esta demonstração denota a importância da educação da grávida relativamente à gravidez, informando e sensibilizando a mulher e a família, pois durante a gestação surgem muitas dúvidas e premissas que devem ser resolvidas, orientadas e até reelaboradas com a própria grávida. O papel de educador é de crucial importância no acompanhamento das grávidas e seus companheiros e consiste em ouvir, compreender e reflectir com eles sobre as suas dúvidas, sem tentar impor os próprios valores socioculturais.

Na educação para a saúde, antes do parto, o Método Psicoprofiláctico, numa abordagem psicopedagógica e física, aborda várias temáticas, indo de encontro aos interesses/dúvidas das grávidas proporcionando o adquirir de competências que lhes permitam viver o trabalho de parto e o parto de forma consciente e esclarecida e permite-lhes, também, diminuir a ansiedade e o desconforto, assim como aprender a cuidar do seu filho. Utilizado na Rússia desde os anos 20 do século XX, surge em Inglaterra em 1933 com o médico obstetra Grantly Dick-Read, o qual expôs pela primeira vez as suas ideias sobre a origem da dor no parto e sobre o parto "natural". O Método Psicoprofiláctico de

Preparação para o Nascimento, surgiu em França (Paris) em 1952 e em Portugal nos anos 60. Nessa altura apenas acessível a uma minoria, surge actualmente com maior expressão mas propagando-se muito lentamente, pois ainda é encarado por muitos profissionais e pela população em geral sem grande importância ou benefícios para a grávida ou para a mãe e bebé.

Vários estudos (Figueiredo, 2001; Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002; Mendes 2002) demonstraram que a maternidade implica a resolução de diferentes tarefas desenvolvimentais que acontecem ao longo da gravidez. O Método Psicoprofiláctico de Preparação para o Nascimento, surge como facilitador da resolução de algumas dessas tarefas.

Tem-se verificado uma crescente preocupação e interesse por parte dos investigadores e profissionais de saúde, em compreender, em todas as suas dimensões de modo a abreviar, diminuir ou eliminar a dor no trabalho de parto. À semelhança de outras situações dolorosas, estudar a dor no trabalho de parto é um exercício complexo, uma vez que se insere num contexto pessoal e numa dimensão bio-psico-social. A dor é percebida como uma sensação dolorosa e a reacção difere tanto na mesma pessoa como entre pessoas distintas (Phipps, Long & Woods, 1990). O controlo da dor influencia a percepção da experiência do nascimento (Hodnett & Simmons-Tropea, 1987).

Vários investigadores têm vindo a sugerir que a percepção positiva da experiência do nascimento influencia o bem-estar psicológico da mulher e ainda a interacção com o bebé (Figueiredo, 2001; Frias & Franco, 2008a; Robson & Kumar, 1980). Daí ser de grande importância delinear intervenções preventivas, a serem realizadas por profissionais de saúde, com o intuito de preparar a



mulher e de providenciar circunstâncias que sejam mais positivas para esta e para a díade a estabelecer.

O contacto diário com as grávidas, parturientes e puérperas e o interesse pela problemática da dor e do medo que as parturientes em trabalho de parto apresentam, suscitou a necessidade de trabalhar estes temas, produzindo conhecimento que possa, de alguma forma, ajudar a entender a dor do trabalho de parto e proporcionar cuidados de excelência de modo a diminuí-la ou a tolerá-la. Neste estudo, além da vivência do parto e da relação mãe/recém-nascido, o papel de outros factores foi igualmente analisado, como: a duração da fase activa do trabalho de parto, o uso de analgésicos, o tipo de parto e o índice de Apgar do recém-nascido.

Para se atingir a excelência nos cuidados, há que pesquisar e investigar para se poder aplicar. Neste contexto, será adequado procurar mostrar, com este estudo: a Preparação Psicofiláctica, permite que a mulher deixe de se submeter passivamente ao parto, obtendo uma maior satisfação durante todo o processo de nascimento e controlo da dor, levando também a um estabelecimento precoce da ligação afectiva e maior envolvimento ao recém-nascido, trazendo, assim, benefícios para a mãe e filho.

Traçou-se assim, como objectivo geral:

Compreender a influência do Método Psicofiláctico na percepção da experiência vivida durante o trabalho de parto e parto e na vinculação ao filho.

Para isso iremos:

- Relacionar a Preparação Psicofiláctica com a percepção geral do nascimento;
- Analisar a relação existente entre a Preparação Psicofiláctica e:

- O controlo da dor (sentida) durante o trabalho de parto.
- O tempo de demora da fase activa do trabalho de parto.
- O tipo de parto.
- O índice de Apgar do recém-nascido.
- Os comportamentos de interacção mãe/recém-nascido.

De acordo com os objectivos definidos, estruturou-se este trabalho em quatro partes distintas. Na primeira parte, o enquadramento teórico, onde se faz a revisão da literatura, que guiou o estudo, Assim sendo, o referencial teórico subdivide-se em três capítulos, dando particular destaque: à maternidade, ao processo de gravidez e parto, à dor, à Preparação para o Nascimento e à interacção mãe/filho. Esta primeira parte procura evidenciar as ideias pioneiras dos autores relacionadas com a temática em estudo. A segunda parte descreve a trajectória metodológica utilizada. Nela constam o objecto, tipo, local e os sujeitos do estudo, o instrumento de recolha de dados, aspectos éticos da pesquisa e as fases do estudo. Na terceira parte apresenta-se a análise quantitativa dos dados, realizada a partir do SPSS 16. Na apresentação e discussão dos resultados, procurámos comparar os resultados do nosso estudo com a opinião de autores que desenvolveram estudos direccionados para o mesmo tema.

Seguindo-se as sínteses que emergiram no decorrer do estudo, as limitações e as possíveis contribuições que a pesquisa traz. Por fim, apresentamos as referências bibliográficas utilizadas na pesquisa e as leituras complementares. O trabalho será ainda complementado com anexos que possam facilitar a compreensão/exposição dos assuntos. Incluiu-se em anexo documentação que vai ao encontro, tanto dos aspectos éticos como

burocráticos, que viabilizaram a autorização das instituições hospitalares para a colheita de dados processada.

Parte II.

*Inquadramento
Conceptual*

1. DA CONCEPÇÃO AO NASCIMENTO

1.1. Reprodução e Maternidade

A compreensão dos processos da reprodução humana é bem tardia na história do conhecimento humano. Existem vários documentos de sociedades antigas que se referem ao comportamento sexual e ao nascimento de bebés. Pese embora o seu estudo detalhado, assim como o de tribos primitivas, constata-se que não existia uma compreensão clara entre as relações sexuais e o nascimento de um novo ser, até porque a causa-efeito não era notada de imediato.

O pensamento aristotélico foi um dos mais influentes em todo o mundo ocidental. No século IV a.C., os gregos reconheciam que as relações sexuais eram directamente responsáveis pela gravidez. O assunto, porém, nunca havia sido seriamente estudado. A obra de A. C. Kinsey e da sua equipa, de 1949, com o título, *O Comportamento Sexual do Homem*, é uma das pioneiras nesta área, com sucesso entre o público, com informação detalhada sobre as alterações fisiológicas que acompanham o acto sexual no ser humano. Foi preciso esperar pelos famosos trabalhos de William Howel Masters e Virginia Eshelman Johnson, de 1966, com a *Resposta Sexual Humana*, para se

compreender mais claramente a fisiologia do homem e da mulher durante as relações sexuais.

Uma das informações mais valiosas do património genético dos seres vivos é a sua fantástica capacidade e o seu impulso natural para dar continuidade à sua espécie, mediante processos de reprodução. Sem esta dualidade as espécies correriam o risco sério de verem o seu número de indivíduos drasticamente reduzido ou de, inclusivamente, se extinguirem. Em certo sentido, como referem Jones e Gaudin (1983), a reprodução é um jogo – “uma competição disputada segundo as regras da genética e do ambiente que requer ao organismo ‘vencer pela astúcia’ os predadores e o meio físico para ganhar” (p. 445).

No ser humano, essa capacidade e impulso não estão completamente distantes das demais espécies; porém, apesar de algumas diferenças próprias do genoma, um outro factor foi decisivo na forma como o *Homo Sapiens* assegura a sua continuidade: a Educação. A Educação, enquanto acção e encontro entre a geração mais velha e as mais novas, desde os primeiros momentos intencional, conduz a um padrão de consciência colectiva que congrega os indivíduos como pertencentes a uma comunidade, desde que adoptados determinados comportamentos socialmente aceites. Esse fenómeno, não diminuindo aquilo que caracteriza o genótipo da espécie humana é, sem dúvida, um dos mais marcantes em todo o desenvolvimento da humanidade. Em consequência, as noções de família, de descendência, de cônjuge e de lar, entre outras, não podem estar dissociadas daquilo que são as sociedades e do que marca a forma como se faz a aculturação daqueles que a elas pertencem.

Pese embora as diferenças sociais, a decisão de ter um filho é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes. Os filhos foram sempre encarados como possibilidade de continuidade de uma família (e de aprofundamento da relação homem-mulher) e de transmissão de heranças diversas: genéticas, de costumes, valores e significados, de bens materiais e de apelidos de família. Transportam consigo um desejo de imortalidade, pela passagem dos genes e do pensamento, entre outros, a quem fica depois da morte do progenitor, que tem a particularidade essencial de “ser do mesmo sangue”. Os filhos significam continuidade, projecção e reparação pessoal no futuro (Brazelton, 1992; Canavarro, 2001).

A maternidade marca o ciclo de vida da família, conduzindo a uma reestruturação psicoafectiva, permitindo que dois adultos se tornem pais e possam responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), criando laços de aliança e de filiação. Na sociedade actual, a maternidade assume um papel de significativa importância. É encarada pelos casais como um grande desafio. Um período de mudança, de muitas dúvidas e receios, que solicita a intervenção de profissionais de saúde, de modo a que todo o processo seja vivenciado de forma plena, holística e saudável. Para as mulheres, o processo de nascimento faz parte integrante das suas vidas. A maternidade surge, a miúdo, como a realização do próprio papel social de mulher, como se o reconhecimento de que se é mulher fosse apenas possível quando se é mãe, num gesto de “quando traz frutos à sociedade em que está inserida”, assegurando-lhe a continuidade nos tempos futuros.

Este estatuto social da mulher, na sociedade portuguesa, pode ser demarcado em três importantes períodos, a saber (Sousa, 2005):

1) Anterior à Revolução de Abril de 1974:

Neste período, é atribuída à mulher portuguesa uma vocação específica, destinada ao lar (trabalhos domésticos) e à família (cuidar dos filhos).

2) Após o 25 Abril de 1974:

As mulheres posicionaram-se, após a Revolução de Abril, de uma forma frontal, assumindo posições relevantes na vida social e política do país. Esta é uma época de grandes mudanças na vida das mulheres: assistiu-se à legalização do divórcio; à generalização dos métodos contraceptivos; à abertura de várias carreiras profissionais a ambos os sexos; e ao crescimento dos serviços sociais e ao desenvolvimento da educação.

3) Século XXI:

Apesar dos avanços significativos do período anterior, assistimos a contradições no que respeita aos direitos e deveres das mulheres. Por um lado, a mulher é vista como emancipada, trabalhadora e pessoa de sucesso, quer a nível social quer a nível político, por outro lado, valoriza-se o seu papel como cuidadora dos filhos, do marido e dos idosos (pais e sogros). Ou seja, a tendência social actual, ainda que acentue as igualdades entre sexos e os direitos alcançados, parece recuperar a dimensão biológica da mulher, restituindo-a à sua condição de doméstica e de mãe. (Almeida, Vilar, André & Lalanda, 2004).

O entendimento de Simone de Beauvoir (1999, citada por Joaquim, 2006) inclina-se, por isso, para que seja “pela maternidade que a mulher realiza integralmente o seu destino biológico: e é essa a sua vocação natural, já que todo o seu organismo está orientado para a perpetuação da espécie” (p. 97). Neste contexto, Baptista (2007) refere que a sociedade fez-nos crer que a

função de procriar está inerente à condição de mulher. A pressão social exercida sobre a mulher não é apenas que esta seja mãe, mas também que seja “boa mãe”. Ressalvamos o que referem Almeida, et al. (2004) quando sublinham que “as representações e os ideais sobre a maternidade são dimensões cruciais que se jogam na construção das práticas e nos percursos reprodutivos femininos” (p. 180).

Elisabeth Badinter (1985), que se dedicou a estudar a maternidade entre os séculos XVII e XX, concluiu, dizendo, que o instinto maternal é um mito. Os comportamentos universais não existem; figuram, ao invés, vários e diferentes sentimentos de mulher para mulher dependendo da cultura, interesses e decepções. Acrescenta, ainda, que “o amor materno é apenas um sentimento (...) o amor materno não é inerente às mulheres. É adicional” (p. 367).

Charles-Arnold Van Gennep (1960) defende que o ritual da gravidez é uma antecipação do ritual do parto, etapa de um longo processo de passagem que vai demarcar a nova identidade de mãe (Rodolpho, 2004). Ao longo de todo o processo de gravidez encontra-se sempre presente a construção da maternidade, que não se dá de forma natural ou espontânea, uma vez que a sociedade onde vive a grávida trata de lhe dar significado. Seguindo esta linha de pensamento, Martínez (2001) sustenta que o que se passa no ritual de passagem do parto é uma síntese dos valores que pesarão sobre a mulher durante o exercício de sua maternidade, pois o parto é uma experiência de transcendência, de separação e de encontros. É um evento complexo multifacetado, místico e holístico; um ritual de passagem e um processo de renovação/inação do ser humano. Monteiro (2005) acrescenta, ainda, que “a maternidade é também uma experiência ‘brutal’ na vida das mulheres, que

acarreta transformações drásticas no seu estilo de vida” (p. 201). Em síntese, podemos afirmar que a maternidade ultrapassa a própria gravidez, tornando-se num processo do estado e qualidade de ser mãe, a longo prazo, sujeito a constantes alterações e tarefas de adaptação, para o desenvolvimento saudável e harmonioso da criança (Leal, 1990; Canavarro, 2001).

1.2. A Gravidez como Projecto de Vida

A decisão de “ter um filho” é um processo complexo. Geralmente acontece num casal que se sente seguro e confiante na relação que estabelece entre si e que tem como objectivo criar algo de ambos, representativo do seu amor. Gerar um filho requer uma preparação a nível físico, psicológico e até social. A sociedade actual transmite a ideia da existência de “pais ideais” num tempo próprio de maturidade. Gera, por isso, a ideia de se adiar a decisão da maternidade para mais tarde, de forma a virem a estar melhor preparados. A capacidade de controlar a fertilidade através da contracepção trouxe, neste domínio, uma maior liberdade e possibilidade para se adiar essa decisão e, por outro lado, é também responsável por gravidezes planeadas e bebés mais saudáveis.

Almeida *et al.* (2004), no seu trabalho sobre fecundidade e contracepção, salientam que “o facto de se ser mãe constitui um dom, um privilégio exclusivo, uma experiência única, um instrumento de aquisição de estatuto, poder e visibilidade social (...); ser mãe confere uma outra dimensão e significado à vida” (p. 183). Acrescentam que “ser mãe” modifica a mulher, aumentando a sua responsabilidade e tornando-a mais madura. “Fá-la crescer e descobrir novas

dimensões dentro de si, sendo uma experiência física e humana de uma grandeza impar” (p. 188). Numa esfera mais associada à natureza humana, Monteiro (2005) acentua que “a maternidade representa a realização da própria essência feminina, sendo vista, essencialmente, como um dado biológico e instintivo da mulher que possui todo um repertório de competências inatas para ser mãe e que, dessa forma, realiza o seu destino biológico e de espécie” (p.23).

A gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas antes um processo dinâmico de crescimento continuado, de mudança, enriquecimento e desafio (Colman & Colman, 1994) na vida de um casal, e de cada um. Este importante período, rico em transformações e simbolismos, apresenta grande susceptibilidade, implicando o domínio de algumas tarefas de desenvolvimento, entre elas, a aceitação da própria gravidez e a consequente identificação com o papel de mãe. Pode dizer-se que a gravidez é um período de preparação para os novos papéis. É o momento onde ocorre elaboração de fantasias e sentimentos, a revisão da própria infância e dos papéis parentais e o aparecimento das preocupações decorrentes desta transição (Brazelton, 1988; Levy-Shiff & Israelashvili, 1988). É por isso que alguns autores (Colman & Colman, 1994; Justo, 1990) consideram a gravidez como uma “crise” de desenvolvimento e de maturidade. A gravidez é, em simultâneo, um período de crise psicológica, ainda que geralmente transitório (Cunningham, Gant, Leveno, Gilstrap, Hauth & Wenstrom, 2002). Canavarro (2001) considerou que “quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente (...) permite a preparação para ser mãe. Estes nove meses de ensaios, ligações, ansiedade, fantasia e reflexões permitem que o projecto de maternidade se continue a construir e consolidar de forma progressiva” (p. 19).

Os autores (Brazelton & Cramer, 1989; Gomes Pedro, 1985) inclinam-se para sustentar que o sentimento de ser mãe começa quando ainda se é bebé. Kitzinger (1995) defende que o desenvolvimento de uma mulher como mãe capaz de criar um filho de um modo satisfatório, tanto para a criança como para si mesma, geralmente começa durante a sua própria infância, não sendo algo que se aprende, mas que faz parte do processo de desenvolvimento. Por outro lado, Brazelton & Cramer (1989) afirmam que na criança do sexo feminino, ao ser cuidada, “as suas fantasias tendem a orientar-se no sentido de que virá a transformar-se em alguém que cuida e não em alguém que recebe cuidados” (p. 24). Reforçam esta ideia, afirmando que a criança, ao imitar, aprende a ser e a comportar-se como mãe. Também na adolescência, e com as expectativas que edificou no meio familiar e social, a jovem desenvolve e articula as representações do papel materno. Não se trata de um comportamento intuitivo mas antes adquirido, cujo objectivo é responder aos desafios com que a mulher se confronta ao ser mãe.

A peculiaridade de cada gravidez tem que ser respeitada e está intimamente associada à mudança no papel do casal. Quer a maternidade e a paternidade aconteçam pela primeira vez, quer mesmo quando repetidamente, elas são vividas e sentidas sempre de forma diferente. O mesmo acontece com os papéis dos irmãos, avós, tios e outras pessoas da convivência da mulher (Lowdermilk & Perry, 2008).

A adaptação psicológica que surge na mulher grávida é diferente ao longo do tempo de gestação. Colman e Colman (1994) conceptualizam este período numa sequência de três grandes fases, correspondendo as características de cada uma delas às reacções da mãe ao desenvolvimento da gravidez e do feto:

a) Integração – 1.º trimestre; b) Diferenciação – 2.º trimestre; e c) Separação – 3.º trimestre.

Na primeira fase, a mulher percebendo, consciente ou inconscientemente, o seu novo “estado”, inicia a relação mãe/filho. Muda alguns dos hábitos de vida e começa a preparar-se pessoalmente e no meio familiar para a chegada do novo membro da família. Mascoli (1990) considera que nesta fase há uma tendência para a mãe aumentar o investimento narcísico por si e pela unidade mãe/filho. A identificação regressiva leva à necessidade sentida de aumentar o número de horas de sono, à adopção de determinados hábitos alimentares e também à redução de frequência do relacionamento sexual (Brazelton & Cramer, 1989). É no final deste período que se instala a ambivalência afectiva (Burroughs, 1995; Justo, 1990) a vivência e reactivação de sentimentos opostos, anteriormente experimentados (querer e não querer aquele filho, amor e raiva, satisfação e frustração), ultrapassados ou não, dependendo de mulher para mulher e do seu equilíbrio psicológico.

O segundo trimestre é um período especialmente rico de experiências emocionais. É marcado pela percepção dos primeiros movimentos fetais, que constituem um elemento fundamental para a diferenciação psicológica mãe/feto (Colman & Colman, 1994; Gomes Pedro, 1985) e para a construção do sentimento na mãe do “bem-estar” e do “mal-estar” do feto, permitindo-lhe imaginar vários aspectos do seu futuro bebé: calmo/irrequieto, comilão, dorminhoco e outros (Cordeiro, 1987; Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

De acordo com Brazelton (1988) e Colman e Colman (1994), no último trimestre a mulher grávida começa a antecipar a separação que ocorre no parto, cada vez mais próxima e inevitável. A ansiedade ligada às grandes alterações

que ocorrem nesta fase e ainda os receios da dor e da morte, referida por Pacheco *et al.* (2005) como “ansiedade resultante da antecipação do parto”, conduz à existência, neste período, de sentimentos negativos, justificados através do mal-estar físico e das fantasias de dor e sofrimento que poderão ter lugar durante o parto.

A gravidez é uma situação crítica. Proporciona alterações sociais (necessidade de conciliar as exigências profissionais com as de esposa e de mãe), fisiológicas e emocionais que justificam a presença de alguma ansiedade, própria da adaptação que a grávida procura realizar (Salmela-Aro, Nurmi, Saisto & Halmesmäki, 2001). Os níveis de ansiedade aumentam progressivamente ao longo da gravidez, atingindo o seu máximo na altura do parto (Brazelton & Cramer, 1989; Colman & Colman, 1994; Maldonado, 1997). Quando o grau de ansiedade é elevado, pode haver a possibilidade de ocorrerem complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério (Colman & Colman, 1994), embora um determinado nível de ansiedade seja necessário.

1.3. Psicologia do Parto

Nos dias que antecedem o parto, a grávida relata receio das complicações que possam eventualmente surgir (quer sejam para a mãe, quer sejam para o recém-nascido), tais como: parto instrumental, com recurso a *fórceps*; cesariana; dor intensa; morte da mãe; morte do filho (Soifer, 1986). O parto origina sentimentos ambivalentes. Por um lado, pretende-se ver o filho e saber que tudo correu bem; por outro, é percebido como um risco e vivido com sentimentos negativos. Rodeia (1995) acrescenta que “a experiência de dar a luz está

carregada de emoções fortes, mais ou menos contraditórias, mais ou menos controladas, mas sempre únicas” (p. 21). No estudo desenvolvido por Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, (2003), salienta-se o elevado mal-estar e as muitas emoções negativas sentidas pela mulher durante o trabalho de parto e parto. Couto (2003) sublinha que há nesse momento um despertar de todas as vivências anteriores da gravidez, expectativas, ansiedades, medos e apreensões.

Se o período do trabalho de parto é inicialmente tranquilo, podendo a parturiente falar de suas expectativas de forma alegre e descontraída, o aumento das contracções representa mudanças mais drásticas para a mulher. Com o aumento das dores sentidas, sinais de que o momento do parto está a aproximar-se, a ansiedade e os medos aumentam. Espera-se, contudo, que após o parto a mulher se sinta feliz com o nascimento do seu bebé.

A experiência da gravidez e do parto traz várias transformações na vida da mulher, não só na maneira de ser e pensar, da própria identidade, como em termos relacionais. McMahon (1995, citado por Monteiro, 2005) considera que “ser mãe contribui para a integração narrativa biográfica, dando sentido à própria existência, permitindo a maturidade e o alcance de uma identidade sólida e consolidada” (p. 197). Acerca da decisão das mulheres em serem mães, Rosa Monteiro (2005) afirma que estas revelam alguma dificuldade em apresentar razões pelas quais decidem assumir a maternidade. Segundo a autora, na “origem desta dificuldade está certamente a ideia de que a maternidade não é uma coisa que precise de razões específicas, para além do desejo de ser mãe “trata-se, portanto, não de uma escolha ou opção racional, mas sim de uma questão de vocação e desejo íntimo da mulher” (p. 96). Para a mulher que aceita

a maternidade como projecto de vida, a maternidade é, contudo, “dado adquirido” da condição de ser mulher. Podemos afirmar, com base na revisão da literatura da especialidade, que este projecto está sempre envolto em sensações positivas e/ou contraditórias; contudo, nunca é isento de sentimentos, sendo que na maioria dos casos se revestem de partilha, entrega e amor.

1.4. Anatomofisiologia da Gravidez

A gravidez corresponde, fisiologicamente, ao período que decorre entre a concepção e o nascimento do feto. Não existe coincidência entre a contagem de semanas de desenvolvimento do feto e as da gravidez, havendo um desfasamento de cerca de 14 dias. A contagem de tempo de gravidez inicia-se a partir do primeiro dia da última menstruação. Tem a duração de aproximadamente 280 dias, 10 meses lunares (nove de calendário) ou, mais correctamente, 40 semanas. O início da contagem de tempo da fecundação ocorre cerca de duas semanas depois.

1.4.1. O Desenvolvimento Intra-uterino

O desenvolvimento intra-uterino divide-se em três estádios:

- 1) Ovo - Aquando da ovulação, o epitélio ovárico rompe-se, permitindo a rotura do folículo e a saída do ovócito de primeira ordem. Neste momento ocorre a meiose, formando-se um ovócito de segunda ordem (ovócito II) com 22 cromossomas somáticos e 1 cromossoma sexual, sendo captado pela trompa uterina, cujo pavilhão se adaptou ao ovário. Dá-se, de

seguida, a segunda mitose, homeotípica, originando um óvulo maduro, fecundável e um segundo glóbulo polar, inativo. A fertilização ocorre, em geral, quando o óvulo encontra um espermatozóide, dentro das primeiras 24 horas após a postura que, penetrando no seu interior, gera um conjunto de alterações na membrana, impedindo a entrada de outros espermatozóides. A presença do pró-núcleo masculino no interior do óvulo induz a segunda divisão meiótica deste, libertando-se o segundo corpo polar e formando o pró-núcleo feminino. Os pró-núcleos masculino e feminino aproximam-se e unem-se (singamia), formando um ovo, com 46 cromossomas. Após 30 horas da entrada do espermatozóide no óvulo começa a primeira clivagem do ovo e as divisões seguintes dão-se a intervalos de 10-15 horas. Cerca de 6-8 dias após a fecundação, o ovo implanta-se no *fundus* do endométrio (nidação).

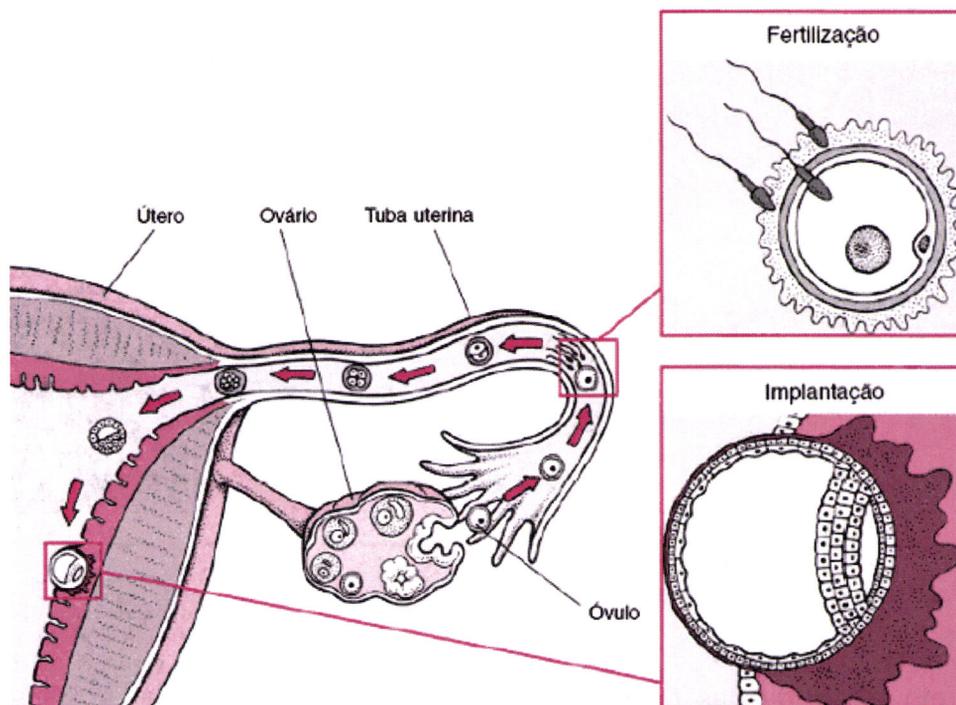


Figura 1. Desenvolvimento fetal desde a concepção
(Adaptado do Manual Merck. Biblioteca online: de <http://www.manualmerck.net/>)

2) Embrião - Este estágio corresponde ao período que decorre entre o 15.º dia e aproximadamente as oito semanas após a concepção. É a fase mais crítica no desenvolvimento dos sistemas orgânicos, devido às rápidas divisões celulares que ocorrem e à fase trofoblástica da nutrição. Durante as primeiras semanas, a placenta não se encontra suficientemente formada para poder assegurar a nutrição do embrião, que é realizada pela digestão e fagocitose trofoblástica do endométrio. O embrião apenas consegue assegurar a sua nutrição por este processo durante as primeiras semanas. A partir da 12.ª semana a placenta terá de se ter desenvolvido o suficiente para assegurar, pela sua vascularização, a nutrição do embrião.

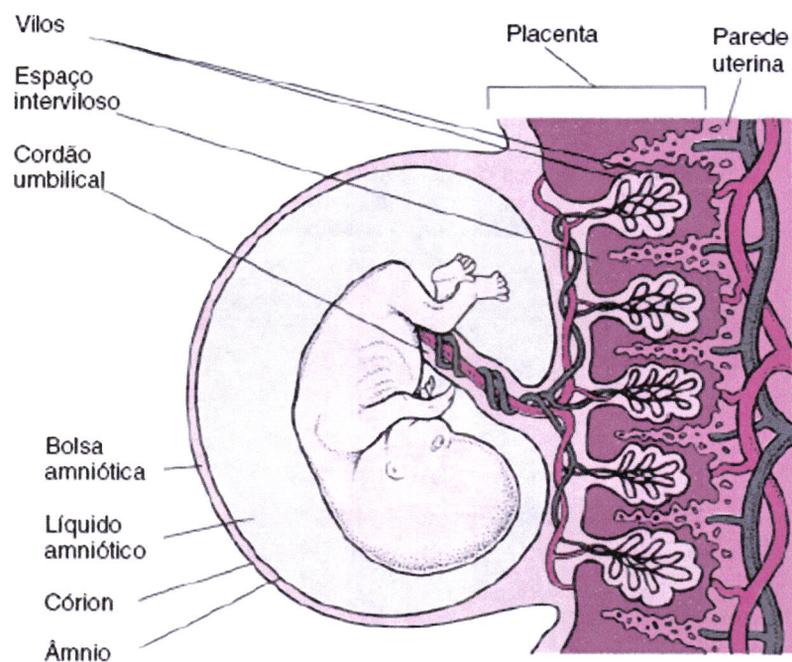


Figura 2. Vascularização e nutrição do embrião
(Adaptado do Manual Merck. Biblioteca online: de <http://www.manualmerck.net/>)

3) Feto - A partir das nove semanas de gestação, o embrião é conhecido como feto e reconhecido como ser humano (Lowdermilk & Perry, 2008). Neste período ocorre um aperfeiçoamento das estruturas e das funções, com

um aumento muito expressivo da permeabilidade placentária. Alguns sistemas desenvolvem-se e funcionam já antes do nascimento, outros estão prontos para funcionar imediatamente após o nascimento e outros continuam a sua maturação após o nascimento. A capacidade do feto para sobreviver depende da maturidade de alguns desses sistemas, nomeadamente do sistema respiratório. Actualmente, com os avanços nos cuidados obstétricos e neonatais, a viabilidade do feto em sobreviver passou das 28 para as 22 semanas de gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008).

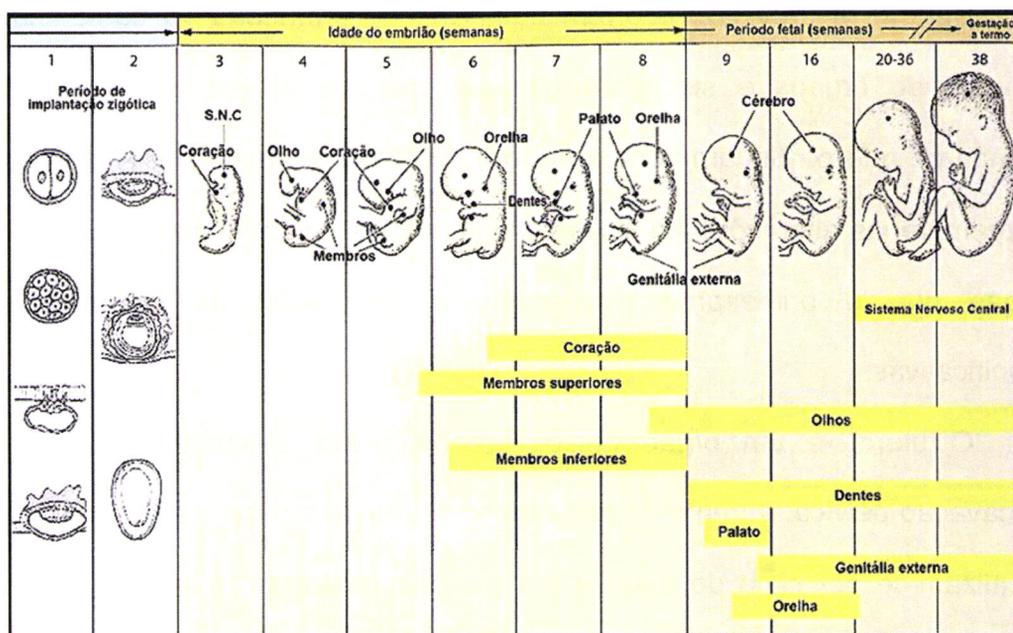


Figura 3. Quadro de desenvolvimento fetal
(Adaptado de Moore, K. & Persaud, T., 1994)

Durante a gravidez e o parto surgem alterações na fisiologia materna, a saber:

- a) Modificações nos órgãos reprodutores e mamas;
- b) Funções metabólicas aumentadas;

- c) Produção de hormonas pela placenta e sistema hipotálamo/hipófise posterior.

As modificações anatomofisiológicas que ocorrem na gravidez pretendem assegurar o desenvolvimento do feto e a nutrição da criança após o nascimento. As funções metabólicas aumentam para garantir um aporte nutricional adequado para o crescimento do feto.

1.4.2. Alterações Anatomofisiológicas Maternas Durante a Gravidez

Durante a gravidez, ocorrem modificações profundas no corpo materno, envolvendo órgãos e sistema orgânicos, que se iniciam desde a primeira semana e que continuam durante todo o processo de gestação. Neste período, surgem várias alterações no sistema reprodutor e nas mamas, sendo o útero o órgão que é primeiramente afectado e que sofre as mudanças mais significativas.

O útero¹ é um órgão único, oco, mediano e simétrico. Situa-se na escavação pélvica, à frente do recto e por detrás da bexiga. As ansas intestinais localizam-se por cima do útero e por baixo encontra-se a vagina. A forma do útero assemelha-se a uma pêra, estando a parte mais volumosa (corpo do útero) voltada para cima e a parte mais estreita orientada para baixo (colo do útero). Entre estas duas partes existe uma outra mais estreita, designada de istmo. O corpo uterino é formado por músculo e sujeito, por isso, à distensão com funções de contenção do produto de concepção. O colo do útero é constituído por tecido

¹ Também conhecido por madre e por matriz.

conjuntivo. Mantém-se fechado até a gravidez terminar e tem funções de retenção.

O útero tem cerca de 6,5 cm de altura, 4 cm de largura ao nível do fundo e de espessura 2 cm. Pesa aproximadamente 60-80 grama. A cavidade uterina tem cerca de 4 cm³ de capacidade.

O útero está forrado por uma mucosa revestida por tecido epitelial, com a espessura de 1,5 cm, muito vascularizada e rica em glândulas, designada por endométrio. No exterior do endométrio desenvolve-se uma camada de tecido muscular liso, conhecido por miométrio. O peritoneu, provindo da face superior da bexiga, passa para o corpo do útero e reveste a face anterior, o fundo e a face posterior. Introduce-se depois entre o útero e o recto, formando o Fundo-de-saco de Douglas, seguindo depois para cima.

As duas trompas entram no útero através de dois orifícios superiores e laterais. Um terceiro orifício, inferior e mediano, situa-se no colo do útero e assegura a comunicação da cavidade uterina com a vagina. O útero tem dois meios de fixação: as trompas uterinas e os ligamentos que, inserindo-se nos cornos uterinos, percorrem o canal inguinal, terminando nos grandes lábios da vulva.

Durante a gravidez, o útero sofre um crescimento acentuado, alterando-se no tamanho, forma e posição. Sendo de dimensões relativamente pequenas, transforma-se num órgão capaz de conter o feto, placenta e aproximadamente um litro de líquido amniótico. Aumenta de peso cerca de 20 vezes (900-1200 g) e em tamanho entre cinco a seis vezes. A proliferação do miométrio deve-se à hiperplasia (até ao terceiro mês), à hipertrofia (mais de 10-12 vezes), também, ao aumento do tamanho e do número de vasos sanguíneos e linfáticos. Estas

alterações surgem em função dos níveis elevados de estrogénios, progesterona e somatomamotropina coriónica humana (SHC), principalmente durante o 1.º trimestre da gravidez; a partir deste período, a pressão mecânica exercida pelo feto em crescimento acrescenta-se à acção hormonal.

Ao aumentar de volume, a forma e posição do útero alteram-se, tornando-se esférico ou globular. Mais tarde, acompanhando o crescimento do feto, o útero aumenta mais em comprimento que em largura e torna-se mais ovóide, saindo da cavidade pélvica em direcção à abdominal. Nas gravidezes normais o útero aumenta de tamanho de uma forma previsível ao longo da gravidez. À medida que cresce, passa a ser palpável acima da sínfise púbica (12.ª-14.ª semanas de gravidez). Cresce gradualmente até atingir o nível do umbigo (22.ª-24.ª semanas) e quase atinge o apêndice xifóide no final da gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008). Entre as 36.ª-40.ª semanas o fundo do útero baixa, uma vez que o feto começa a descer e a encaixar-se na bacia materna.

O aumento da vascularização, por uma ligeira hipertrofia e hiperplasia do músculo e do tecido conjuntivo rico em colagénio, conduz a que o colo uterino amoleça a partir da 6.ª semana de gestação, constituindo este um sinal de gravidez. A vascularização aumentada também se verifica na vagina, provocando nesta uma coloração azul-violeta, por volta da 6.ª semana. As hormonas da gravidez preparam a vagina, através do aumento do tecido elástico e da espessura da mucosa, para permitir a dilatação necessária durante o parto. As secreções vaginais aumentam e, por acção da progesterona, o muco cervical torna-se seco e forma o rolhão mucoso, permitindo assim uma barreira contra alguns microrganismos. No início do trabalho de parto, ou mesmo antes (aproximadamente 15 dias), este muco é expulso, levando muitas vezes à

deslocação da grávida à maternidade, ainda que sem necessidade clínica para tal.

A contractilidade uterina também se altera ao longo da gravidez. Depois do 4.º mês podem surgir as contracções de Braxton Hicks que, sendo irregulares e indolores, ocorrem esporadicamente. Podem provocar algum desconforto, mas não aumentam de intensidade ou frequência nem causam dilatação do colo do útero (Cunningham, Gant, Leveno, Gilstrap III, Hauth, & Wenstrom, 2002). No final da gravidez muitas mulheres confundem estas contracções com as do início do trabalho de parto. Se não estão devidamente ensinadas, recorrem precocemente à maternidade, prolongando o tempo de internamento e aumento da ansiedade, interferindo muitas vezes no desenrolar do trabalho de parto.

As mamas passam por muitas alterações durante a gravidez, preparando-se para a amamentação. Nas primeiras semanas ficam túrgidas, muito sensíveis, dolorosas e pesadas. A sensibilidade mamária pode variar de ligeiro ardor até à dor. Os mamilos ficam maiores e geralmente mais escuros. Estas alterações são resultantes do aumento dos níveis de progesterona e de estrogénios. O aumento da circulação sanguínea provoca vasodilatação, podendo observar-se linhas azuladas à superfície da pele. No 2.º e 3.º trimestre da gravidez, e até ao fim da primeira metade da gravidez, há um aumento progressivo do volume e do tamanho das mamas devido ao crescimento das glândulas mamárias. A lactação está inibida até que os níveis de estrogénios e de progesterona baixem, desbloqueando a prolactina, o que acontece logo após o parto. Poderá existir a partir do 4.º mês de gravidez, ou mais precisamente aproximadamente à 16.ª semana, uma secreção mamária de um líquido transparente e viscoso (pré-colostro) ou espesso e amarelado (colostro) (Cabero, Saldivar & Cabrillo, 2007).

A gravidez causa, efectivamente, mudanças fisiológicas em todos os sistemas orgânicos, muitos dos quais voltam ao normal após o parto. Salientaremos alguns:

Sistema circulatório

Ocorre uma ligeira hipertrofia cardíaca. A volémia aumenta entre 40-45%: iniciando-se por volta da 10.^a semana de gravidez, atinge o seu máximo entre a 20.^a-26.^a semanas, permanecendo elevada até cerca da 32.^a semana, diminuindo de seguida de forma ligeira. O aumento no volume plasmático é superior (próximo a 50%) ao aumento do número de eritrócitos (aproximadamente 25%). Devido a esta diluição, os valores normais de hemoglobina e de hematócrito podem estar diminuídos (12-16g/dl de sangue e 37-47%, respectivamente). Esta situação é conhecida como "anemia fisiológica". O aumento de 30-50% do débito cardíaco verifica-se por volta da 32.^a semana de gravidez, diminuindo perto da 40.^a semana, mantendo-se ainda superior ao normal em 20%. Este aumento deve-se a mudanças na circulação uteroplacentária, como resposta às necessidades dos tecidos maternos e fetais. Segundo Bobak, Lowdermilk, & Jensen (1999), o volume sanguíneo aumenta proporcionalmente com o débito cardíaco.

Sistema urinário

Ocorrem mudanças na função renal paralelas àquelas que ocorrem na função cardíaca. A função renal é muito sensível à postura corporal. Em geral, está aumentada em supinação e diminuída em posições verticais, diferença que se acentua na gravidez. Além disso, a função renal e a função cardíaca também

estão marcadamente aumentadas na posição lateral porque, na posição dorsal, o peso do útero sobre os grandes vasos (veia cava e artéria aorta) provoca diminuição do débito cardíaco e, conseqüentemente, menor circulação nas extremidades inferiores e no útero (Lowdermilk & Perry, 2008). As principais alterações renais resultam das actividades hormonais, do aumento do volume de sangue e da pressão exercida pelo útero. A taxa de filtração glomerular aumenta durante a gravidez entre 30- 50%. O pico regista-se entre as 16.^a-24.^a semanas, diminuindo, ligeiramente, próximo do final da gravidez, devido à pressão do útero sobre a veia cava (Cunningham, *et al.*, 2002).

Sistema respiratório

Durante a gravidez, as alterações do sistema respiratório são estruturais e ventilatórias e pretendem responder às necessidades maternas e fetais. A necessidade de oxigénio aumenta em resposta ao aumento do metabolismo e às necessidades dos tecidos uterinos e mamas. A caixa torácica aumenta, mas o comprimento dos pulmões diminui, permitindo o aumento do útero. O diafragma eleva-se. A ventilação passa de abdominal a torácica e, na inspiração, o diafragma tem dificuldade em descer. Ocorre obstrução nasofaríngea e congestão nasal, que provoca muitas vezes epistáxis. Há, por vezes, dispneia ao esforço e a frequência das ventilações profundas aumenta, devido às necessidades acentuadas de oxigénio (Cabero, Saldivar & Cabrillo, 2007).

Sistema digestivo

As alterações do sistema digestivo manifestam-se, inicialmente, por náuseas e vómitos. O apetite pode ser inconstante; são comuns os desejos mas

também as aversões por alguns alimentos. O relaxamento do tónus muscular do sistema gastrointestinal, devido às grandes quantidades de progesterona, provoca aumento no tempo de esvaziamento gástrico e refluxo do conteúdo gástrico, contribuindo para o aparecimento de azia e de regurgitação. A motilidade gastrointestinal diminuída, o aumento da absorção da água a nível do cólon e a pressão que o útero faz sobre o intestino provocam alterações do trânsito intestinal, principalmente obstipação (Guyton, 1888; Bobak, *et al.*, 1999; Cabero, *et al.*, 2007).

Sistema endócrino

Muitos dos efeitos que surgem em outros sistemas de órgãos são causados pela alteração da função das glândulas endócrinas que contribui, desta forma, para a manutenção da gravidez, para o crescimento fetal e para a recuperação no período pós-parto. A hipófise e as hormonas placentárias são as grandes responsáveis por estas alterações. A glândula tiroideia aumenta de volume devido à hiperplasia e à vascularização. A concentração sérica das hormonas tiroxina e triiodotironina aumenta e os sinais e sintomas característicos do hipertiroidismo podem surgir, tais como taquicardia, taquipneia e instabilidade emocional. O hipertiroidismo verdadeiro, no entanto, ocorre somente em 0,1% das gestantes (Cunningham, *et al.*, 2002; Lowdermilk & Perry, 2008).

As células trofoblásticas sinciciais da placenta produzem gonadotropina coriónica humana (GCH), que permite a manutenção do corpo amarelo (lúteo), evitando assim a ovulação.

A secreção da hormona polipeptídica adrenocorticotrópica (ACTH), produzida pelas células corticotróficas da adenohipófise, é controlada pela

corticotropina, produzida no hipotálamo, e por neurotransmissores, produzidos no sistema nervoso central. Os valores elevados de ACTH durante a gravidez aumentam a função das glândulas supra-renais, promovendo a libertação de glucocorticóides, como o cortisol, que regulam o metabolismo das proteínas, dos lípidos e dos glícidos. A reabsorção da glicose na grávida encontra-se, por isso, alterada, podendo ocorrer glicosúria.

A hormona estimulante de melanócitos (MSH), produzida no lóbulo intermediário da hipófise, aumenta a pigmentação da pele, levando ao aparecimento do cloasma (máscara da gravidez), um pigmento de cor castanha, que surge na face. Provoca, também, um aumento da pigmentação da auréola mamária e uma linha escura abaixo da linha média do abdómen. O aumento dos níveis das hormonas das glândulas supra-renais causa, provavelmente, estrias róseas de pele e edemas.

Desde o início da gravidez, o desenvolvimento do tecido mamário ocorre sob a influência de várias hormonas. O estrogénio é responsável pela ramificação dos ductos e a progesterona pela formação dos lóbulos. O lactagénio placentário, a prolactina e a HCG contribuem para o crescimento da mama (Santos, 1989, citado por Pereira, 2006). A prolactina é responsável pela produção do leite. A sua secreção aumenta entre 10 a 20 vezes durante a gravidez; no entanto, a sua acção é inibida pelas hormonas placentares, não permitindo a saída de leite durante a gravidez. Em algumas mulheres, no final do último trimestre, verifica-se saída de colostro/leite, que se deve à acção da oxitocina, a qual provoca a contracção das células mioepiteliais dos alvéolos (Lowdermilk & Perry, 2008)

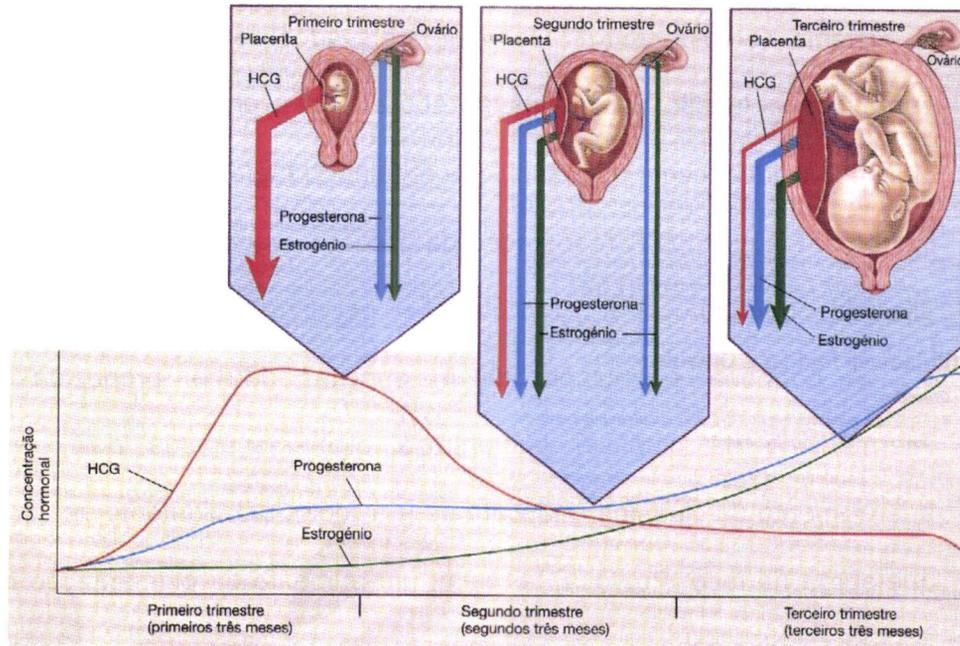


Figura 4. Alterações na concentração hormonal durante a gravidez
(Adaptado de Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P., 2005).

Resumidamente, e de acordo com Guyton (1988), a gravidez traz alterações no peso da mulher, aumentando, durante a gravidez, cerca de 10-12 kg². Este aumento deve-se ao peso do feto (3 kg), útero, placenta e membranas, mamas, gorduras, sangue e líquido extracelular. A variação do aumento de peso de umas mulheres para outras deve-se, essencialmente, ao aumento da quantidade de gordura e dos líquidos corporais. A alteração da quantidade dos líquidos corporais e da circulação é resultado das várias hormonas sexuais femininas (estrogénios e progesterona) e das secreções das glândulas endócrinas: supra-renais, tiróide e hipófise e outras intervenientes no processo da gravidez.

² Padrão do aumento do peso: 1 kg, no 1.º trimestre; 300-400 g/semana, no 2.º e 3.º trimestres.

1.5. Anatomofisiologia do Trabalho de Parto

Durante a gravidez, a mulher passa por várias alterações fisiológicas para se preparar para o parto. Surgem, também, modificações acentuadas a nível cardiovascular. O débito cardíaco aumenta mais de 30%, voltando a descer, mediante a contracção do útero, para níveis normais da pré-gravidez cerca da 6.^a semana no período pós-parto. Em consequência deste aumento, a frequência cardíaca passa a situar-se, em média, em 80-90 batimentos por minuto. Durante o parto a mulher perde, aproximadamente, 200-300 ml de sangue (Guyton, 1988). Este facto não gera problemas, uma vez que, no decurso da gravidez, a volémia subiu e, após o parto, deixa de haver necessidade de circulação sanguínea útero-placentária. O tórax, amiúde, não volta ao seu estado pré-gravídico. A nível renal, devido à diminuição hormonal, os rins, durante alguns dias, após o parto, vão excretar os excessos de líquidos e de sais, havendo perda de peso da grávida.

Os mecanismos do trabalho de parto não são, ainda, totalmente conhecidos. Por um lado, o desenvolvimento do feto levou a que o útero se adaptasse ao seu crescimento, protegendo-o, alimentando-o e mantendo-o; por outro, o útero prepara-se para expulsar o produto da concepção, desenvolvendo as forças necessárias para o efeito. A compreensão deste fenómeno é, modernamente, facilitada quando se analisam as propriedades do miométrio como tecido fundamental do útero e o próprio útero, enquanto órgão funcional.

A única função do útero é a gravidez. As suas características estruturais, a sua posição e reacções fisiológicas estão, por isso, orientadas para esse objectivo. Nesse sentido, é importante conhecer a fisiologia do miométrio quanto

às suas propriedades e às suas reacções quando submetido a diferentes interacções.

O músculo uterino tem contracção autónoma, espontânea e rítmica, designada de miogénica. Apresenta capacidade de relaxação e de coordenação da actividade contráctil (regularidade, intensidade e frequência). Além disso, o miométrio tem mecistasis e braquistasis, propriedades que constituem a base da fisiologia do parto. O aumento do volume do feto gera uma distensão e um estiramento das fibras musculares lisas, constituindo uma das primeiras teorias clássicas do trabalho de parto. Na verdade, o crescimento do feto é de tal dimensão nos últimos meses, comparativamente com a diminuição da espessura do miométrio, que o útero não o suportaria se não o expulsasse. A distensão, por seu lado, torna-se um estímulo para o crescimento uterino e para a actividade mecânica uterina, através do aumento da actividade eléctrica e da regulação da propagação do impulso. Estas acções são de grande importância no trabalho de parto.

Os estrogénios durante o trabalho de parto são essenciais para a coordenação de toda a actividade e para a reactividade uterina. Limitam a resposta-crescimento ao estímulo de distensão e aumentam as concentrações dos elementos contrácteis do miométrio (actinmiosina, ATPase, ATP). Por outro lado, estas hormonas interferem com a excitabilidade e condutibilidade das células miometriais, aumentando-as, assim como incrementam a densidade de inervação e as concentrações das substâncias neurotransmissoras. Causam, por fim, a libertação das prostaglandinas F2 alfa ($P_gF_{2\alpha}$) do útero.

Em oposição, a progesterona interfere na condução da onda de contracção de uma célula para outra, impedindo que o útero se contraia em simultâneo em todas as suas partes, mecanismo designado de bloqueio progesterónico.

As prostaglandinas são ácidos gordos, sintetizados nos microssomas de muitos tecidos. Têm um papel activo no controle do transporte de iões através das membranas (particularmente no transporte do Ca^{2+} no músculo liso), interferindo na transmissão sináptica. Se administradas por via oral, vaginal ou parentericamente, produzem um conjunto de efeitos, ainda não totalmente conhecidos. As prostaglandinas provocam estimulação da actividade uterina e coordenação e diminuição do limiar uterino para a oxitocina. Na gravidez, os metabolitos das prostaglandinas F_2 e $\text{P}_g\text{F}_{2\alpha}$ encontram-se 2,5 vezes superiores ao estado pré-gravídico.

A oxitocina é produzida pelo hipotálamo e armazenada na hipófise posterior. Em baixas concentrações no sangue, esta proteína estimula a actividade muscular uterina, causando, provavelmente, a libertação de Ca^{2+} do retículo sarcoplásmico e activando, desta forma, o sistema contráctil.

A capacidade de contractilidade do miométrico depende da presença e das concentrações da actinmiosina, da adenosinotriphosfato e da adenosinotriphosfatase (ATPase). A concentração dos elementos básicos deste sistema no útero é influenciada pelas hormonas ováricas e, também, pelo estiramento das fibras musculares. O miométrio, mediante estas acções, é mantido num estado de “prontidão” funcional para a contracção, aumentando gradualmente durante a gravidez.

Sabe-se, actualmente, que o processo de activação da ATPase está dependente da libertação de Ca^{2+} do retículo sarcoplásmico, o que representa

bem a importância destas ações no processo de contração do miométrio. Na sua ausência, o útero falha a resposta à oxitocina e às prostaglandinas. Enquanto, por um lado, a progesterona favorece a ligação de Ca^{2+} , as prostaglandinas e a oxitocina inibem esta ligação no retículo sarcoplásmico.

A acção do sistema nervoso no controlo da actividade uterina também não é, ainda, completamente conhecida. Na verdade, ao realizar-se uma simpaticectomia ou uma secção da espinal medula e se cortarem os nervos uterinos extrínsecos, a gravidez e o parto decorrem normalmente, o que revelaria a ausência de influência deste sistema neste mecanismo. Ainda assim, assiste-se a uma actividade neural intrínseca no interior do miométrio mesmo quando se faz a secção dos nervos extrínsecos, sendo indicador que os mecanismos nervosos desempenham um papel no funcionamento do miométrio. A acção dos estrogénios e da progesterona aumenta a densidade de inervação e de neurotransmissores. A norepinefrina é o neurotransmissor predominante. Os α -receptores medeiam a contração e o seu aumento é influenciado pela acção dos estrogénios. A progesterona aumenta a quantidade de β -receptores, que medeiam a relaxação. A predominância de um ou outro tipo de receptores no miométrio depende, por isso, do equilíbrio hormonal uterino.

O feto também exerce efeito sobre a actividade contráctil do miométrio, quer seja através do seu volume, que provoca estiramento das fibras musculares, quer seja pela influência devido a factores endócrinos.

Apesar deste conhecimento fisiológico elaborado, o mecanismo inicial desencadeante do trabalho de parto não é concretamente conhecido. Durante a gravidez existe um equilíbrio entre os factores estimulantes da contração uterina e os factores inibitórios dessas mesmas contrações. Ainda assim, sabe-

se que o Ca^{2+} é o *primum movens* para colocar em actividade todo o sistema de contracção, participado pelas hormonas e proteínas anteriormente referenciadas. Todos estes mecanismos são contrariados durante a gravidez pela progesterona, cujos níveis na circulação sanguínea, neste período, são elevados.

O trabalho de parto corresponde ao culminar de um processo gradual que levou algumas semanas, designado de pré-parto. Os acontecimentos críticos desta fase, no último mês de gravidez, incluem o aumento da actividade contráctil do miométrio e alterações a nível do colo. Este processo, conhecido por “apagamento e amolecimento do colo”, corresponde a uma fase maturativa que diminui a resistência do útero à dilatação. São activadas enzimas colagenolíticas que promovem uma transformação na ordenação das fibrilhas colagénicas.

Há um sincronismo de relação entre o corpo do útero e o colo, que é necessário para a transição da gravidez para o parto. No decurso da gravidez, existe um sincronismo em que primeiro o corpo do útero se encontra relaxado e o colo funciona como esfíncter. Durante o período pré-parto há uma excitação miometrial com conseqüente amolecimento e apagamento do colo. Por fim, no trabalho de parto, existem contracções do corpo e no colo o processo de dilatação. Se falhar este sincronismo, a grávida não entra em trabalho de parto.

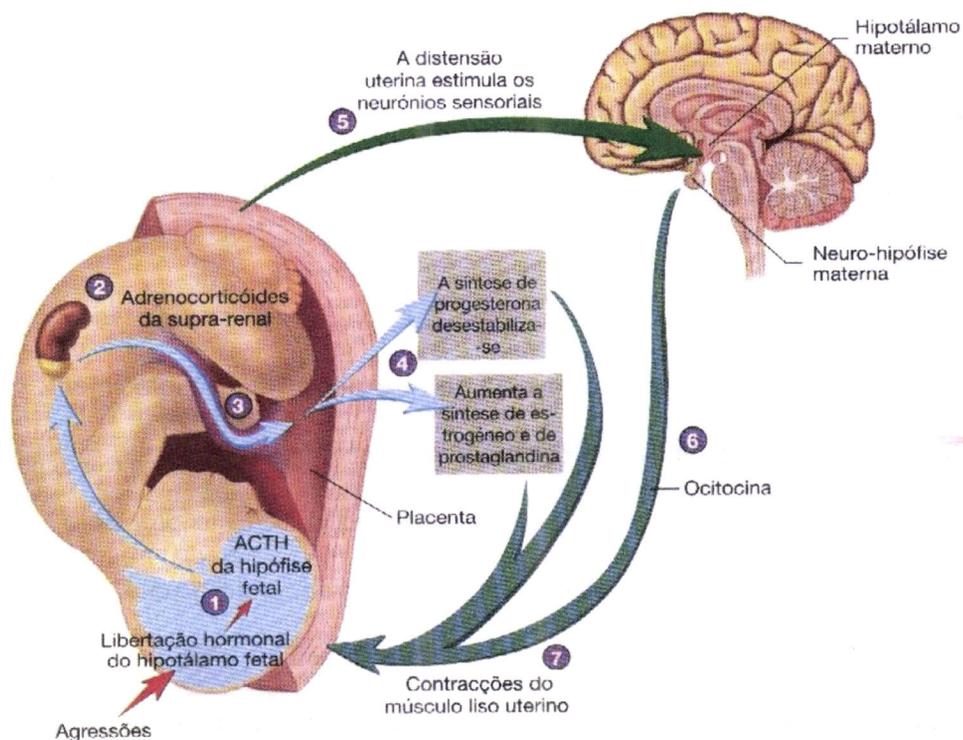


Figura 5. Factores que influenciam o processo do parto (Adaptado de Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P., 2005)

A duração do trabalho de parto pode variar, podendo prolongar-se aproximadamente até 24 horas. A duração média nas primíparas é de cerca de 14 horas (Bobak, *et al.*, 1999). O trabalho de parto pode dividir-se, clinicamente, segundo os mesmos autores (1999), em quatro estádios. O 1.º decorre desde o início das contracções uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo uterino (dilatação cervical); o 2.º estádio começa com a dilatação completa e termina com o nascimento do nado (expulsão do feto); o 3.º decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais (dequitação); e o 4.º estádio corresponde ao período de recuperação imediata e dura em média duas horas após a dequitação. Este último estádio corresponde ao restabelecimento da mãe e à continuidade da relação mãe/filho. Todos os estudos actuais sobre a vinculação inicial em neonatologia realçam a

importância de dar de imediato continuidade a uma relação íntima que durou nove meses.

Podemos dividir, ainda, o 1.º estágio do trabalho de parto em três fases: latente, activa e de transição. Este estágio pode demorar cerca de oito horas na primípara, reduzindo um pouco para a múltipara (Couto, 2003; Graça, 2005).

A contracção uterina é indispensável para que o parto, por via vaginal, ocorra com êxito. Esta muitas vezes é esperada pela grávida/casal e estimulada pelos profissionais, dando assim início ao trabalho de parto. Por outro lado, a contracção uterina pode representar uma vivência dolorosa. No início, as contracções são curtas e a fase do relaxamento é mais prolongada. A actividade uterina no 1.º e 2.º estágio do trabalho de parto vai aumentando progressivamente. Quando a contracção atinge uma certa intensidade torna-se perceptível à palpação abdominal e provoca dor, que é sentida de forma diferente de mulher para mulher. As contracções são involuntárias e inteiramente independentes do controlo extra-uterino.

Segundo Cunningham *et al.* (2002), a intensidade das contracções passa de 30 mmHg, no início do trabalho de parto, para 50 mmHg, no seu término, e a frequência passa de três para cinco contracções em cada 10 minutos. Na fase activa do trabalho de parto, a frequência considerada normal é de três a quatro contracções em cada 10 minutos. Durante o período expulsivo ocorrem quatro a cinco contracções no mesmo intervalo de tempo.

A fase activa do trabalho de parto, que vai desde os três centímetros de dilatação cervical até à dilatação completa, tem na primípara uma duração média de cinco horas, sendo menos demorada na múltipara (Bobak, *et al.*, 1999; Graça, 2005). É a fase mais intensa e desgastante do trabalho de parto. De

acordo com Almeida, Sousa, Bachion e Silveira (2005), a intensidade de dor aumenta gradualmente no decorrer das fases do trabalho de parto, seguindo o padrão fisiológico do seu "factor gerador": a contractilidade uterina. O trabalho de parto, como a própria etimologia do nome indica, exige um esforço, tanto da parturiente como do feto, e um conjunto de adaptações para que o parto possa decorrer o mais naturalmente possível. Existem inúmeros factores que contribuem para a progressão do trabalho de parto e que podem afectar positiva ou negativamente a mesma, traduzindo-se ou não no bem-estar materno e fetal.

1.5.1. Tipos de Parto

O trabalho de parto nem sempre se processa de maneira normal e as anormalidades podem decorrer em qualquer dos três estádios anteriormente descritos. Lowdermilk e Perry (2008) referem-se a "padrões anormais de trabalho de parto", que podem resultar, basicamente, de quatro mecanismos, a saber:

- 1) A utilização prematura de analgésicos e epidural levam a trabalho de parto prolongado. A mulher fica mais vulnerável a infecções intra-uterinas e a hemorragias pós-parto. Há mais cansaço e desidratação. O feto pode correr o risco de hipóxia devido às contracções uterinas;
- 2) Incompatibilidade feto-pélvica. Não há descida do feto muitas vezes devido à uma desproporção do tamanho do feto com a bacia materna;
- 3) Contracções ineficazes. São curtas, irregulares e pouco frequentes, o que diminui a eficiência das contracções uterinas. Nestes casos, algumas vezes,

posiciona-se a grávida em decúbito lateral esquerdo; outras vezes, recorre-se à estimulação com oxitocina;

4) Ansiedade e *stress*. Estratégias de alívio devem ser ensinadas na gravidez e ainda reforçadas durante o trabalho de parto. Por vezes, os partos associados a anormalidades, embora prolongados, terminam espontaneamente, outras vezes é necessária intervenção instrumental e médica.

“O efectivo nascimento do feto é chamado de parto” (Ziegel & Cranley, 1985, p. 313). Uma boa observação da mulher e feto, que inclui a procura de contracções adequadas, posição adequada, descida do feto, apagamento e dilatação do colo uterino e, ainda, o bem-estar materno e fetal, permitem determinar se o parto via vaginal é seguro. Um parto eutócico (ou normal) é aquele que é realizado sem intervenção instrumental, com ou sem episiotomia. Um parto distócico corresponde ao parto efectuado com intervenções instrumentais, tais como *fórceps*, ventosa ou cesariana.

O *fórceps* foi usado pela primeira vez no século XVI, pelo médico francês Guillermo Chamberlen (Cabero, Saldivar & Cabrillo, 2007). É um instrumento obstétrico composto por dois ramos articulados, cujas extremidades curvas se adaptam à cabeça do feto e facilitam o nascimento. O uso do *fórceps* pode ser perigoso, devendo ser garantidas algumas condições para o sucesso do nascimento: 1) colo uterino completamente dilatado; 2) bexiga vazia; 3) a apresentação cefálica deverá ter avançado suficientemente para uma aplicação fácil; 4) anestesia adequada; e 5) obstetra com experiência na utilização do instrumento.

A utilização do *fórceps* está indicada quando se pretende reduzir o tempo do 2.º estágio do trabalho de parto, ajudar a mãe compensando os esforços expulsivos que ela não tem capacidade de fazer porque está cansada ou não os faz de forma correcta ou, ainda, em situações de doença cardíaca da mãe. Existem também indicações fetais para o seu uso, tais como sinais de sofrimento fetal (alterações dos batimentos cardíaco-fetais). O seu uso mais frequente, porém, é na não progressão da cabeça do feto ao longo do canal de parto. Alguns autores referem que nos últimos anos houve uma diminuição do uso de *fórceps* e ventosas. (Cabero *et al.*, 2007; Cunningham *et al.*, 2002). Em alguns hospitais do nosso país, o uso de *fórceps* tem vindo a diminuir, existindo críticas e opiniões contrárias quanto ao seu uso. Mais recentemente vem sendo substituído pela ventosa.

O parto por ventosa envolve a utilização de uma ventosa obstétrica que é aplicada na cabeça fetal, usando o vácuo para, em pressão negativa, fazer força e permitir a rotação e extracção do feto. Esta aplica-se com mais facilidade que o *fórceps* e exige menos analgesia ou anestesia. A taxa de morbilidade e de mortalidade nos casos de aplicação desta técnica é mais baixa relativamente à utilização de *fórceps* (Cabero *et al.*, 2007).

Os grandes riscos da utilização da ventosa para o recém-nascido, são os cefalo-hematomas, os hematomas sub-durais e as lacerações do couro cabeludo. Geralmente aparecem ligeiras equimoses e/ou deformação do couro cabeludo – *caput succedaneum* - que desaparecem em pouco tempo, sem contudo deixar de causar alguma ansiedade nos pais.

As complicações maternas são menos frequentes e têm a ver, principalmente, com a aplicação incorrecta do instrumento, nomeadamente o

grau de sucção e as excessivas tentativas de aplicação. As indicações para o uso de ventosa são idênticas à do *fórceps*. O critério de selecção está essencialmente relacionado com a experiência do obstetra. Se a extracção por ventosa não resultar deverá recorrer-se à cesariana.

A cesariana é o nascimento do feto através de uma incisão uterina trans-abdominal. Pode ser planeada (cesariana electiva) ou não planeada (emergência). Segundo Cabero *et al.* (2007), a cesariana surgiu no século XVI e até metade do século XIX tinha alta taxa de mortalidade materna e fetal, principalmente pelas condições de assepsia e devido à ausência de anestesia. Em meados do século XX, surgiram mudanças significativas com o aperfeiçoamento das técnicas e o aparecimento de recursos vários, entre eles os antibióticos e as técnicas anestésicas. Apesar dos muitos progressos, a cesariana ainda tem riscos para a mãe e para o bebé.

A finalidade da cesariana é preservar a vida ou a saúde da mãe e do feto. As incompatibilidades feto-pélvicas, problemas da placenta, apresentações pélvicas, gravidezes múltiplas, sofrimento fetal, trabalhos de parto demorados e complicados e algumas patologias da mulher são indicação para o recurso a esta técnica. A decisão final sobre a opção ou não da cesariana é da mulher e do profissional de saúde. Actualmente, surge com alguma frequência a cesariana electiva por medo do parto por via vaginal, medo da dor e do trabalho de parto traumático. É importante que a grávida esteja devidamente informada dos riscos e benefícios do parto por esta via.

Após a dequitação, o corpo da mãe começa a retomar o seu estado anterior à gravidez. Algumas alterações revertem rapidamente, enquanto as mais lentas ficarão completas entre seis a oito semanas. Exceptuam-se as

mamas, caso a mulher amamente, uma vez que continuarão a excretar leite. Estas mudanças são fisiológicas e, portanto, de características normais, mas a rapidez do processo pode perturbar a mulher, o que não acontecerá se esta estiver devidamente informada. Este período, denominado de pós-parto ou puerpério, é também uma fase de muitos desafios, não só para a mãe, mas também para toda a família. Os pais familiarizam-se com o bebé, desenvolvem o seu papel e aprendem novas tácticas e atitudes necessárias para cuidar do recém-nascido. Os efeitos psicológico e sociais que se desenvolvem nesta fase são mais desafiadores que os fisiológicos e têm um prolongamento maior.

1.5.2. Índice de Apgar do Recém-Nascido

Com o parto, a passagem do meio intra-uterino para o extra-uterino é um dos acontecimentos com maior risco de vida. Os ajustes fisiológicos para essa transição devem ser rápidos, completando-se quase totalmente logo após o nascimento. A condição fisiológica do recém-nascido, pouco tempo depois do nascimento, deve ser avaliada. Esta avaliação é conhecida por índice de Apgar (IA).

O índice Apgar foi descrito por Virgínia Apgar em 1949. Ao sentir necessidade de avaliar de modo fácil e eficaz o nado imediatamente após o nascimento, a autora chegou a cinco pontos importantes para a avaliação da vitalidade. Em 1952, após aperfeiçoamentos necessários, apresentou e publicou o sistema de avaliação. O seu valor permanece intacto até à actualidade, como uma referência para a avaliação das funções essenciais à vida do recém-nascido.

O índice de Apgar (Figura 6) quantifica e sumariza a resposta do recém-nascido à vida extra uterina. Consta da avaliação de cinco sinais objectivos: frequência cardíaca, esforço ventilatório, tônus muscular, irritabilidade reflexa (resposta a estímulos) e cor da pele. É realizado no 1.º e 5.º minuto e, se necessário, no 10.º minuto após o nascimento, sendo que, para cada um, é atribuída uma pontuação entre zero e dois. O somatório das pontuações de cada parâmetro traduzirá o nível de bem-estar do recém-nascido (índice de Apgar), num intervalo de zero a 10.

Nem todos os sinais têm a mesma importância: a cor é o menos importante e o primeiro a mudar; o batimento cardíaco é o mais importante e o último a desaparecer. Quando todos os sinais estão ausentes, desapareceram pela seguinte ordem: cor, ventilação pulmonar³, tônus muscular, irritabilidade reflexa e batimento cardíaco.

Valor Parâmetros	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Baixa < 100 bpm	>100 bpm
Esforço ventilatório	Ausente	Lenta, Irregular	Regular, Choro forte
Tônus muscular	Flácido/Hipotonia	Ligeira flexão das extremidades	Movimentos activos
Irritabilidade reflexa (Resposta a Estímulos)	Ausente	Choro	Tosse, Espirro, Choro forte
Cor da pele	Azul ou pálida	Corpo rosado, extremidades azuladas	Completamente rosado

Figura 6. Quadro do índice de Apgar
(adaptado de Cloherty e Stork, 2005)

³ Ventilação é a renovação do ar das vias aéreas condutoras de ar para os pulmões e dos alvéolos que ocorre durante a inspiração e expiração pulmonar. Este processo é distinto do que vulgarmente se chama de respiração, que na verdade acontece a nível celular.

Segundo Oxorn (1989), da soma das pontuações parciais poderemos ter um recém-nascido com boa vitalidade se o IA se situar entre sete e dez; um recém-nascido com uma depressão ligeira a moderada se IA se encontrar entre três e seis; e um recém-nascido com uma depressão grave se IA estiver entre zero e dois. Graça (2005) apresenta uma maior especificação da vitalidade do recém-nascido, introduzindo os conceitos de depressão ligeira, quando o IA se situa entre cinco e sete, e o de depressão moderada, quando o IA se situa entre três e quatro. A pouca vitalidade do recém-nascido pode ser determinada, entre outras causas, pela anóxia.

O recém-nascido continua a sofrer inúmeras alterações fisiológicas durante as primeiras horas e dias que se seguem ao seu nascimento (Perry, 2002). Após o nascimento, a pele apresenta-se, em geral, rosada, macia e lisa ao nível da cabeça, tronco e membranas, constituindo um sinal de oxigenação adequada, enquanto os pés e as mãos podem parecer ligeiramente cianosados. Segundo Kenner (2001), para realizar uma transição bem sucedida para o meio extra-uterino, o bebé necessita de se adaptar bem a essas alterações, especialmente durante o período neonatal, ou seja, nos primeiros 28 dias após o nascimento.

Após a expulsão do feto a maioria das puérperas tem uma sensação de paz e de excitação. A alegria é grande e quase sempre há uma necessidade de ver e de tocar o seu bebé. A ligação mãe/filho torna-se mais forte. A presença do recém-nascido desperta sentimentos e emoções novos pois, agora, ele pode responder a estímulos, mas também ser visto, tocado e ouvido.

1.6. Relação Mãe/Filho

Muitos dados relativos a estímulos internos e fantasias, na relação mãe/filho, estão inacessíveis à observação externa, muitas perguntas surgiram e muitas delas estão ainda sem resposta.

Muitos autores (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969; Brazelton, 1988; Klaus & Kennell, 1976; Gomes Pedro, 1985; Odent, 1999) desenvolveram nestes últimos 40 anos, conhecimentos relacionados com a enorme tarefa empreendida por mães e bebês a partir do nascimento e até antes deste, na fase da gravidez, da relação mãe/filho. Brazelton & Cramer (1989) referem que esta relação inicia-se quando se pensa ou deseja ter um filho. Durante a gravidez há a criação do bebê imaginário, de esperanças e de sonhos que ocupam o seu pensamento e marcam o seu comportamento. Gomes Pedro (1985), acerca disto, diz que o comportamento materno, quer ao longo da gravidez, quer no nascimento, envolve expectativas e atitudes e é influenciado pelo meio em que vive, pelo apoio que usufrui e pelo seu estado emocional, podendo interferir no relacionamento com o bebê. Toda a experiência de gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido faz com que a mulher reexperiencie sentimentos.

O desenvolvimento da ligação da grávida ao feto é considerado por vários autores (Benedeck, Deutch, Leifer e Rubin, citados por Muller, 1992; Rubin, 1984) um dos processos mais importantes relacionados com a gravidez. Verny & Kelly (1988) e Mendes (2002) corroboram esta opinião, reforçando que a relação intra-uterina não só é importante durante a gravidez, mas também na futura relação mãe/filho.

A grávida necessita desenvolver um estado mental, ainda antes do nascimento do filho, para ser capaz de empatizar com ele e cuidá-lo. Um estado mental feito de um empenho contínuo, que Donald Winnicott designou de “preocupação materna primária” (Kahr, 1999). Este estado mental permite ter empatia, estar apegada ao bebé e prever as suas necessidades, estabelecendo, aos poucos, uma comunicação de entendimento. Esta preocupação especial e o comportamento da mãe para com o filho e deste para com a mãe são aspectos fundamentais na criação da relação da díade. Gomes Pedro (1985) afirma que o contacto íntimo entre a mãe e o filho proporciona “protecção térmica e uma aprendizagem precoce, num contexto de estimulação social” (p.89).

1.6.1. Perspectiva Histórica da Relação Mãe/Filho

O estudo da relação mãe/filho e o desenvolvimento das interacções precoces é um assunto complexo. Chegou-se a pensar que a relação afectiva mãe/bebé só se iniciava após o parto, assim como se considerava que o recém-nascido era apenas “capaz de executar as funções simples de comer, mover-se, dormir e chorar” (Klaus & Klaus, 1989, p. 18). No entanto, é hoje consensual que há uma ligação afectiva ao bebé que se começa a formar e a desenvolver durante a gravidez (Klaus & Kennel, 1992; Leal, 1990; Mendes, 2002) denominada por alguns destes autores por *vinculação pré-natal*, assim como, logo após o nascimento, o bebé está preparado para interagir com os pais. Imediatamente após o nascimento é importante que se proporcione aos pais e ao bebé um momento conjunto, de modo a que as interacções recíprocas possam ocorrer. Pai e mãe juntos têm oportunidade de formar uma família e criar

o bebé de modo mais saudável (Brazelton, 1988; Klaus & Kennell, 1976; Gomes Pedro, 1995).

O contacto precoce da mãe com o recém-nascido, comprovadamente, favorece melhores relações. Nos anos 30 e 40 do século XX era frequente nos hospitais, a seguir ao parto, colocar os bebés em berçários, afastando-os das suas mães. Nessa altura, surgem pesquisas sobre os efeitos desse afastamento e do desenvolvimento emocional propriamente dito. Foram reunidas evidências sobre as consequências adversas da separação rotineira dos recém-nascidos das mães. Segundo Ziegel, & Cranley (1985), o comportamento afectivo da mãe foi muito menos evidente nas situações cujo contacto com o bebé foi restrito.

Freud, em 1967, defendia, na “teoria psicanalítica”, que os laços afectivos que o filho estabelecia com a mãe eram resultado da satisfação das necessidades alimentares (Netto, Machado & Vilarinho (2006)). Depois dos anos 60 do século findo é que surge um aumento dos estudos feitos directamente ao bebé sob vários aspectos: o estudo das competências básicas do bebé, o estudo da relação mãe/bebé, entre outros. Klein concentrou-se no bebé e nas suas capacidades instintivas, desvalorizando o papel da mãe na relação. Winnicott, nas suas experiências, mencionava a qualidade do cuidado materno, o calor, o contacto e a suavidade. Winnicott estudava a adaptação da criança em função da qualidade do cuidado materno recebido (Kahr, 1999).

O recém-nascido e a mãe estabelecem entre si laços selectivos e privilegiados. Este ponto de vista é defendido na teoria da vinculação, elaborada por Bowlby a partir de 1958, e que foi aprofundada por este em publicações posteriores, nomeadamente em 1969, 1973, 1980 e 1989 (Mendes, 2002).

De salientar nos trabalhos de Bowlby (1969), o estudo longitudinal ao longo das diferentes fases de vida da criança, onde menciona que o desenvolvimento da vinculação é uma experiência que se constrói ao longo da vida, iniciando-se mesmo na gravidez e é resultante de acontecimentos psicológicos e fisiológicos que decorrem desta e pressupõe que os padrões de relação mãe/filho acontecem, em grande parte, devido às características maternas, principalmente à sensibilidade da mãe.

Os factores que determinam a formação da relação foram estudados por Ainsworth (1969), que construiu um instrumento para colher dados do padrão de apego infantil e, com base nesses dados, classificou as crianças em seguramente apegadas⁴ e inseguramente apegadas⁵ e concluiu que o padrão de apego está directamente ligado à qualidade da relação estabelecida entre a mãe e o filho.

Ainsworth e os seus colaboradores, nos estudos realizados, vieram confirmar a teoria de Bowlby. Seguem-se-lhes J. Kennell e M. Klaus, que não prescindiram das contribuições originais da teoria e combinaram-nas com as observações clínicas por eles realizadas: a partir da observação sobre o trabalho de enfermeiras junto a bebés prematuros, perceberam fortes relações entre o contacto físico e o verbal com os prematuros, produzindo efeitos, claramente benéficos no seu desenvolvimento. O contacto imediato após o parto, incluindo o contacto com a pele entre o recém-nascido e a mãe, tem um efeito importante no processo de interacção (Burroughs, 1995).

O contacto e a relação mãe/bebé, quer na neonatologia, quer na pediatria em geral, é visto como primordial no bem-estar da criança. O estudo das

⁴ Seguramente apegadas constroem um modelo de mãe disponível mesmo quando não podem vê-la, e é por isso que protestam menos na separação e são mais receptivos no reencontro.

⁵ Bebés inseguramente apegados choram muito na ausência e mesmo na presença da mãe.

variáveis que interferem no bem-estar biopsicosocial da díade mãe/bebê tem sido do interesse de vários pesquisadores, mas também tem sido foco de atenção de vários programas mundiais de saúde direccionados para a prevenção da qualidade da interacção, reforçando os aspectos positivos dos participantes e levando a um desenvolvimento mais saudável da díade (World Health Organization, 2004). A preocupação com o aspecto preventivo é mencionada, em 1979, por Bowlby no seu livro, que foi traduzido em 1997, onde defende que todas as crianças deviam ter uma relação calorosa, íntima e contínua com as suas mães, evitando o afastamento após o parto.

A partir da década de 80 do século XX, vários estudos apresentam novas proposições relacionadas com a relação mãe/filho: o êxito desta relação não depende só das características maternas, nomeadamente da sensibilidade da mãe, como referia Bowlby, resulta sim das características dos intervenientes na relação, ou seja, não depende apenas da vivência/experiência da grávida/parturiente e da sua sensibilidade, mas também das estratégias comportamentais peculiares da criança, que demonstram necessidade de proximidade física e de cuidados específicos (Claussen & Crittenden, 2000; Pederson, Moran, Sitko, Campbell, Ghesquire, & Acton, 1990; Ribas & Moura, 2006). A mãe, com a sua sensibilidade e capacidade de dar resposta às necessidades do bebê, é frequentemente a figura de vinculação privilegiada (Ainsworth, Blehar, Waters, & Walls, 1978).

Se a relação mãe/filho não era influenciada só pelas características da mãe, era necessário estudar, também, os factores intrínsecos à criança. Vários estudos foram feitos com a finalidade de identificar esses factores e a relevância deles na relação. Assim, Belsky & Rovine (1987), Lavelli & Fogel (2002) e

Mangerlsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang & Andréas (1990) pesquisaram o carácter, o género, a idade entre outros factores e concluíram que algumas características individuais das crianças, nomeadamente, a irritabilidade, a falta de atenção e a impulsividade e também a habilidade da criança para sinalizar as suas necessidades (Ribas, 2006) interferiam na relação entre mãe e filho.

Outros estudiosos (Balaskas, 1986; Kitzinger (1995); Vellay, 1998) preocupam-se com a gravidez, com o bem-estar do casal, com as condições físicas do local do nascimento. Na verdade, este interesse não é propriamente novo, uma vez que, desde os anos 30 do século XX, já existem correntes que questionam a forma como o parto é vivido e assistido. Entre essas correntes, estão as propostas defendidas por Lamaze, (que abordaremos no capítulo 3), por Frédérick Leboyer e pelos seus sucessores dos anos 70 do referido século. Se os interesses e estudos de Lamaze tiveram como foco a mulher, já Leboyer demonstra preocupação com o bebé. Ainda que na reflexão que faz mencione o bem-estar do casal, a presença do pai, a sala de parto semi-escura, a música, as posições confortáveis para a mãe, e até mesmo o parto na água, o foco de Leboyer era sem dúvida o bebé. A forma serena e confortável do parto e do “nascer”, bem como o cuidado com o promover de uma relação precoce e forte entre mãe e filho, foi uma das grandes preocupações de Leboyer, sustentada mais tarde por Michel Odent.

Na sua obra, Leboyer (1989) descreve o parto como um acontecimento sexual fundamental na vida de um casal. A mulher deve usufruir do prazer no nascimento, o recém-nascido deve ser recebido em harmonia, onde exista um ambiente de liberdade. Acrescenta ainda que a Preparação para o Nascimento, da qual o pai deve participar, é fundamental. Michel Odent (1999) recupera estas

ideias. O que Leboyer intuiu, ele procurou demonstrar de forma mais científica. A ideia defendida por Odent (1999), de que a gravidez e o parto são processos fisiológicos, a capacidade de parir de forma calma e natural é inata e espontânea com o mínimo de intervenções médicas, faz com que Michel Odent seja um dos mais importantes ideólogos do movimento do parto humanizado. Odent (1999) atribui grande importância à acção de algumas hormonas, não só a nível físico mas também comportamental e emocional, principalmente a hormona prolactina, que activa o instinto materno, ou as endorfinas, que, segundo o mesmo autor, criam o laço de dependência e cuidado entre mãe e filho. Releva especial destaque à oxitocina, também denominada por ele de "hormona do amor". Esta encontra-se em maior quantidade na mulher no momento do parto e também durante a amamentação, contribuindo para o fortalecimento da relação mãe/bebé (Carvalho, L., 2002).

A ideia de fortalecer a relação mãe/bebé espalhou-se na área da Pediatria através dos trabalhos dos neonatologistas Klaus & Kennel (1995) e dos psicanalistas Donald Winnicott e Melanie Klein, já referidos anteriormente. Muitos foram os trabalhos referidos por Klaus, Kennel & Klaus (2000), que estudaram, não só qual o momento adequado, após o nascimento, para a mãe receber o filho, mas também a permanência do recém-nascido junto à mãe e ainda as próprias práticas de cuidados perinatais. Actualmente promove-se um ambiente de proximidade, através do alojamento conjunto e privacidade à triade, que são estratégias que facilitam a adaptação dos pais ao bebé e consequentemente favorecem a relação. Os pressupostos da relação mãe/filho passaram por várias reestruturações, no entanto, foi através das observações desta relação, que tiveram início com Bowlby e continuaram com Ainsworth, Winnecott, Leboyer,

Odent, entre outros, que foi possível o estudo do *Bonding*, não só defini-lo como perceber como se constrói e desenvolve e, ainda, as suas implicações no desenvolvimento da criança (O'Connor, 2005).

1.6.2. O Processo de Desenvolvimento da Relação Mãe/Filho: Ligação, Vinculação e Bonding

A relação mãe/filho é centro de interesse de muitos autores (Bowlby, 1989; Cranley, 1981; Figueiredo, 2005; Gomes Pedro, 1985; Mendes, 2002; Montagner, 1993). Estudiosos do assunto denominaram esta relação mãe/bebé de: interacção, ligação, vinculação e também de *Bonding*.

A interacção mãe/bebé é um processo que se inicia e se desenvolve, positiva ou negativamente, de forma progressiva, modificando-se no tempo, em função da actuação de cada um dos membros da díade: da mãe e do filho. Burroughs (1995) define interacção como “o processo pelo qual dois indivíduos adquirem um compromisso emocional e afectivo” (p.248). Rubin (1975,1984) identificou a gravidez como a 1ª fase do processo de interacção e reconhece-a como a base da relação mãe/filho. Cranley (1981) definiu a ligação materno-fetal como “comportamentos que representam ligação e interacção com o seu filho ainda por nascer” (p.282).

Segundo Bowlby (1989), a vinculação é um sistema primário específico, ou seja, está presente a partir do nascimento, com características próprias da espécie. Segundo o mesmo autor, comportamento de vinculação é todo o comportamento do recém-nascido que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou o contacto com a mãe ou a pessoa que a

substitua. Bowlby (1989) demonstrou que a acessibilidade das figuras parentais é o único meio capaz de produzir sentimentos de segurança na criança, propondo o termo de vinculação para denominar este tipo de relação. Montagner (1993), no seu estudo, define vinculação como o conjunto de laços que desde muito cedo se estabelecem ou se constroem entre a criança e qualquer outra pessoa. Segundo George & Solomon (1999), a vinculação é a relação criada entre o bebé e, habitualmente, a sua mãe (figura de vinculação), passando depois a ser também o pai, na medida em que asseguram a sobrevivência tanto fisiológica como psicológica do bebé, através dos cuidados básicos que lhe proporcionam. O pressuposto em que assenta a vinculação é a segurança, sendo esta a base principal que confere solidez à construção da interacção estabelecida entre os elementos numa relação (Bowlby, 1989; Montagner, 1993). Vinculação é uma acção de parentalidade com as seguintes características específicas: ligação entre a criança e mãe e/ou o pai e a formação de laços afectivos (ICNP, 2008).

Bonding é o processo pelo qual os dois indivíduos – mãe e filho - adquirem um compromisso emocional e afectivo. Esta relação “única e específica” (Figueiredo, 2003, p.522) inicia-se na gravidez, intensifica-se durante o parto e estará privilegiada se facultado o contacto da pele entre o recém-nascido e a mãe, imediatamente após o parto (Robson & Moss, 1970; Figueiredo, 2003/2005), e uma vez estabelecida, toma-se consistente e duradoura. Corroboram esta ideia, também, Rizk, Nasser, Thomas e Ezimokhai (2001). No entanto, este envolvimento emocional não é um processo imediato para todas as mulheres (MacFarlane, Smith & Garrow, 1978; Robson & Kumas, 1980; Figueiredo, 2005). Nem sempre a resposta é de “amor à primeira vista”. Por

vezes a parturiente sente uma estranheza inicial, um distanciamento e falta de familiaridade face ao seu bebé. Algumas mães só demonstram uma afeição especial pelo seu filho uma semana após o parto (Figueiredo, 2005). Quando MacFarlane, Smith & Garrow (1978) no estudo que realizaram, perguntaram a 97 mães “quando sentiu, pela primeira vez, amor pelo bebé?”, 41% responderam que foi durante a gravidez e 24% disseram ter sido no momento do nascimento, mas 27% responderam que isto ocorreu durante a primeira semana e 8% após a primeira semana (Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Outros estudos de Robson & Kumas (1980), declaram que algumas mães sentem uma certa indiferença para com o recém-nascido quando pegam nele ao colo pela primeira vez, o que se verifica mais junto das primíparas do que nas múltiparas e, sobretudo, nos casos em que o parto foi muito difícil ou doloroso (Figueiredo, 2005). Mais recentemente, investigações desenvolvidas por Risk, Nasser, Thomas & Ezimokhai (2001) referem que a quase totalidade das mães mencionam sentimentos de afeição para com o seu filho logo no primeiro contacto ou durante o dia ou no dia seguinte ao parto, no entanto existe um número muito reduzido de mães que alguns dias depois do parto admitem que os sentimentos para com o filho ainda estão ausentes.

As expectativas e atitudes da mulher ao longo da gravidez influenciam o seu comportamento no e após o nascimento do bebé. Assim, a relação entre a mãe e o recém-nascido não surge de forma repentina, mas resulta de uma construção progressiva, elaborada ao longo da gravidez. (Gomes Pedro, 1985). A grávida desenvolve e integra vários ajustamentos psicológicos em simultâneo com o desenvolvimento fisiológico característico do seu estado de grávida (Mendes, 2002). Vive diferentes fases, que se relacionam com as diferentes

etapas de desenvolvimento físico do feto (Brazelton & Cramer, 1989). A primeira fase corresponde à adaptação à notícia da gravidez e às alterações no corpo. Surgem os sentimentos de ambivalência entre a aceitação e rejeição de uma gravidez ainda vaga. A preocupação principal é a própria segurança e surgem emoções contraditórias de alegria, apreensão, ansiedade, medo (Mendes, 2002). Com o evoluir da gravidez, a mulher entra noutra etapa de ajustamento, marcada pela crescente percepção das modificações corporais, pela percepção dos movimentos fetais e pelo confronto com os registos ecográficos (Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005). Nesta fase a mulher grávida identifica os vários movimentos, como forma de comunicação, reconhece a existência de um "ser" distinto e a possibilidade de uma relação entre eles (Brazelton & Cramer, 1989; Gomes Pedro, 1985). É precisamente este reconhecimento que constitui a base para o início da interacção mãe/filho, que é consolidada à medida que a gravidez se desenvolve e se aperfeiçoam as competências fetais para a interacção. O filho *in útero* é encarado como um indivíduo com competências e características próprias, de modo a que a mãe aceita o bebé que traz dentro de si como diferente, autónomo e de quem se vai separar (Justo, 1990). Do ponto de vista comportamental, há interacção observável: muitas vezes a grávida começa a falar para o filho, a cantar e acariciar a barriga (Justo, 1990; Canavarro, 2001). Há um conjunto de sinais que o feto transmite à mãe e que permite a interacção mútua (Mendes, 2002).

Durante a gravidez é possível e desejável a comunicação entre o mundo exterior e o meio intra-uterino. A audição é um dos primeiros sentidos do bebé a estar em pleno funcionamento, pelo que o feto, desde que ouve, identifica e reage aos estímulos vibro-acústicos do mundo exterior: a voz da mãe, do pai,

das “conversas” existentes e os ruídos orgânicos da mãe (entrada e saída de ar dos pulmões, fluxo sanguíneo e os batimentos cardíacos). São tudo informações de que o feto dispõe quando nasce e que lhe permitem seguir com o olhar a voz da mãe ou do pai ou acalmar quando ouve a música que lhe é familiar (Gomes Pedro, 1995; Sousa, 2004).

Como já referimos, uma etapa importante na formação da relação mãe/filho é a ocorrência dos movimentos fetais (Maldonado, 1997; Ziegel & Cranley, 1985). Perante as primeiras manifestações de vida do bebé a mãe, geralmente, começa a fantasiar, atribui-lhe características da personalidade humana, e relaciona-se com ele. Na interacção, um age e modela o outro, mas o outro também age sobre ele e também o modela (Brazelton & Cramer, 1989). As respostas dadas pelo feto, os movimentos variados deste, permitem a comunicação entre os dois. Desta forma, a influência mútua entre mãe e filho implica que ambos tenham uma participação activa nesta relação. A interacção mãe/bebé desenvolve-se, assim, precocemente.

O tipo de relação que a mãe formará com o filho depende das representações mentais sobre ela própria e sobre o seu futuro bebé (Gomes Pedro, 1985; Leal, 1990; Maldonado, 1997). Figueiredo (2005) defende que o tempo de duração e a representação mental da gravidez e do parto que é construída, tendo como base as experiências de vinculação durante a infância e a adolescência, o bebé imaginário e também o “espaço mental” para receber o recém-nascido, interferem no envolvimento emocional após o nascimento.

Toda esta vinculação pré-existente ao nascimento, toda a relação estabelecida com um “ser” que já existe mas que não se conhece, não impede que o recém-nascido seja um desconhecido. E, apesar de cerca de nove meses

de vida “em conjunto”, no momento do nascimento há um conjunto de sentimentos que a mãe percebe imediatamente após o parto e desenvolve após o primeiro contacto com o seu filho designado por *Bonding*, este envolvimento emocional inicial irá interferir na qualidade do “cuidar”. É uma relação nova que se inicia (Stern, Stern & Freeland, 2005).

O parto é um momento relevante para a formação do vínculo. Segundo Gomes Pedro (1985), a organização de um parto nas melhores condições psicológicas e desde que asseguradas todas as condições de controlo fisiológico, é uma das garantias da génese de uma boa vinculação mãe/filho. Estando a mãe envolvida em todo o processo, o vínculo mãe/filho encontra-se fortalecido. Estudos sobre esta ligação têm sido desenvolvidos desde há quase cinco décadas. Resumidamente, podemos afirmar que três circunstâncias afectam basicamente o modo como se inicia o *Bonding* e que começa muito antes do nascimento: 1) Durante a gravidez - muito antes do nascimento a grávida imagina e fantasia com o filho ainda por nascer, o nascimento permite à mãe comparar o bebé real que nasceu e o dos seus sonhos, fantasias e expectativas. Se a realidade e as expectativas são congruentes, Os sentimentos positivos surgem e a vinculação inicia-se rapidamente, se a realidade é diferente das suas fantasias, a mãe primeiro tem que resolver a perda do bebé imaginário. Para Eduardo Sá, (1992) "A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e... finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho." (p.34); 2) Durante o parto - o modo como decorre o parto e a experiência gratificante ou não para a mulher pode interferir no processo do envolvimento emocional. A sensação por parte da mulher de ter tido controlo sobre os

acontecimentos durante o nascimento permite que, imediatamente a seguir a ver o bebé, entre em estado de encantamento e sinta confiança na sua capacidade e a relação mãe/recém-nascido inicia-se com facilidade. Os sentimentos positivos prevalecem. Se por acaso o parto não vai de encontro às suas expectativas e o vive como um processo violento, dramático e angustiante, se a separam do filho sem permitir um contacto mais demorado, a relação inicia-se tardiamente; 3) Durante o pós-parto - Klaus & Kennel (1992) referem que durante a gravidez os pais imaginam o seu filho e após o nascimento, através da visualização do mesmo, do toque e da interacção, (que deverá acontecer o mais precoce possível) e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real. Demonstraram também que, imediatamente após o parto, o bebé tem um período muito sensível de alerta, que dura aproximadamente uma hora e que permite iniciar a ligação afectiva com a mãe (Knaus e Kennell, 1992). Se a mãe está calma, com atenção, disponível para o abraçar, acariciar e manifestar o seu amor, aproveita-se este tempo de sensibilidade inicial para estabelecer a relação. Existe como que uma disposição especial da puérpera para com o recém-nascido logo após o parto (*Bonding*). Este período sensível pode considerar-se o momento de consolidação do comportamento materno.

O contacto precoce entre a mãe e o filho é certamente de grande importância para a concretização e desenvolvimento da relação e, como Brazelton (1995) refere é "um momento único e mágico". Klaus & Kennell (1995) também assim o consideram e ressaltam que as interacções mãe/bebé, posteriores a este primeiro contacto, são fundamentais e de afeiçoamento. Quando a proximidade e o contacto corpo a corpo é favorecido e estimulado, desde os primeiros dias pós-parto, o envolvimento emocional e a interacção

entre a mãe e o filho é beneficiado. Nesta medida, este investimento emocional e a preocupação com o bem-estar e com a correcta identificação das necessidades do bebé, são elementos decisivos à qualidade dos cuidados que lhe são assegurados, garantindo o seu bom desenvolvimento (Figueiredo, 2005).

1.6.3. Habilidades Sensoriais e Motoras do Feto e Recém-Nascido

Tanto a mãe como o bebé trazem uma riqueza de recursos internos para os primeiros momentos da relação. Vamos descrever, de maneira muito sucinta, um pouco do repertório de habilidades sensoriais e motoras de que é dotado o feto e como se encontra preparado para interagir com o mundo intra e extra-uterino. Durante muito tempo não se reconheceram ao feto competências para este tipo de relação. Actualmente, o estudo das competências do feto revela-nos uma predisposição inata para a interacção (Chamberlain, 2003; Sá & Cunha, 1996).

Os estudos realizados com o objectivo de aprofundar conhecimentos acerca das competências fetais têm demonstrado que os fetos têm capacidades que lhes permitem interagir com a mãe. Estudos mais actuais, tais como os de Heinz Prechtl (1995), utilizando os modernos equipamentos de ultra-som, deram-nos a possibilidade de ver o que o feto está na realidade a fazer. Segundo o referido autor, “até agora, após oito anos de observação intencional dos fetos, ainda não vi nenhum padrão de movimento no feto que não esteja presente após o nascimento, quer imediatamente após o nascimento quer passadas algumas semanas” (p. 179). Resumidamente, podemos dizer que todos os movimentos fetais são coordenados logo após o seu aparecimento. As expressões faciais, os movimentos fetais dos braços e pernas aparecem na mesma idade gestacional e

não há um desenvolvimento crânio-caudal como se pensava (Prechtz, 1995). Os vários estados de sono e vigília vão-se coordenando ao longo da gravidez. Cerca das trinta e oito semanas, os movimentos corporais e os movimentos oculares já estão sincronizados e são exactamente iguais ao do recém-nascido. Segundo o mesmo autor, existe uma continuidade das funções neuronais da idade pré-natal para a pós-natal.

No final do 2º trimestre de gravidez quase todos os órgãos sensoriais já estão formados, têm assim capacidade de receber informação (visão; audição; gosto/paladar; olfacto; tacto) e capacidade de sentir...reagir quando estimulados. O feto flutua de forma aprazível; enrosca-se e estica as pernas, dá pontapés vigorosos e salta; tem soluços; suspira; urina; engole líquido amniótico; chucha o polegar e os dedos dos pés; agarra o cordão umbilical; fica excitado com barulhos súbitos, acalma-se quando a mãe/pai lhe fala suavemente e adormece quando esta se passeia (Chamberlain, 2003). Outros autores (Canavarro, 2001; Mendes, 2002; Wilhelm, 1997) reforçam esta ideia e acrescentam que o feto tem um comportamento "inteligente" e estados emocionais, apresentando agrado e desagrado através de hiperactividade e pontapés. Referem ainda que, por volta da vigésima terceira semana de gravidez, consegue sonhar, elaborando experiências vividas. Segundo Netto et al. (2006), durante a gravidez são transmitidas sensações e informações que influenciam a relação materno-fetal. As emoções maternas (alegria, ansiedade, tristeza) são transmitidas ao bebé que as recebe e reage. A mãe, por sua vez, ao longo da gravidez vai aprendendo a conhecer e a adaptar-se ao seu filho, às suas respostas, aos estímulos, às reacções face aos seus comportamentos. A relação que se estabelece entre a mãe e o bebé, segundo Sameroff (1993), desenvolve-se

como um sistema de natureza transaccional, em que cada um tem a capacidade de influenciar o outro. Ainda segundo o mesmo autor, os factores e os mecanismos desta relação são, juntamente com os biológicos, os sistemas reguladores do desenvolvimento da pessoa.

Já em 1970, Brazelton referia que o recém-nascido vem ao mundo provido de um potencial de desenvolvimento físico, mental e emocional, que utilizará para fazer a sua aprendizagem e organizar o seu pensamento (Ziegel & Cranley, 1985). Desde que nasce, o bebé desfruta de um conjunto de competências, evidenciando assim capacidade de iniciar a interacção com o meio ambiente (Sameroff, 1993), como sejam, a resposta diferenciada à voz e ao rosto humanos, segue-os, preferindo-os a qualquer outro estímulo. Várias foram as investigações de William Fifer, em 1980, com DeCasper e, em 1990, com Christine Moon, que demonstraram que os recém-nascidos com uma experiência pós natal mínima, mesmo os recém-nascidos com menos de vinte e quatro horas de idade, respondiam preferencialmente à voz da mãe. (DeCasper & Fifer, 1980). As investigações de Fifer continuaram e, pretendendo comprovar a possível origem *in útero* da preferência pela voz da mãe, realizaram uma experiência com 16 bebés com menos de 48 horas de idade em que era utilizada uma gravação com a voz da mãe "normal" e outra com uma voz "alterada"⁶, de modo a que fosse idêntica à voz intra-uterina. Concluíram que os recém-nascidos demonstravam preferência pela voz alterada, demonstrando assim que preferiam a voz da mãe tal como a ouviam *in útero* (Moon & Fifer, 1990).

Bowlby (1969; 1989) refere que existe um sistema comportamental em que a principal função é a protecção do perigo, com a presença de, pelo menos,

⁶ A voz da mãe era filtrada e a gravação tinha ruídos dos batimentos cardíacos. O feto tem experiência com a voz da mãe *in útero* durante o 3.º trimestre da gravidez.

cinco respostas inatas do bebé: chupar, agarrar, seguir com o olhar, chorar e sorrir, em que o principal objectivo é criar ou manter a proximidade com a figura da vinculação. Acrescenta ainda que são comportamentos de vinculação e padrões comportamentais identificados como respostas instintivas próprias da espécie humana capaz de influenciar a qualidade e a quantidade dos cuidados que recebe da mãe (Mazet & Stoleru, 2003). Em resposta, esta apresenta um conjunto de comportamentos sociais - a nível de expressão do rosto, do olhar, da vocalização e dos movimentos da cabeça e do rosto – destinados a estimular a atenção e a provocar a interacção do bebé (Brazelton, & Cramer, 1989). A mãe ajusta o seu comportamento ao do bebé e sempre que a sua atitude provoca uma reacção no bebé, esta sente-se apta nas suas funções de mãe.

São os comportamentos do bebé que constituem a confirmação das suas competências. Observando o comportamento do recém-nascido durante o período sensível (a primeira hora depois de nascerem) foi possível mostrar que as crianças podem ver, têm preferências visuais e voltam o rosto para a mãe quando esta fala, reagindo à sua voz (Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Durante cerca de 30 a 60 minutos após o parto, o recém-nascido permanece num estado de alerta. Ao longo deste estado, os olhos do bebé estão abertos. “A capacidade visual do recém-nascido possui uma forte componente de adaptação” (Brazelton & Cramer, 1989, p.70), e ele é capaz de responder ao meio ambiente. Corroborando esta ideia, um outro estudo foi realizado por Marshall Klaus e por John Kennell nos Estados Unidos, em que filmaram 12 mães com os seus filhos durante um período desde 30 minutos a 30 horas depois do nascimento, concedendo a cada mãe a máxima liberdade para segurar o bebé. Estes filmes tinham duração de 10 minutos e envolviam o contacto da mãe com o bebé nu. A

partir desses filmes, Klaus e Kennell registaram cada movimento da criança, a posição dos dedos e palmas das mãos e pés; o tempo que a mãe permanecia a sorrir; o tempo que gastava a segurá-lo ou a embalá-lo com as mãos; e o tempo que os dois permaneciam face-a-face (isto é, com as cabeças alinhadas de forma a poderem olhar-se nos olhos).

Os resultados dessas observações mostraram que cada mãe obedece a um padrão ordenado e previsível de comportamento enquanto examina o recém-nascido pela primeira vez, a que se chamou “padrões de comportamento”. O comportamento das mães é: tocam primeiro as extremidades do seu bebê com a ponta dos dedos, depois acariciam-no com toda a mão e depois abraçam-no totalmente, o contacto visual é grande. Olham várias vezes o bebê e este também as olha. A mãe usa o toque como um dos primeiros comportamentos interactivos: o toque da ponta dos dedos, os toques suaves na face e a massagem delicada nas costas. Este comportamento automático de toque materno parece evidenciar um relacionamento já íntimo (Bobak et al, 1999). A mãe fala-lhe suavemente, o bebê responde à voz aguda, mais do que à grave. Os recém-nascidos distinguem as vozes e preferem a voz da mãe. As mães também são capazes de identificar o choro dos filhos. A comunicação entre os dois não é somente sonora, há também o movimento, o bebê move-se em sintonia com as palavras da mãe, numa espécie de dança (Klaus & Kennel, 1992; Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

Os recém-nascidos sabem distinguir o cheiro do leite da mãe em relação ao cheiro dos outros leites. Por volta do terceiro ou quarto dia as mães também reconhecem o odor dos filhos (Klaus & Kennel, 1992). Às 40 horas de vida, o bebê passa a olhar mais e com mais atenção para a cara da mãe em

comparação com a cara das outras mulheres. O bebé, quando acordado e quando a luz ambiente não é muito forte, abre os olhos e, com os olhos abertos, se não vê a luz, procura-a. O bebé aprende a um ritmo alucinante. Gomes Pedro (1995) afirma: “não existe outra altura da vida em que aprenda mais e tão rápido” (p.10). De facto, o período que vai do nascimento ao terceiro dia representa uma etapa de muita aprendizagem e deveras importante para o vínculo entre os pais e o bebé. A ligação é promovida olhando, tocando e cuidando do bebé (Klaus & Kennell, 1995). O contacto físico, a voz da mãe e o cheiro dos seus corpos são fundamentais para o estabelecer de laços afectivos. Esta interacção entre os dois traz satisfação para ambos. O primeiro contacto da mãe com a criança, após o nascimento, traz benefícios e permite um promissor e bem sucedido começo de um longo relacionamento (Mendes, 2002).

Gomes Pedro (1995) lembra que no século XX, anos 70, a representação da interacção mãe/bebé era unidireccional e representava-se assim:



Figura 7. Representação gráfica da relação mãe/bebé. Anos 70, século XX

Nos anos 80 do referido século, a representação gráfica da interacção mudou, passou a representar-se com duas setas e passou a considerar-se a família e não só a mãe. (Pedro, 1995). O *feedback* do bebé ao comportamento da mãe/ pai também influencia essa interacção. Através das suas competências

interactivas, tais como o contacto ocular e as expressões faciais, o bebé interage com a família, activando o envolvimento emocional e a vinculação.

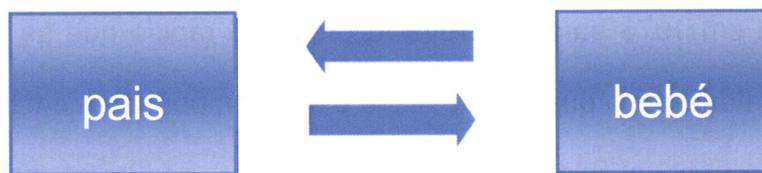


Figura 8. Representação gráfica da relação mãe/bebé. Anos 80, século XX

Nos anos 90 passou-se a uma representação onde se inclui, também, o ambiente (resultante dos estudos feitos sobre o efeito do álcool, cocaína heroína e tabaco, no cérebro do feto). A linha recta (seta) foi transformada em duas linhas e colocadas de modo a fazer um ângulo. Segundo o mesmo autor, a identidade de cada bebé é feita das vivências deste com os pais e com a influência do meio ambiente. Se a relação é consistente, o resultado é auto-estima, equilíbrio e resiliência.



Figura 9. Representação gráfica da relação mãe/bebé. Anos 90, século XX

1.6.4. Factores que Influenciam o Bonding

Segundo Figueiredo (2005), o termo *Bonding* é utilizado, pela primeira vez, por Klaus e Kennel em 1976 para descrever o processo rápido que se produz após o nascimento e durante o qual a mãe dirige o seu comportamento de apego para o seu filho, é pois a relação que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé. Segundo estes autores esta ligação emocional estaria facilitada devido ao sistema hormonal da mãe e à aparência do bebé.

O *Bonding* pode ser afectado por diferentes dimensões relativas à mãe, ao bebé e às condições em que decorre o parto e o pós-parto (Figueiredo, 2005). Relativamente à dimensão materna, são as variações nos níveis hormonais⁷, na gravidez, no parto e no puerpério, nomeadamente a oxitocina e a prolactina, que alguns autores (Cordero, García & Gámez, 2005; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Odent, 1999) consideram que têm influência na ligação afectiva da mãe com o recém-nascido, permitindo a aproximação entre ambos e garantindo a sobrevivência do bebé. Alguns estudos demonstram que nas primeiras horas após o parto, devido ao aumento da hormona prolactina, a mãe fica mais sensível ao bebé. São também as investigações que Taylor realizou em 1994 e referidas por Figueiredo (2005) que demonstravam que as mulheres cujos partos foram induzidos com oxitocina apresentavam níveis mais elevados de *Bonding* durante o pós-parto e que a estimulação desta hormona, que se verifica através da amamentação, exerce um efeito tranquilizante e, conseqüentemente, aumenta a ligação da mãe com o bebé. Ainda no âmbito da componente materna, Isabella (1994), num estudo empírico, demonstrou que as mães que

⁷ Progesterona, estrogénio, oxitocina, prolactina.

possuem relações conjugais mais positivas e íntimas e beneficiam de mais apoio por parte do companheiro têm geralmente um envolvimento mais favorável com o filho.

Neste sentido, vários estudos (Kitzinger, 1995; Klaus & Kennel, 1992) demonstram que a presença de um adulto significativo junto da parturiente, proporcionando suporte efectivo, permite uma experiência de parto mais positiva e promove o envolvimento emocional materno com o recém-nascido. A própria disponibilidade da mãe em participar nas decisões relativas ao parto e nos cuidados a prestar ao bebé contribuem para aumentar o envolvimento emocional com o recém-nascido (Figueiredo, 2003/2005).

O tipo de parto e as condições em que este se processa podem interferir no *Bonding* mãe/bebé. Os estudos de Gitau, Menson, Pickles, Fisk, Glover & MacLachlan (2001) demonstraram que os partos distócicos (*fórceps* e ventosas), normalmente muito stressantes, quer para a mãe, quer para o recém-nascido, são susceptíveis de comprometer de forma negativa a disponibilidade para o estabelecimento da relação. Corroborando esta ideia estão também os estudos de vários autores no âmbito do *Bonding* mãe/bebé, citados por Figueiredo (2003/2005), em que se verificaram diferenças na ligação emocional da díade, de acordo com o tipo de parto. A ligação encontra-se favorecida quando os partos são eutócicos. Nas situações de cesariana observava-se uma reacção inicial menos positiva, provavelmente, devido à demora do primeiro contacto do bebé com a mãe, principalmente nas situações de cesarianas com anestesia geral.

A promoção precoce do contacto da díade, a estimulação para o contacto corpo a corpo, entre mãe e bebé e a amamentação têm efeitos positivos no

envolvimento emocional e na interacção entre ambos (Mikiel-Kostyra, Mazur & Boltruszko, 2002). Ainda no que diz respeito ao recém-nascido, Loureiro & Figueiredo (2000), assim como Ribas & Moura, (2006) referem que as competências do bebé para participar na interacção e para sinalizar o seu interesse e disponibilidade nos contactos com os pais interferem no envolvimento emocional. Estudos feitos, pelas referidas autoras, com bebés prematuros, em que as suas competências de interacção estão reduzidas, comprovaram haver compromisso do intercâmbio emocional. Realmente, as condições nas quais decorre o parto e os primeiros contactos com o bebé são factores decisivos na ligação emocional. A dor e o mal-estar durante o parto afectam de forma negativa a disponibilidade da mãe para se vincular de imediato ao bebé (Figueiredo, et al., 2002). São alguns destes factores, estudados no actual estudo, que interferem no *Bonding* da mãe com o recém-nascido.

2. DOR E NASCIMENTO

2.1. Perspectiva Histórica Sobre a Dor

Ao longo dos tempos, a dor tem sido objecto de vários estudos: Pitágoras (566-497 a.C.), Platão (427-347 a.C.), Aristóteles (384-322 a.C.), Claudius Galenus (131-200), Ibn Sina (980-1038), Leonardo da Vinci (1452-1519), René Descartes (1596-1650) Sir Charles Bell (1774-1842) e François Magendie (1783-1855), Johannes Peter Müller (1801-1858), Alfred Goldscheider (1858-1935), Jonh Joseph Bonica (1917-1944), em 1958 Schiff, Melzack e Wall em 1965 Schwob, (1994), Wall, (2002), que procuraram dar resposta às várias questões levantadas sobre a dor, desde a sua natureza e origem, assim como controlar os seus mecanismos e respectivos efeitos. Sendo a dor um fenómeno de natureza idiossincrático, as várias correntes de pensamento e os avanços científicos e tecnológicos, nomeadamente na área da anatomia, da fisiologia e da psicologia, têm contribuído para a compreensão do quadro algico e para a implementação de medidas analgésicas, sejam elas, ou não, de natureza farmacológica.

O vocábulo português “dor” (*dolore* em latim vulgar) é proveniente do grego *πόνος* (“pónos” de “poine”) e do latim antigo *poena*. Significa pena, castigo ou punição, podendo denotar uma variedade de sentimentos, tais como experiência dolorosa, desgosto, perda, ou uma dor real (Hawthorn & Redmon, 1998). A dor sempre esteve associada a sofrimento e, portanto, é algo que não é desejável.

Um sofrimento de natureza física, com incómodo e desequilíbrio orgânico, mas também uma angústia e aflição psíquica, que afecta todos os sistemas do corpo humano.

Desde o início da existência do ser humano, não houve época em que este não lidasse com a dor, tentasse explicá-la e, principalmente, aliviá-la ou mesmo evitá-la. Nas civilizações antigas, o fenómeno doloroso era encarado de diversas formas. Admitiam que a origem da dor era originada por espíritos malignos, monstros e demónios, esta era atribuída, à entrada do espírito dos mortos, através do nariz e dos ouvidos, dependendo a sua eliminação de feiticeiros com poderes para tal (Bonica, 1990; Fial, 2000; Phipps, Sands & Marek, 2003). Astley (1991) refere a existência de registos sobre o tratamento da dor em papiros datados de 4000 a.C..

Na Grécia clássica, Pitágoras (566-497 a.C.), Platão (427-347 a.C.) e Aristóteles (384-322 a.C.) empenharam-se no estudo da dor. Para Aristóteles o coração era o centro de todas as sensações, constituindo o *πρωτον αισθητηριον*⁸ que, tendo em conta a união de todas as percepções numa determinada zona do cérebro, é designado por *sensorium commune*⁹. O cérebro não intervinha neste processo. Para o filósofo, a dor era apenas uma emoção. Partindo destas ideias, Claudius Galenus (131-200), médico grego, formulou, quatro séculos mais tarde, uma teoria complexa acerca das sensações, baseando-se num estudo aprofundado do sistema nervoso central. As evidências da intervenção do cérebro na percepção das sensações provocaram, porém, a contestação das ideias de Aristóteles. Na Roma antiga, o médico Aulus Cornelius Celsius (século

⁸ Comumente traduzido por “primeiro órgão dos sentidos” (Kant, 2003).

⁹ O termo *sensorium commune* (lugar-comum das sensações) foi introduzido por Anício Boécio (475 a 524).

l) demonstrou que a dor estava relacionada com o fenómeno inflamatório, identificando os sinais característicos desse processo: dor, calor, rubor e tumefacção.

Durante a Idade Média e a Renascença, os princípios filosóficos sobre a dor, sugeridos por Aristóteles, eram seguidos por uns e contestados por outros. O médico persa Ibn Sina (980-1038), conhecido nas culturas ocidentais como Avicena, descreveu quinze tipos de dor, tendo em conta a sua etiologia, e mencionou que eram causados por alterações humorais. Sugeriu alguns métodos para o alívio da dor, nomeadamente a massagem, o exercício físico e a administração de algumas drogas naturais, como por exemplo o ópio (Bonica, 1990).

Mondino dei Lucci (1275-1327), anatomista da Universidade de Bolonha, foi autor do tratado de *Anathomia* que esteve em vigor durante três séculos nas escolas de medicina, considerava o cérebro o centro de todas as sensações. Começaram neste período a refutação de algumas das concepções aristotélicas (Schwob, 1994). Leonardo da Vinci (1452-1519), através de várias investigações, demonstrou, em 1512, que a dor era transmitida até à medula espinhal via nervos do tacto. Da Vinci foi o grande impulsionador da anatomia e fisiologia moderna da dor (Schwob, 1994). Ainda assim, durante o século XVII, as ideias de Aristóteles foram sustentadas por alguns cientistas. Por exemplo, pelo médico britânico William Harvey (1578-1657), quando em 1628 explicou pela primeira vez a circulação sanguínea, reafirmando que o coração era a base de todas as sensações (Astley, 1991; Bonica, 1990).

René Descartes (1596-1650) inspirou-se nas ideias de W. Harvey. Em 1664 aprofundou os princípios filosóficos de Galenus e o estudo anatomofisiológico do

sistema sensitivo, referindo-se ao cérebro como o centro da actividade sensorial e motora (Bonica, 1990). Desenvolveu a primeira teoria sobre a dor, identificando-a como sendo uma resposta à excessiva estimulação nervosa (Phipps, Long & Woods, 1983).

No século XIX, com o reconhecimento da fisiologia como ciência experimental fizeram-se grandes avanços no estudo da fisiologia e do tratamento da dor. Sir Charles Bell (1774-1842) e François Magendie (1783-1855) foram os primeiros a explicar que existem funções diferentes em cada nervo, estando estes ligados a partes diferentes do cérebro. Os fisiologistas alemães Johannes Peter Müller (1801-1858) e Alfred Goldscheider (1858-1935) deram o seu contributo ao desenvolverem o conhecimento dos processos sensitivos, considerando que o cérebro recebe informação sobre os objectos, por meios sensitivos, e defendendo que a intensidade e a quantidade do estímulo são determinantes da dor (Melzack & Wall, 1987).

No final do século, Marshall, filósofo e psicólogo, referia que dor era uma qualidade emocional que dá colorido a todos os eventos sensitivos, surgindo, assim, em oposição às teorias anteriores, como é o caso da Teoria Afectiva da Dor, reformulada em 1900 por Sir Charles Sherrington (1857-1952), prémio Nobel em Fisiologia e Medicina em 1932, que advogava que a dor abrangia uma dimensão afectiva e outra sensorial (Melzack & Wall, 1987).

Em 1958, Schiff descreveu a Teoria da Especificidade (teoria tradicional da dor), baseada nas ideias de R. Descartes, defendendo que a dor é a única consequência da excitação das fibras nervosas nociceptivas e aferentes, que são transmitidas directamente ao cérebro e constituem a sensação dolorosa.

Menciona, ainda, a existência de diferentes terminações nervosas, consoante cada tipo de sensação dolorosa.

Os conhecimentos sobre a transmissão e recepção da dor continuavam a ser insuficientes, mas as pesquisas no âmbito da fisiologia, da psicologia e da sociologia deram o contributo para o aparecimento de novas teorias sobre a dor. Em 1965, Melzack e Wall (1965) apresentaram, na revista *Science*, a sua *Gate Control Theory* ("Teoria do Controle do Portão", também conhecida como "Teoria do Portal"). Partindo das investigações e dos avanços científicos mais recentes, a teoria defende que a percepção da dor tem por base a relação intensidade do estímulo/percepção da dor e que depende de variáveis psicológicas e fisiológicas.

A dor é entendida como um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo que produz sensações dolorosas. O pensamento, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção da dor e a resposta à mesma. Alguns dos aspectos da teoria de Melzack e Wall estavam incorrectos, mas a estrutura geral do modelo mantém-se aceite pela comunidade científica até à actualidade.

Durante muitos séculos, antes da descoberta da terapêutica analgésica, o tratamento da dor era assegurado por diversos métodos, desde orações e promessas de cariz religioso aos meios psicológicos. É no século XVI que surgem os primeiros procedimentos de anestesia local por compressão nervosa (Astley, 1991). Paracelsus (1493-1541) conhecia o éter dietílico e observou as suas propriedades anestésicas em galinhas.

Dois séculos mais tarde, começa a utilizar-se a cocaína e aparecem as primeiras referências ao efeito analgésico do ópio. Em 1806, o tratamento da dor

tem um avanço considerável com a descoberta da morfina¹⁰. A vitória sobre a dor ocorre, contudo, com William Morton (1819-1868), em 1846, no *Massachusetts General Hospital (Boston, USA)*, demonstrando as propriedades anestésicas do éter, ao participar numa intervenção cirúrgica com recurso à anestesia geral e utilizando, pela primeira vez, éter em vez do comum protóxido de azoto.

No final da década de quarenta do século XX, o médico John Joseph Bonica (1917-1944) criou o primeiro centro de tratamento da dor, em Washington (EUA) e, em 1953, escreveu o livro *The Management of Pain*, considerada, ainda hoje, uma obra de grande reputação no âmbito da dor, do diagnóstico e da terapêutica. Em 1973, Bonica organizou o *First International Symposium on Pain and its Management*, em Seattle (EUA), evento que conduziu directamente à criação da *International Association for the Study of Pain (IASP)*, associação que congrega mais de 5600 membros e que representa 83 países.

Na década de noventa do século XX são difundidas, um pouco por todo o mundo, fundações e associações que estudam a dor e investigam métodos eficazes para a combater. Em 1995, a *American Pain Society (APS)* considerou a dor como o quinto sinal vital, sendo-lhe exigida a sua avaliação com a mesma equidade que aos restantes sinais. No Congresso da APS, em 2000, foi assinada a Declaração da *Decade of Pain Control and Research (2001-2011)*. Esta sociedade tem apoiado activamente a implementação da Declaração e tem sido um elemento essencial para o desenvolvimento de vários programas, quer através da promoção de uma consciência e tratamento da dor, quer através do financiamento para a investigação clínica neste domínio.

¹⁰ Nome dado em honra de Morfeu (Deus grego dos sonhos), filho de Hipnos (Deus do sono).

Pela sua subjectividade, a dor é considerada por muitos autores como um fenómeno complexo e difícil de compreender. É universal, multidimensional, varia entre os indivíduos e é influenciada por vários factores, nomeadamente o conhecimento, a cultura e a experiência pessoal (Serrano & Pires 2000; Perguiça & Sobral, 2003). Poucos temas são tão complexos quanto a dor. Tentar entendê-la sempre foi um desafio.

Na actualidade, o alívio da dor é uma questão com uma relevância crescente. As transformações que se têm verificado nesse domínio, e que têm muito a ver com a amplitude crescente do corpo de saberes, com a preocupação progressiva com os cuidados à pessoa que sente dor, têm implicado mudanças na filosofia dos cuidados que são prestados. Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde, ouvindo a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, instituiu, em 2003, a “Dor como o Quinto Sinal Vital” (DGS, 2003). Para garantir uma boa prática de cuidados de saúde, a mesma norma determina, ainda, o cumprimento do seguinte: 1) Registo sistemático da intensidade da dor; 2) Utilização, para medição da intensidade da dor, de uma das escalas validadas internacionalmente (*Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces*); e 3) Criação de um espaço próprio para o registo da intensidade da dor nos verbetes de registo dos sinais vitais em uso nos serviços prestadores de saúde.

A IASP definiu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (IASP, 2008). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICNP, 2008), por sua vez, conceptualizou a dor como uma percepção, caracterizada pelo “aumento de sensação corporal

desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (p. 60). McCaffrey (citada por Serrano & Pires, 2000) caracterizou a dor como “qualquer coisa que o indivíduo que a experimenta diz que é e está presente sempre que ele o afirme” (p. 18), remetendo-nos para a sua natureza subjectiva, só quantificável pela pessoa que a sente. A dor é, pois, uma sensação vivida na medida de cada um e na intensidade de cada qual.

2.2. Neurofisiologia da Dor

Da literatura consultada sobre a neurofisiologia da dor, sabe-se que a percepção da dor depende da natureza do estímulo, da programação, do mecanismo, da sua transmissão e da sua interpretação cerebral. O conceito de transmissão directa e automática da dor, como sendo um impulso nervoso que tem origem nos receptores específicos do nosso corpo e que se dirigem para o centro da dor, no cérebro, ao longo de um percurso específico, não está completamente correcto, pois, se fosse assim, todos teríamos o mesmo tipo de reacção automática face a um estímulo doloroso.

A dor, normalmente associada a aspectos negativos, desencadeia sentimentos de angústia, mal-estar e até medo da incapacidade ou morte, mas pode também ser encarada como mecanismo de defesa ou alerta para o organismo que, indicando a proximidade de perigo (calor, frio) ou a presença de

alteração ou lesão orgânica, constitui muitas vezes o primeiro sintoma de uma doença (Serrano & Pires, 2000). Neste ponto de vista parece que a dor é importante para o organismo, funcionando como sistema de alerta.

A evolução biológica dos organismos apurou a percepção de dor aguda como um dos principais mecanismos de defesa contra agressões nocivas com origem interna ou externa ao corpo. Esta dor aguda permite reagir reflexamente com movimento de fuga, de modo a preservar a integridade do organismo ou a proteger determinada parte magoada do corpo, do toque ou do movimento. Esta defesa depende do sistema nociceptivo, o conjunto de células nervosas que, da periferia do corpo até ao encéfalo, é responsável desde a detecção do estímulo agressor e doloroso até à resposta comportamental gerada pelo encéfalo. (Almeida & Leite-Almeida, 2006).

Quando a dor se prolonga, por vezes, durante meses e anos e ultrapassou a importância biológica de alerta e fuga, é considerada dor crónica, a qual é produto de impulsos de pequena magnitude resultantes da actividade neural anormal. Esta dor prolonga-se para além do processo inflamatório de uma dor aguda ou sustentada de curta duração, geralmente com duração superior a 6 meses e que, ao fim desse tempo, já nada tem a ver com o acontecimento que provocou a dor aguda inicial. De facto, não é fácil encontrar qualquer factor biológico nas dores intensas e de difícil controlo que estão associadas à fase terminal de doenças, como por exemplo o cancro. Já não têm a função de aviso ou alerta para uma agressão aguda (Watt-Watson, 2003).

Realmente, ao longo de vários séculos, vários investigadores tentaram explicar os mecanismos neurológicos que fundamentam a sensação da dor, tendo contribuído para uma melhor compreensão dos mecanismos que levam à



percepção da dor pelo ser humano. Devido ao número elevado de teorias existentes, decidimos, neste subcapítulo, abordar duas das mais importantes e já referenciadas anteriormente.

2.2.1. Teorias da Dor

Uma das mais antigas, a Teoria da Especificidade, descrita por Schiff em 1958, foi proposta por Descartes, em 1644 e aprofundada por Prodacchi, em 1969 e Perl em 1971, e segundo os autores, havia um sistema isolado de nervos aferentes que transportavam as mensagens da dor desde os receptores específicos até um centro de dor situado no cérebro. Descreve o sistema doloroso como uma ligação directa da pele ao cérebro, onde existia um centro específico da dor que era responsável pelas manifestações das experiências desagradáveis. Apesar de alguns investigadores procurarem o centro da dor para que fosse removido e assim eliminasse a dor, este nunca foi encontrado. Esta teoria encarava a dor simplesmente como um tipo de reacção estímulo-resposta e ignorava quase que totalmente as emoções. Muito utilizada durante a primeira metade do século XX, caiu em desuso, pois foram-lhe encontradas algumas lacunas (Phipps Sands, & Marek, 2003).

Teoria do controle do portão ou do portal - Concebida por Ronald Melzack e Patrick Wall em 1965, procurou explicar o facto do cérebro poder, através de influências inibitórias ou facilitadoras sobre a espinhal medula, modificar a percepção da dor, de uma forma a que o estímulo passa a um determinado momento a ser doloroso e noutra indolor. Explicam não ser dor, apenas a transmissão neurofisiológica de estímulos, mas também os pensamentos, as

experiências dolorosas anteriores e o estado emocional, e que estes iriam influir a percepção e resposta à dor, abrangendo deste modo o corpo e a mente.

Esta teoria contribuiu significativamente para a compreensão das vias de transmissão e mecanismos da dor. Melzack & Wall (1987) consideravam que havia mecanismos através dos quais a fisiologia e a psicologia se interligavam para alterar a percepção da dor. Neurónios inibitórios descendentes, também denominados não-nociceptivo inibem as células transmissoras da dor, impedindo a passagem do impulso doloroso para os centros superiores. Estariam, assim, a influenciar a sensação dolorosa, o sistema fisiológico de controlo da dor e também variáveis psicológicas (Millan, 1999).

Os impulsos dolorosos estão sobre influências reguladoras, em situações de grande euforia, de excitação, ou de grande concentração os estímulos dolorosos são tolerados, há um bloqueio da dor e muitas vezes só após a passagem dessa alegria/euforia se descobrem lesões graves. Este fenómeno é explicado através da teoria do Portal. Todos os portões têm como objectivo o controlo de movimento de algo, quando um "portão" é aberto permite a passagem, quando está fechado a passagem está obstruída. Os receptores dos estímulos da dor - nociceptores e o SNC estão em comunicação através de um complexo código neural. Os impulsos da dor, ou seja, as informações nociceptivas dirigem-se através das fibras A-delta e C para a medula espinal onde, segundo os autores da teoria do portal, existe um mecanismo semelhante a um portão que habitualmente está fechado, e não deixa passar a informação nociceptiva, aliviando a dor mas, às vezes, pode abrir-se, facilitando a passagem do impulso da dor. Para Melzack & Wall, (1987) "o influxo somático submete-se, pois, à influência reguladora do portão, mesmo antes de criar uma percepção à

dor e consequente reacção" (p.215). Esta teoria sugere que a informação da dor só consegue passar quando o "portão" está aberto. O processo portal depende de dois factores modificativos: 1) o equilíbrio da actividade dos neurónios aferentes e; 2) as fibras de controlo descendente que partem dos centros mais altos do cérebro.

O controlo da dor e a teoria do portal é complexo. Este modelo envolve, não apenas as vias nervosas do sistema, mas também interacções complexas entre as diversas estruturas cerebrais, neurotransmissores e hormonas (encefalinas¹¹, serotonina¹² e endorfinas¹³), as quais vão inibir as respostas nociceptivas dos neurónios do corno dorsal, provocando assim uma diminuição das respostas à dor. O "portão" é aberto pela libertação de produtos químicos que excitam as membranas pós-sinápticas dos neurónios, nos tratos ascendentes das fibras da dor. O fechar do "portão" é conseguido através da libertação de outros produtos químicos.

→ na Internet

Ao contrário das outras teorias, os autores desta acreditam que quase todo o sistema nervoso central esteja envolvido no processo de decidir se o "portão" deve permanecer fechado ou abrir: as emoções positivas, nomeadamente a excitação ou o prazer, fecham o "portão". As negativas, como a ansiedade, a apreensão, o medo, fazem-no abrir. Embora a teoria original tenha passado por várias revisões, os conceitos básicos permanecem intocáveis. O conceito de "portão" na região do corno dorsal da medula espinhal tem sido fundamental nas estratégias de intervenção e pesquisa da dor.

¹¹ Estão presentes nos neurónios da medula espinhal, apresentam efeitos antinociceptivos.

¹² É responsável pela regulação da nocicepção. A sua libertação inibe a transmissão do impulso doloroso para o SNC, permitindo a analgesia.

¹³ Neurotransmissor. Analgésico natural do organismo - endo (interno) e morfina (analgésico).

Actualmente temos conhecimento que o sistema nervoso é composto pelo sistema nervoso periférico e pelo sistema nervoso central e tem um especial significado na regulação das funções orgânicas. Este recebe as variações energéticas, interpreta-as e organiza as respostas de ordem física e psíquica. As vias nociceptivas compreendem o conjunto dos elementos do sistema nervoso, que têm como funções detectar, transmitir, analisar, controlar as informações produzidas por uma lesão tecidual e fornecer uma resposta adequada.

Os detectores específicos da dor, ou nociceptores, são terminações livres de neurónios aferentes¹⁴. Estes estão situados no corno posterior da medula espinhal, dão origem a feixes ascendentes e intervêm na construção das respostas reflexas segmentares simpáticas e motoras. É o mecanismo de transmissão da dor a partir de um estímulo periférico que é conduzido através de um nervo periférico (com fibras especializadas nesta transmissão) até ao sistema nervoso central que ascende por via medular até ao cortex somato-sensorial (Furst, 1999). Divide-se em três fases fundamentais: 1) transmissão de estímulos externos, período de tempo que medeia entre a recepção do estímulo pelo nervo periférico, até à chegada do mesmo à espinhal medula. O nervo periférico é constituído por axónios de três tipos neuronais: motores, aferentes primários e pós – ganglionares. O axónio, após sair da zona neuronal, bifurca-se, enviando um prolongamento para a espinhal medula e outro para os tecidos enervados.

As fibras aferentes transmitem o estímulo até à espinhal medula. Classificam-se, atendendo ao seu diâmetro e velocidade de condução, em:

¹⁴ Neurónios de primeira ordem. Encontram-se na pele, vasos, músculos, articulações e vísceras.

Fibras A-Aelta¹⁵, Fibras A-Omega¹⁶ e Fibras C¹⁷; 2) a segunda fase - transmissão pelas vias centrais da dor, é o período desde a chegada do estímulo à espinhal medula até à sua chegada ao córtex cerebral. Os axónios dos receptores nociceptivos aferentes entram na espinhal medula na raiz dorsal onde contactam com os neurónios medulares, que recebem impulsos somáticos e viscerais, podendo intensificá-los ou inibi-los, e estes por sua vez transmitem os estímulos através dos axónios aos centros cerebrais superiores, em primeiro lugar ao tálamo (filtra os impulsos eléctricos e determina a intensidade da dor) e posteriormente ao córtex cerebral e sistema límbico, onde ocorre a terceira fase; 3) modulação da dor - que é a descodificação, percepção e modulação da dor, ocorrendo então a reacção a essa mesma dor, através do hipotálamo, mesencéfalo e bulbo raquidiano, que controlam o neurónio medular, transmitindo a dor pela via descendente (Grubb, 1998; Guyton, 1988; Rico, 1995).

¹⁵ São mielinizadas, de maior diâmetro (10 mm), responsáveis pela transmissão da dor aguda e súbita. Enervam a pele. Conduzem impulsos nervosos a uma velocidade de cerca de 100 metros/segundo.

¹⁶ Possuem cerca de 3 mm de diâmetro, mielinizadas, finas, responsáveis pela transmissão da dor aguda e súbita. Enervam a pele e as estruturas viscerais e somáticas profundas. Transmitem os impulsos a 20 metros/segundo.

¹⁷ Sem mielina, máximo de 1mm de diâmetro, responsáveis pela transmissão da dor persistente. Enervam a pele e as estruturas viscerais e somáticas profundas, ocorrendo a transmissão a não mais de 1 metro/segundo.

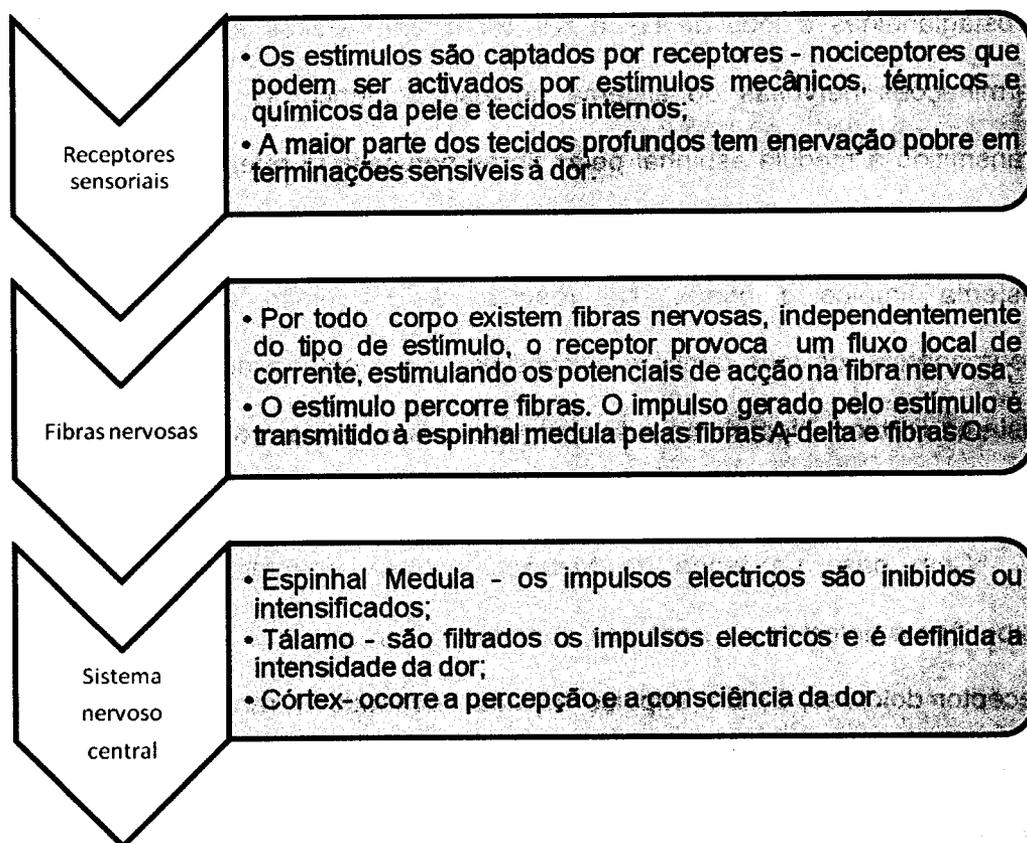


Figura 10. Diagrama da condução do estímulo doloroso

Durante o desenvolvimento fetal, o cérebro e o sistema nervoso são das partes do organismo que primeiro se especializa. Cerca das 24 semanas de gestação, as sinapses nervosas encontram-se completas, permitindo a percepção da dor. Antes do nascimento, todas as células nervosas estão formadas e são capazes de perceber e processar estímulos. A experiência da dor envolve, principalmente, dois processos: a percepção e a reacção à dor. No primeiro há o envolvimento de mecanismos anatomofisiológicos em que o estímulo nocivo, que provoca a dor, é transmitido pelas vias neurológicas desde os seus receptores. A lesão de origem química, física ou térmica dos tecidos causa uma reacção inflamatória e liberta substâncias químicas (algiogénicas), nomeadamente a histamina, bradiquinina, citoquininas, serotonina, adrenalina,

prostaglandinas e iões de H⁺ e K⁺, todas com efeitos excitatórios, para as terminações nervosas do sistema nervoso periférico. O impulso eléctrico é transmitido à medula espinhal pelas fibras nervosas já referidos: fibras A-delta, A- ómega e Fibras C, e depois encaminhado para o tronco cerebral, tálamo sistema límbico e córtex. Na reacção à dor estão envolvidos factores neuroanatómicos mas também psicofisiológicos, englobando o córtex cerebral, sistema límbico, hipotálamo e tálamo, que desencadeiam o comportamento da pessoa face à dor (Furst, 1999).

Com base na teoria de Melzack e Wall, podemos referir que uma experiência dolorosa só acontece quando: 1) Um estímulo adequado actua no receptor doloroso; 2) Um impulso for desencadeado e transmitido ao cérebro, pelas fibras de condução dolorosa; 3) Nenhum mecanismo endógeno, médico ou terapêutico impeça a transmissão do impulso doloroso; 4) O impulso seja conscientemente percebido pela pessoa. Nesta última variável entra um aspecto fundamental: o afectivo-cognitivo, de grande complexidade e muito influenciado por factores culturais, sociais, psicológicos, entre outros.

A variação das experiências dolorosas deve-se a limiares de dor diferentes: 1) Limiar de sensação - o valor mínimo de estímulo, suficiente para causar dor; 2) Limiar de percepção à dor - o valor mínimo de estímulo capaz de causar dor; 3) Tolerância à dor - o nível mínimo do estímulo para que a pessoa procure evitar a estimulação ou peça a sua interrupção; e 4) Tolerância com encorajamento - incita-se a pessoa a suportar níveis de estimulação superiores (Losio, 2005). Os limiares da dor podem ser afectados negativamente se estiveram envolvidos factores como, por exemplo, o medo, a ansiedade, a fadiga e a tristeza. Também podem, contudo, ser afectados positivamente, no caso de

serem transmitidas informações esclarecedoras, apresentadas compreensão e simpatia, e adoptadas atitudes de redução da ansiedade e elevação da moral, entre outros elementos.

A dor, numa perspectiva psicológica, pode ser identificada tendo em conta três aspectos fundamentais: 1) O sensório descritivo - que permite identificar a lesão no tempo e espaço; 2) O directivo motivacional - que activa as várias alterações somáticas do sistema nervoso autónomo, as quais reagem protegendo o processo lesivo, ou os comportamentos adversos; 3) O afectivo cognitivo - o mais complexo, e que é fortemente influenciado pelos factores culturais, psicológicos, familiares, sociais e outros (Rico, 1995). Como já vimos, a dor não possui apenas uma dimensão sensorial, responsável pela determinação da intensidade, duração, localização e tipo de dor, pois o estado emocional influencia claramente a percepção dolorosa.

2.3. A Experiência da Dor no Trabalho de Parto

A dor do trabalho de parto corresponde à experiência sensorial e afectiva, individual e complexa (Niven, 1988; Sittner, Hudson, Grossman & Gaston-Johansson, 1998; Waldenström, Bergman & Vasell, 1996; Yerby, 2000; Murphy-Black, 2000). Vander (1980) considera que o parto faz doer, mas não faz sofrer; a menos que ele tenha deixado de ser sentido como um evento natural e fisiológico e se tenha tornado num “problema” complicado com angústias e medos. Nesta corrente de pensamento encontra-se, também, Read (citado por Rezende, 1999), ao referir que “a dor de parto não existe, o sofrimento referido

pela mulher civilizada é fruto do medo que lhe é inculcado desde a infância, exacerbado durante a gestação por informações pessimistas e falsas” (p. 271).

Para Losio (2005), a dor de parto tem sido descrita como um modelo de dor aguda e, como tal, com origem anatómica conhecida, transmissão neurológica e resposta fisiológica proporcional. A dor do parto distingue-se, todavia, dos outros tipos de dor:

a) É uma dor intermitente, associada a contracções, com aumento gradual, até atingir um pico; de seguida, tende a diminuir e desaparece por completo. No intervalo entre as contracções não existe incómodo ou dor; nesses períodos, existe tempo para relaxar, para ventilar profundamente e, por vezes, para dormir;

b) Diversos factores influenciam a intensidade da dor. A percepção da dor difere de mulher para mulher e varia em cada gravidez. Vellay (1998) identificou factores psicológicos, funcionais e emocionais que influenciam directamente a dor: quando se tem medo, fica-se tenso, e a sensação de dor aumenta;

c) A dor de parto é facilmente “esquecida”. É frequente o testemunho de mulheres que referem ter esquecido as dores de parto no momento em que vêem o seu filho pela primeira vez. Estes relatos parecem, pois, apontar no sentido de que uma boa experiência de parto significa, entre outras coisas, saber lidar com a dor própria das contracções uterinas e da dilatação do colo, e conseguir diminuir ou mesmo eliminar as dores, resultantes de tensões e dos medos sentidos.

A dor do trabalho de parto é diferente da dor aguda ou crónica provocada pela doença, pelo trauma ou pelos procedimentos cirúrgicos e médicos. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, (CIPE) tradu-la 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" (2006, p.61).

Segundo Reis e Patrício (2005), há vários factores que aumentam a percepção da dor, onde se incluem o medo, o *stress*, o cansaço, a tensão, a fome, a solidão, o desconhecimento da situação e o ambiente hospitalar estranho. Bismarck (2003) salienta que a ansiedade, associada muitas vezes à pouca informação acerca do parto, está implicada no aumento da sensação dolorosa. Por outro lado, o medo da dor, por si só, pode ser um factor de aumento de ansiedade, acontecendo muitas vezes no início do trabalho de parto. O excesso de ansiedade produz uma maior libertação de catecolaminas, sintetizadas na medula da supra-renal, no cérebro e em algumas fibras nervosas, particularmente adrenalina, aumentando o reflexo nociceptivo da pelve e de estruturas correlacionadas, com maior estímulo a nível cortical. A libertação de adrenalina acelera a actividade metabólica, com consequente aumento da temperatura, contribuindo para a isquémia tecidual (pele, rins e órgãos de circulação mesentérica).

O desconforto existente ao longo do trabalho de parto caracteriza-se por sensação dolorosa de intensidade e frequência crescentes; uma dor visceral, provocada pelas alterações do colo e pela isquémia uterina; e uma dor somática, resultante do afastamento dos tecidos perineais, da tracção do peritoneu e dos ligamentos uterocervicais verificada durante as contracções. Também a força expulsiva, a pressão exercida sobre a bexiga, intestino e outras estruturas pélvicas, são causas de desconforto (Bobak, *et al.*, 1999).

À medida que o trabalho de parto progride, as contracções tornam-se gradativamente mais intensas, com períodos de descanso entre elas mais curtos. É na fase activa que as contracções provocam mais incómodo e maior desconforto, momento em que algumas parturientes começam a exteriorizar as suas manifestações dolorosas.

A percepção da dor no trabalho de parto difere ao longo das várias fases. Durante o primeiro estágio do trabalho de parto, a dor tem origem no útero e estruturas anexas. Pensa-se que a sua percepção se deve, sobretudo, à dilatação, distensão e estiramento do colo uterino e peritoneu subjacente (Losio, 2005). No final da fase activa do primeiro estágio, devido a uma maior estimulação das estruturas sensíveis da dor dentro da cavidade pélvica, as parturientes referem dor contínua e contracções musculares (Bonica, 1990). No segundo estágio do trabalho de parto, as características da dor são ligeiramente diferentes das anteriores. A produção de estímulos nociceptivos torna-se menor quando o colo atinge a dilatação completa. A dor passa a ter origem nas áreas de enervação do nervo pudendo. A compressão exercida sobre as estruturas pélvicas, com a descida da apresentação fetal e a distensão do períneo e do canal de parto, desencadeiam novos estímulos (Graça, 2005; Losio, 2005).

Com o desenvolvimento do trabalho de parto, as contracções aumentam de intensidade e de frequência, provocando cansaço e estão subjacentes alterações fisiológicas, que provocam desconforto e dor às quais se seguem respostas orgânicas, nomeadamente a nível da ventilação pulmonar e respiração, da circulação e dos centros hipotalâmicos que têm actividade neuroendócrina. Os níveis de dor aumentam e, por vezes, aumenta a ansiedade (Veladas, 1997). Há interferência a nível da saúde física e psíquica da mulher e

ainda Segundo Bonica (1990) e Hiltunen, Raudaskoski, Ebeling, & Moilanen (2004) a dor do trabalho de parto, pode provocar alterações emocionais e interferir na saúde mental da mulher, afectando a relação mãe/bebé.

No bloco de partos, a dor é uma constante, os sentimentos negativos predominam e os positivos são poucos (Leventhal, E., Leventhal, H., Shacham, S., & Easterling, D. (1989)). O modo como a experiência de parto é vivida irá torná-la positiva ou traumatizante. As mulheres que demonstram capacidade de lidar com o *stress*, com a ansiedade e a dor estão geralmente mais satisfeitas com a experiência do nascimento (Thune-Larsen & Pedersen, 1988).

Ao longo das gerações, através de relatos das mães, das avós e das tias, foram transmitidas em todas as fases de vida da mulher experiências negativas, com carácter “dramático”, em relação ao momento do parto, colocando em destaque a particularidade da dor. Vários autores, como Kitzinger (1995), Couto (2003) e Graça (2005) associam que a tradição foi tomando sinónimos os vocábulos “parir” e “doer” e que as mulheres, para se referirem a algo sofrido e doloroso, exemplificam com as dores de parto. Actualmente, no parto humanizado, concebe-se a dor como parte suportável de um processo de transformação pessoal, função da alegria do nascimento do filho.

A mulher adulta traz muitas vezes consigo experiências de momentos de dor física e psíquica, que marcam, de forma variável, a construção psicológica e social da pessoa. Quando grávida, deve preparar-se de maneira realista para o imenso desafio que representa o trabalho de parto. É adequado esclarecer a parturiente sempre com a verdade, evitando que ela se descontrole no momento da dor, situação que seria prejudicial para o trabalho de parto. A capacidade de autocontrolo das parturientes e um ambiente sereno, sem a presença de

grandes receios, gritos e gesticulação anormal não é frequentemente observado nas nossas maternidades. O que presenciamos, amiúde, durante a nossa actividade profissional, são mulheres ansiosas com enormes medos, com contracturas musculares e enorme tensão e dor. Em geral, estão separadas dos seus companheiros e familiares, convivendo em ambientes desconhecidos e com pessoas estranhas. Acresce a tudo isso o facto de não dominarem a linguagem técnica utilizada pelos profissionais e do comportamento destes ser, por vezes, desadequado e objecto de muitas queixas das parturientes, pais ou familiares.

O parto é vivido como uma realidade distante onde se encerram riscos, irreversibilidade e imprevisibilidade, sem previsão de anormalidades. Essas situações podem ser, ou não, vivenciadas pela mulher de forma tranquila, dependendo das suas crenças de auto-eficácia e das técnicas de adaptação que possui para o momento. Soifer (1986) considera que "...o modo como a parturiente suporta a dor, aceita ou não sofrer, tem um sentido essencialmente cultural e psicológico" (p. 72).

Muitas mulheres consideram a experiência da maternidade desorientadora, desconcertante, perturbadora e dolorosa, quando deveriam encontrar na maternidade a alegria, o crescimento espiritual e uma nova maturidade (Feinenmann, 2000). Todo o processo de parto dura, em média, 14 horas para as primíparas e 8 horas para as múltiparas (Bobak, *et al.*, 1999; Graça, 2005). É um período em que a mulher precisa estar devidamente preparada para evitar a desorganização provocada pela dor, que muitas vezes faz com que ela se sinta vítima de um processo incontrolável (Colman & Colman, 1994). É precisamente a perda de controlo que reveste o aspecto mais importante do trabalho de parto.

Devido à tensão psíquica e corporal, a parturiente fica perturbada, o medo conduz a uma ventilação superficial, diminuindo a oxigenação do útero e, concomitantemente, aumentando o cansaço e a dor (Vellay, 1998; Bobak, *et al.*, 1999).

Embora a dor durante o parto seja um facto fisiológico bem real, existem várias formas de aliviá-la de forma natural e sem o recurso a fármacos e/ou intervenções cirúrgicas. A dor do trabalho de parto, bem como a forma de a gerir, constituem uma preocupação para as grávidas. Dada a complexidade da dor, esta deverá ser objecto de diversas abordagens, numa tentativa de proporcionar alívio da mesma. Algumas das estratégias para alívio da dor podem ser adoptadas pelas parturientes desde que as tenham aprendido e se sintam motivadas para o seu uso.

2.4. Alívio da Dor no Trabalho de Parto

Sempre houve um interesse em aliviar a dor no parto, recorrendo-se a várias fórmulas e técnicas. Encontram-se, a este nível, vários registos sobre a utilização de opióides, clorofórmio e ervas (como, por exemplo, o cânhamo e a mandrágora) e sobre a administração, via oral, de vinho, cerveja e *brandy* (Dickersin, 1989, citado por Squire, 2000). Eram utilizados, ainda, o incenso e escaravelhos, considerados como sendo sagrados, e a carcaça de tartaruga, produtos aplicados sobre a região abdominal (Chamberlin, 1993, citado por Squire, 2000). A confiança, a massagem e o suporte emocional, constituíam os métodos tradicionalmente utilizados pelas parteiras (Vincent-Priya, 1992, citado por Squire, 2000).

Robertson (2001) considera que, apesar da dor de parto ser muito singular, a forma como esta se alivia não difere muito da forma como se atenuam os outros tipos de dor. Afirma, ainda, que nem todos os recursos actuam da mesma maneira em todas as mulheres. Qualquer procedimento relacionado com a gravidez e o parto, e não só aqueles ligados à dor, deve ser adoptado individualmente e nunca pensado de forma rotineira.

A evolução a que assistimos a nível da medicina, com os particulares progressos alcançados na especialidade de obstetrícia, consegue proporcionar, actualmente, uma melhor assistência à mulher e ao recém-nascido. O alívio da dor durante o trabalho de parto é um dos objectivos de todas as mulheres, bem como de todos os profissionais, não desvalorizando o grau de controlo sobre a mesma e a satisfação da vivência. Toda a percepção da dor da parturiente, e o modo como lida com ela, dependerá de antecedentes pré-gravídicos e gravídicos. É necessário, por isso, conhecer as experiências dolorosas anteriores, preocupações a respeito da dor e os seus desejos relativamente à sua atenuação, não remetendo estas decisões para quando a mulher está em trabalho de parto activo, momento em que toda a sua energia se deve concentrar no nascimento (Ziegal & Cranley, 1985). Normalmente, o que influencia a percepção da mulher sobre o parto, classificando-o de bom ou de mau, é a forma como lidou com a dor durante o trabalho de parto.

2.4.1. Métodos Farmacológicos

O início da anestesia deve-se a William Morton, em 1846. James Simpson, em 1847, introduziu a anestesia na prática obstétrica, utilizando pela primeira

vez o éter sulfúrico. O éter inalado intermitentemente e, mais tarde, o clorofórmio, foram usados para diminuir as dores na fase final do trabalho de parto. A utilização da analgesia¹⁸ e da anestesia¹⁹, durante o parto, começou a ser reconhecida em 1857, quando foi administrado clorofórmio à Rainha Vitória durante no nascimento do seu filho. Este tipo de anestesia foi muito utilizado no Reino Unido até 1920 (Graça, 2005).

Posteriormente, os conhecimentos da fisiologia e da farmacologia introduzem avanços na anestesia. Muitos estudos foram efectuados para o desenvolvimento do controlo farmacológico da dor durante o trabalho de parto. Dá-se, então, o aparecimento da anestesia geral via inalatória, via endovenosa e via regional (raquianestesia), começando esta última a ser utilizada cada vez com maior frequência. Os métodos desenvolvidos procuravam proporcionar às mulheres um alívio adequado da dor, sem aumento de riscos para a mãe e para o feto e sem afectar o processo do trabalho de parto.

A utilização da analgesia e da anestesia pode conduzir a consequências sérias durante o trabalho de parto, o que normalmente não existe na mulher não grávida. É preciso ter em consideração as duas pessoas - a mulher e o feto – uma vez que, por exemplo, uma ligeira hipóxia ou hipotensão da mãe, sem problema para esta, pode provocar graves riscos para o feto. Note-se que um medicamento sistémico, que atravesse a placenta, pode ter influência sobre o feto ou mesmo determinar as contracções uterinas (Ziegal & Cranley, 1985).

A partir de 1960, o *tiopental* (*pentotal*), hipnótico de acção curta usado em perfusão endovenosa, obteve algum sucesso, sobretudo em Espanha. Mais tarde, em 1970, surgem os bloqueios loco-regionais (epidural e subaracnoideu),

¹⁸ Perda ou diminuição da percepção da dor.

¹⁹ Ausência de sensações.

obtendo-se uma melhor analgesia, com menos efeitos sobre o feto, e mantendo a parturiente consciente e colaborante durante o trabalho de parto. Os novos anestésicos passam a ser locais e de maior duração. A analgesia sofreu, nos últimos 40 anos, uma evolução significativa, trazendo novas concepções sobre assistência no parto.

Para o alívio da dor existe, actualmente, uma grande variedade de fármacos. O tipo de sedativo, analgésico ou anestésico a usar depende do estágio do trabalho de parto e do tipo de parto. A grande preocupação que se coloca, na administração de fármacos, é a possibilidade da passagem destes por via placentar, podendo desencadear depressão respiratória no feto no momento do nascimento. Alguns estudos comprovam a diminuição do índice de Apgar do recém-nascido das mães a quem foram administrados fármacos (Salem, Fukushima, Nakamura, Ferrari, Navarro, Castiglia & Ganem, 2007).

No trabalho de parto, relativamente à analgesia, existem as técnicas sistémicas (inalatória e loco-regional), a epidural e o bloqueio subaracnoideu. Os agentes anestésicos voláteis (via inalatória) são usados em várias cirurgias. No parto utilizava-se uma mistura, de 50% em Volume, de protóxido de azoto e oxigénio. Em Portugal, actualmente, não se utiliza esta solução, uma vez que apresenta baixa eficácia, podendo provocar bloqueio do centro respiratório, além de interferir com a dinâmica do parto. Na analgesia sistémica utilizam-se compostos narcóticos, mistos de agonistas-antagonistas, tranquilizantes e antagonistas narcóticos como os opióides.

O opióide sintético mais utilizado é a meperidina (Petidina, Demerol, Dolantina), geralmente administrado para o alívio da dor na fase activa do trabalho de parto. Desencadeia, normalmente, um sentimento de bem-estar e,

muitas vezes, de euforia. Este opióide surgiu em 1940, na Alemanha, e é idêntico à morfina (analgésico) e à atropina (antiespasmódico), embora de menor potência e com efeito depressor. É administrado por via intramuscular ou por via endovenosa.

Um narcótico é, em geral, administrado duas a três horas antes do momento previsto para o parto, mas o seu uso tem de ser ponderado e exige uma vigilância adequada da parturiente e do bebé, uma vez que os analgésicos por via sistémica atravessam a barreira hematoencefálica e a placentária, criando efeitos analgésicos centrais e possibilitando o aparecimento de depressão respiratória materna e neonatal. A dor não é completamente eliminada com os fármacos sistémicos mas o desconforto é reduzido. A mulher está consciente de alguma dor, particularmente no pico da contracção. Alguns fármacos tranquilizantes ou barbitúricos são utilizados no início do trabalho de parto, principalmente em situações de parturientes apreensivas e muito tensas, diminuindo a ansiedade e induzindo o sono.

A anestesia regional permite bloquear os nervos que transmitem as sensações do útero e da região pélvica à medula, ou seja, há uma interrupção temporária da condução dos impulsos nervosos, principalmente da dor. Fazem parte deste tipo as anestésias por infiltração local do nervo paracervical ou do nervo pudendo, a raquidiana, a subaracnoideia e o bloqueio epidural.

A anestesia local é, amiúde, utilizada quando o parto surge como iminente e a mulher refere necessidade de um alívio da dor. Os anestésicos locais actuam nas fibras nervosas no local de aplicação, de modo a bloquear a condução da actividade nervosa (Thompson, 1984). Há um adormecimento por completo da zona dorida, embora permitam que a mulher continue desperta. Este tipo de

anestesia não influencia as funções fetais. O método de anestesia para este caso é o bloqueio paracervical, em que é feita a infiltração do anestésico local no plexo pélvico (inervação do útero, vagina, bexiga e recto) provocando alívio das dores das contracções e da dilatação cervical. Não há alívio da dor do períneo que ocorre durante o parto, que só seria possível através do bloqueio do nervo pudendo.

O bloqueio do pudendo, um processo muito utilizado principalmente no 2.º estágio do trabalho de parto, consiste em injectar um anestésico local através da parede da vagina, permitindo anestesiar todo o períneo, vagina e vulva. É muito útil nos partos sem complicações e para o período expulsivo em que a mãe deseja fazer força. Revela-se, também, recomendado para a realização das episiotomias e posteriormente na reparação do períneo (Bobak et al., 1999; Lowdermilk, & Perry, 2008).

Caso a grávida pretenda um alívio maior da dor, pode ser utilizada a epidural. Este anestésico surgiu pela primeira vez em 1884. Consiste numa injeção no espaço epidural, entre a 4.ª e a 5.ª vértebra lombar, difundindo-se os anestésicos na circulação com redistribuição pelos vários tecidos. Na anestesia epidural pode ser obtido um bloqueio intermitente, injectando repetidamente o anestésico, ou um bloqueio contínuo. Actualmente, utiliza-se a analgesia controlada pela parturiente, permitindo o auto-controlo das doses (Lowdermilk, & Perry, 2008).

A grávida pode ser submetida à epidural sempre que se encontre no início da fase activa do trabalho de parto (3-4 cm de dilatação) e apresente um quadro algico intenso. Dos vários anestésicos existentes, os mais utilizados são, a saber: procaína (novacaína), lidocaína (xilocaína), bupivacaína (marcaína) e

mepivacaína (carbocaína). Estes fármacos podem ser utilizados isoladamente ou associados a opiáceos (analgesia epidural combinada), tais como o sufentanil ou fentanil (Graça, 2005).

Após a dose inicial, a medicação é injectada em intervalos, consoante a avaliação do anestesiolegista e as queixas da parturiente. A mulher relata sentir alívio da dor, entre 5 a 10 minutos após a administração do anestésico, e poderá também apresentar formigueiro e dormência dos membros inferiores (Ziegel & Cranley, 1985). Apesar de ser cada vez mais requerida, ainda permanecem alguns receios relativamente à analgesia epidural. Existem grávidas que a rejeitam por medo de “ficarem paralisadas”, por medo de não conseguirem contribuir positivamente no período expulsivo e, ainda, por acreditarem que prejudicará o recém-nascido.

Efectivamente, poderão surgir complicações com a administração da epidural: injeção num vaso sanguíneo; hipotensão arterial; punção inadvertida da dura-mater; analgesia incompleta ou por zonas. Também existem contra-indicações nesta técnica, sendo a primeira a recusa da parturiente. Por outro lado, há algumas controvérsias a respeito da interferência desta anestesia sobre o parto e o recém-nascido (Lieberman & Donoghue, 2002; Lowdermilk & Perry, 2008), mas vários estudos demonstraram que o 1.º e o 2.º estágio do trabalho de parto são mais demorados e que os partos distócicos, por via vaginal, são em maior número (Sharma & Leveno, 2003).

A epidural pode ser utilizada tanto para uma cesariana como para um parto vaginal. A anestesia geral, que provoca uma ausência passageira da consciência, é utilizada em algumas situações de cesarianas, principalmente quando há contra-indicação à anestesia epidural ou à raquidiana e nos casos de

urgência, uma vez que é o modo mais rápido de anestésiar a grávida (Bobak, *et al.*, 1999; Lowdermilk & Perry, 2008).

O bloqueio subaracnoideu, ou anestesia raquidiana, consiste numa técnica anestésica em que é administrado um só medicamento ou combinado com o fentanil no espaço subaracnoideo, através de uma injeção a nível do espaço entre a 3.^a e a 4.^a ou 5.^a vértebra lombares. (Lowdermilk & Perry, 2008). Não é colocado cateter e a quantidade do anestésico é reduzida, evitando-se, assim, algumas complicações. Uma vez que os esforços expulsivos estão diminuídos ou ausentes, a mulher não sente as contracções e, por isso, deverá ser devidamente ensinada e estimulada a fazer força; caso contrário, existe uma maior possibilidade de parto distócico, através de *fórceps* e ventosa. Esta técnica é utilizada habitualmente para cesarianas.

Seja qual for o método de opção de natureza farmacológica, este deverá produzir o mínimo de efeitos secundários sobre todo o processo do parto, a mãe e o bebé. Tendo em conta as repercussões da dor na parturiente, no feto e na progressão do trabalho de parto, parece haver um consenso relativamente à aplicação de medidas que visem aumentar o conforto e diminuir a dor. A escolha do métodos a utilizar depende de vários factores, desde as necessidades particulares da mulher, os seus desejos, a fase de trabalho de parto, a disponibilidade do método e a capacidade dos profissionais conhecerem e utilizarem as distintas técnicas.

2.4.2. Métodos Não Farmacológicos

Actualmente sabe-se que a acção da “mente” exerce influência sobre a dor. Bonica (1990) referia que as medidas farmacológicas não seriam a solução mais correcta e completa para a eliminação da dor, considerando a possibilidade de outros recursos para a combater. Incluem-se, entre outros, a massagem, o escutar música, a aromaterapia, o banho (de água tépida), as técnicas de ventilação e de distracção, o relaxamento, a confiança e a informação correcta. Sobre este último aspecto, Figueiredo et al. (2002) defendem que uma mulher adequadamente informada se sente mais segura, com maior capacidade de relaxar e de concentração no trabalho de parto, obtendo uma percepção mais positiva da sua experiência.

2.4.2.1. O Toque e a Massagem

A utilização das mãos com o objectivo de curar é, provavelmente, mais antiga do que qualquer outra tradição terapêutica. Ao longo da história, e em todas as culturas, utilizaram-se terapias manuais, como parte integrante da prestação de cuidados de saúde. A massagem actua sobre os receptores nervosos cutâneos e subcutâneos, que transmitem ao cérebro sensações de calor, pressão, distensão, atrito e dor, provocando a produção de endorfinas. Conduz a relaxamento físico e psíquico e ajuda nas situações de *stress* e ansiedade (Federspiel, & Herbst, 2001).

O toque e a massagem têm efeitos benéficos no alívio da dor do trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Podem, ainda, ser utilizados como meio de observação ou como reforço ou substituição da comunicação verbal e não

verbal. O toque é uma comunicação humana feita de atenção e de gestos simples. Ajuda a sossegar, a acalmar e a responder ao pedido de ajuda da parturiente (Perguiça e Sobral, 2003). O próprio contacto da pele proporciona sensações agradáveis, especialmente quando é realizado por alguém que se interessa pela parturiente. Ajuda a criar um clima de ligação e de satisfação mútua. O toque pode ser, apenas, um abraço, um segurar a mão ou um acariciar o corpo, ou pode ser, também, uma técnica terapêutica que envolve pessoal especializado.

A *effleurage* corresponde a uma massagem que é efectuada através de percussões suaves ao longo do abdómen, sincronizada com o ritmo das contracções e tem como objectivo distrair a parturiente da dor provocada pelas contracções (Bobak, 1999). A pressão da região sagrada é outro método não farmacológico do alívio da dor, em que se utiliza a massagem, com pressão constante das mãos ou do punho na região sagrada, aliviando a sensação de aperto interno e de dor nessa zona. É frequentemente muito calmante, especialmente quando feita pelo marido/companheiro, e é mais eficaz se o casal aprendeu e praticou a técnica nas aulas de Preparação para o Nascimento.

Estas técnicas têm como objectivo proporcionar conforto e distração da mulher em relação à dor provocada pelas contracções (Lowdermilk & Perry, 2008). A massagem activa a circulação, relaxa os músculos e provoca conforto e afecto, levando a alívio da tensão psíquica.

Instintivamente tocam-se, apertam-se e esfregam-se as zonas doridas do corpo. Em diversas culturas o toque deu origem a massagens terapêuticas para aliviar alguns sintomas ou mesmo para facilitar o parto (Federspiel & Herbst, 2001). A estimulação cutânea consiste na massagem da zona afectada. Pode

ser feita com pomada analgésica ou com a aplicação de calor ou de frio²⁰. Além desta estimulação simples, existe a técnica de estimulação nervosa eléctrica transcutânea. Só a partir do século XIX é que as dores passaram a ser tratadas por meio destes estímulos eléctricos. Esta técnica consiste em dois eléctrodos colocados na coluna dorsal e sagrada que emitem impulsos eléctricos contínuos, de reduzida intensidade, estimulando fibras mielínicas aferentes, havendo diminuição dos impulsos dos nociceptores para a medula e para o cérebro (controlo do portal). Durante a contracção, a intensidade, duração e a frequência dos impulsos pode ser regulada pela parturiente, bastando para isso rodar um botão do aparelho. O modo como a estimulação eléctrica diminui a dor ainda não está bem esclarecido. (Federspiel & Herbst, 2001). Aparentemente, os estímulos inibem a percepção da dor, através da libertação de endorfinas, proporcionando sensações como formigueiro e cócegas. A confiança no método, segundo Gentz (2001), liberta opiáceos endógenos que aliviam o desconforto e a dor.

2.4.2.2. Imaginação e Distracção

A importância da imagem foi sublinhada por Aristóteles, quando afirmou que sem ela o pensamento era impossível. Todos nós criamos imagens constantemente, seja para projectar o futuro, seja para recordar o passado ou criar fantasias para lá da experiência (Payne, 2003). Algumas pessoas têm mais facilidade em criar imagens mentais que outras diferindo, entre si, não só no realismo e na nitidez como na capacidade que têm para controlar a imagem formada.

²⁰ Para tal, aplica-se sobre a área dorida, em alternativa, a) uma botija de borracha com água quente ou com gelo; b) um lençol quente; c) um invólucro de plástico fino; d) uma toalha fria; ou e) uma bolsa de gel. Pode-se, ainda, submeter a imersão em água fria as partes do corpo ou realizar massagens com gelo.

A imaginação consiste na criação de imagens mentais confortantes usadas para aliviar a dor. Ou seja, a grávida procura elaborar pensamentos positivos de locais agradáveis e de pessoas de quem gosta, na tentativa de as visualizar, enquanto se procede ao estímulo doloroso, provocando a deslocação da sua atenção para o bem-estar dessas imagens. Trata-se, na verdade, também de um processo de distração, embora seja realizado por iniciativa própria da grávida.

Achterberg (1985), citado por Payne (2003), define a imagem mental como o “processo de pensamento que invoca e utiliza os sentidos” (p. 161). As modalidades da visão, som, cheiro e tacto podem estar todas envolvidas nesta actividade, ocorrendo, eventualmente, na ausência de qualquer estímulo externo. As imagens construídas na mente podem ser agradáveis ou incómodas: as primeiras induzem uma sensação calma, enquanto as segundas provocam uma sensação de desconforto.

A construção da imagem pode ser melhorada com a prática. A imaginação exige um ambiente calmo, com luzes de baixa intensidade e aromas, de modo a favorecer o relaxamento. Trata-se de uma técnica segura e não evasiva, sendo considerada eficaz para lidar com a ansiedade e reduzir o *stress*. Segundo Fanning (1988), citado por Payne (2003), o relaxamento é um pré-requisito essencial para a eficácia da imaginação. Assim, o relaxamento é simultaneamente uma pré-condição e uma consequência das imagens mentais.

A concentração da atenção e as técnicas de distração podem ser benéficas no controlo da dor do trabalho de parto (Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett & Hofmeyr, 2001). Esta estratégia é utilizada para desviar a mente de pensamentos inoportunos ou para enfraquecer o poder dos pensamentos geradores de *stress*. A dispersão da atenção assume a forma de

imagens agradáveis ou de actividades recompensadoras. Muitas vezes, a grávida escolhe um objecto da sala de partos e concentra nele a sua atenção, socorrendo-se, em simultâneo, da técnica da ventilação. Para Perguiça e Sobral (2003), a distração tem por objectivo encorajar a pessoa com dor a desviar a sua atenção para algo diferente, para uma actividade que aprecie, de lazer, como, por exemplo, a música, tornando o ambiente mais humanizado, e desta maneira diminuir a percepção da dor. Esta técnica poderá também ser usada durante a execução de um procedimento doloroso, mediante o recurso ao diálogo, à colocação de questões ou a comentários agradáveis, com o objectivo de manter a grávida distraída.

2.4.2.3. Musicoterapia/Aromaterapia

A Federação Mundial de Musicoterapia define a musicoterapia como “o uso da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia, harmonia) (...) para facilitar ou promover a comunicação, a inter-relação, a aprendizagem, (...) a expressão, (...) com o objectivo de satisfazer necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas” (APM, 2008). A utilização da música como terapia procura “restabelecer funções do indivíduo, para que este possa empreender uma melhor integração intra e inter-pessoal e como consequência atingir uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, da reabilitação ou do tratamento” (APM, 2008).

A música, considerada como a “linguagem dos sentimentos”, tem influência sobre as emoções, o estado de espírito e até sobre os comportamentos (Federspiel, & Herbst, 2001). Uma música, dependendo do ritmo e do momento em que é ouvida, pode conduzir a diferentes estados de alma (alegria, tristeza,

relaxamento, inspiração), e mesmo até a um estado de completa abstracção. Pode provocar no ser humano efeitos sedantes, estimulantes e enervantes.

A sensação de calma ou de excitação que a música possa provocar depende das recordações que se tem dela. É por isso que as grávidas devem ser elucidadas e incentivadas a levarem consigo para a maternidade a(s) sua(s) música(s) preferida(s). Devem aí ser escutadas, usando preferentemente auscultadores, individualizando os gostos e excluindo outros sons. Estudos realizados nos anos 1980 a 1990, por William (2009), demonstraram que, segundo o tipo escutado, a música actua positiva ou negativamente sobre a bioquímica do nosso organismo, despertando emoção ou sentimento diversos. Durante a gravidez, o recurso à música aumenta a comunicação entre a mãe e o bebé, reforçando o vínculo. De acordo o mesmo autor, ouvir música liberta endorfinas, que durante o trabalho de parto são responsáveis por diminuir o *stress*, a ansiedade e a percepção à dor e por aumentar a capacidade da parturiente em relaxar, em transmitir energia e em manter um bom nível de humor. A música produz resultados que têm fundamento no funcionamento psicológico e influencia os centros cerebrais mais directamente ligados às emoções (Federspiel & Herbst, 2001).

A aromaterapia utiliza-se com a intenção de promover a saúde e o bem-estar, e também no tratamento de algumas doenças. As ervas aromáticas são utilizadas há centena de anos pelo homem. São usados óleos aromáticos como os de alfazema, de lavanda e a salva, que têm propriedades relaxantes. Estas essências podem ser utilizadas como óleos de massagem e de banho ou sob a forma de vapores e de velas. Para os aromaterapeutas, os óleos essenciais das plantas contribuem para restabelecer o equilíbrio entre o corpo e a mente. Estes

chegam ao sangue, através da pele e da inalação e influenciam os mecanismos fisiológicos (Federspiel, & Herbst, 2001).

2.4.2.4. Hidroterapia

Etimologicamente, a expressão tomar banho significa aquecer. Os banhos de vapor já eram conhecidos na Pré-História (Federspiel & Herbst, 2001). O recurso ao banho de imersão, chuveiro ou jacto de água quente alivia, comprovadamente, a dor. Permite um maior relaxamento e contribui para a redução da utilização de analgésicos. As raízes da hidroterapia remontam à antiguidade, foram esquecidas durante a Idade Média e voltaram a ser utilizadas no século XVII. Como método não farmacológico actualmente é mais usado. Os efeitos da hidroterapia devem-se a estímulos térmicos²¹, à pressão da água e ao contacto com a pele. Os estímulos sobre a pele são transmitidos a outras partes do corpo: o sistema circulatório, metabolismo e sistema imunitário são estimulados. Há um aumento da resistência e as dores diminuem. Favorece o relaxamento e diminui a tensão muscular. A hidroterapia não apresenta nenhum efeito colateral ou contra-indicação (Federspiel & Herbst, 2001).

Nos últimos anos, a imersão em água durante o trabalho de parto despertou interesse em muitos países. A prática varia muito e inclui o uso de duche, banheiras, hidromassagem e "piscinas de parto". Na maioria dos blocos de partos portugueses não há disponibilidade de banhos de imersão, no entanto, pode recorrer-se ao banho de chuveiro. Algumas maternidades não estão equipadas com banheiras, outras estão a iniciar a construção de blocos para

²¹ O calor faz dilatar os vasos sanguíneos, estimula a circulação e relaxa os músculos. Os receptores nervosos conduzem os estímulos de calor através das sinapses até ao centro da dor, aí desencadeiam-se processos químicos que diminuem as sensações de dor.

partos “naturais” onde se disponibiliza às grávidas a possibilidade de utilizar, além da música e dos exercícios de relaxamento a hidroterapia. A água é um recurso para o relaxamento com todos os benefícios já referidos, por isso o trabalho de parto em meio aquático é bem aceite, mas a expulsão do bebé é que, ainda, é questionável, pois actualmente há, ainda, poucos estudos para apoiar esta técnica. Muitos profissionais de saúde continuam a excluir a possibilidade de os partos ocorrerem na água, por isso este é pouco realizado em Portugal.

A hidroterapia permite a diminuição da dor. É o efeito relaxante da água que reduz a dor provocada pelas contracções. Quando a parturiente se reclina num banho de imersão sente uma sensação de calor e fluabilidade. A água diminui a pressão dos músculos abdominais no útero, que se contrai, e também facilita a descontração dos músculos do períneo. Muitas mulheres descrevem um alívio da dor instantâneo ao contacto com a água. (Ziegel, & Cranley, 1985). Neste tipo de parto a grávida fica dentro de uma banheira, com água a 36°C-37°C. O bebé nasce dentro de água, fica alguns segundos, é trazido à superfície e fica com mãe, adaptando-se ao meio ambiente, sendo a transição para o meio extra-uterino mais suave. O cordão umbilical só é cortado quando a placenta é expulsa pelo útero (dequitação). A utilização desta técnica diminui o tempo de demora do trabalho de parto, reduz o número de partos instrumentais e aumenta a satisfação da mulher (Simkin & O’Hara, 2002). São necessários mais estudos para determinar a segurança e a eficácia da imersão em água durante o parto, particularmente em relação a possíveis complicações neonatais.

2.4.2.5. Posicionamento

O uso de posições no alívio da dor no parto é, contudo, ainda pouco usual nas nossas maternidades. O tipo de posicionamento pode ajudar no trabalho de parto e no alívio da dor, a saber: decúbito dorsal, adequadamente apoiado em almofadas; sentar-se numa cadeira confortavelmente com almofadas a sustentar por completo as costas e a nuca, podendo, ainda, colocar uma almofada debaixo de cada braço ou por debaixo das coxas; decúbito lateral, com as costas encurvadas, a cabeça e os ombros para a frente, as pernas e os braços dobrados.

As novas técnicas obstétricas, como a monitorização cardiotocográfica e a anestesia epidural, incentivam a posição horizontal. A menos que exista uma razão especial para permanecer em decúbito dorsal, a grávida deve movimentar-se e estar de pé, tirando partido da força da gravidade e aumentando a eficácia das contracções (Santos & Baptista, 2000). A mobilização durante a primeira fase do trabalho de parto dá mais liberdade de movimentos às mães e as contracções uterinas têm tendência a serem mais regulares e mais eficazes. Em determinada altura do trabalho de parto, há parturientes que manifestam o desejo de se deitarem. A ocorrer, o decúbito deve ser dorsal, ou colocar-se na posição de semi-sentada, uma vez que estas posturas melhoram o fluxo venoso por descompressão da veia cava, evitam a descida da pressão arterial e aumentam a eficácia das contracções.

Santos & Baptista (2000), no seu estudo, concluíram que a deambulação no trabalho de parto produz inúmeras vantagens para a grávida e para feto: 1) maior sensação de bem-estar durante o trabalho de parto, porque se movimenta melhor; 2) contracções mais regulares, com a conseqüente dilatação; 3) menor

número de partos distócicos; e 4) ausência de alterações significativas no estado do feto ao nascer.

No parto, a posição vertical ou parto de cócoras não é habitual nas maternidades de Portugal. Esta posição era a utilizada, com mais frequência, até ao século XVIII, mas devido ao elevado número de mortes da mãe e da criança, Francisco Mauriceau, obstetra, em 1700, divulga diferentes posições de parto na Europa, considerando a posição deitada (decúbito dorsal ou supina) a mais adequada aos hábitos e costumes da época. Esta posição é francamente aceite pela comunidade médica, pela comodidade que outorga ao médico que examina (Barbault, 1990) e generalizou-se na cultura ocidental até os dias de hoje. Realmente, com o parto em meio hospitalar e devido, como já foi referido, às novas técnicas obstétricas, como a monitorização cardiotocográfica e a analgesia epidural, a posição natural, ou seja, vertical deu lugar à posição horizontal, principalmente à posição semi-sentada, que facilita o desempenho dos profissionais.

A vantagem mais importante desta posição (deitada) é que, devido às pernas da mãe se encontrarem elevadas e seguras, permite visualizar melhor, a quem assiste o parto, a zona perineal, e ter melhor percepção sobre a conveniência de realizar ou não episiotomia. Actualmente, estes aspectos começam a ser questionados, e posições alternativas começam a ser reintroduzidas na assistência à mulher em trabalho de parto.

2.4.2.6. Acupunctura

No século XVII, o médico alemão Willeu Tem Rhyne, após visita a Nagasaki, descreveu pela primeira vez a técnica da acupunctura, a que o povo

chinês chamava *Chen*²². Os primeiros textos de acupunctura constam no livro *Nei Ching Su Wen*, onde se encontram descritas várias formas de tratamento da medicina tradicional chinesa. Trata-se de uma técnica com mais de 4000 anos (Lewith, 2000). A acupunctura, intervenção terapêutica bem sucedida da medicina tradicional chinesa, utiliza finas agulhas que estão estrategicamente colocados em mais de 365 pontos em áreas específicas do corpo humano. Actualmente utiliza-se também eléctrodos cutâneos e raio laser, principalmente em crianças e adultos com hipersensibilidade.

Embora as medicinas alternativas sejam cada vez mais utilizadas, são poucas as pessoas que conhecem, realmente, o modo como estas actuam. Face a esta procura acelerada na última década, foi aprovada a Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto, que enquadra as actividades das medicinas alternativas, o exercício dos seus profissionais e a respectiva acreditação. A acupunctura e outras terapêuticas ficaram, nos termos deste diploma, legalmente reconhecidas em Portugal como áreas da medicina.

A acupunctura consiste em restabelecer o fluxo de energia que está bloqueado devido à dor e em facilitar a libertação das endorfinas, analgésico natural do organismo (Lewith, 2000). Alguns pontos específicos do corpo podem ser manipulados para induzir o trabalho de parto e para aliviar as dores lombares. Exige um profissional treinado e a preparação prévia da grávida. Embora esta técnica seja cada vez mais utilizada, poucos são os estudos em Portugal que comprovem o seu benefício na área da obstetrícia. Alguns cientistas ocidentais alertam para o perigo da acupunctura na gravidez, devendo

²² O m.q. picar com agulha.

ser cuidadosamente ponderada enquanto não houver evidências da sua eficácia (Federspiel & Herbst, 2001).

2.4.2.7. Hipnoterapia

A hipnose é um dos métodos terapêuticos mais antigos. A primeira sessão de hipnose data de 6.000 anos a.C. No século XIX atinge o auge em França e Sigmund Freud (1856-1939) já trabalhava com este método antes de desenvolver a psicanálise (Federspiel & Herbst, 2001).

A hipnose pode ser utilizada nos processos de dor crónica, na ansiedade e nos actos cirúrgicos (Furnham & Lee, 2005). A neurofisiologia explica o efeito analgésico da hipnose, referindo que esta provoca uma activação do sistema inibidor do córtex frontal que modela a actividade tálamo-cortical, separando a experiência dolorosa dos processos conscientes (Thompson, 1984). Durante a hipnose, o cérebro suspende temporariamente as suas actividades sensoriais e esta diminuição das áreas de actividade cerebral, quando utilizada de forma correcta, pode alterar os processos cognitivos e provocar uma diminuição da percepção dolorosa (Nash, Benham & Hamada, 2005). Alguns estudos salientam que é possível recorrer à hipnose, em simultâneo com outras terapias tradicionais, com a intenção de controlar a ansiedade (Hilgard, 1965, citado por Egner, Jamieson & Gruzielier, 2005).

Sendo um recurso nas áreas do desporto, da psicologia ou da medicina, a técnica da hipnose é usada, desde 1830, no trabalho de parto, pese embora não o seja no nosso país, uma vez que exige treino especial, é demorada e nem sempre as parturientes estão receptivas ou se adaptam às suas características. Neste âmbito, a hipnose procura aumentar o relaxamento e a confiança e

diminuir o medo, a ansiedade e a percepção da dor (Lowdermilk & Perry, 2008). É importante que a parturiente esteja disponível para a indução hipnótica. Há pessoas mais susceptíveis que outras (Nash et al. 2005), mas ainda não estão bem esclarecidas as causas destas diferenças de susceptibilidade.

Motha e Macleod (2008) preconizam no seu livro a técnica da auto-hipnose para um parto ameno. Referem que “quando o corpo e a mente estão sincronizados e relaxados, o parto é essencialmente fácil de lidar (...) Através da auto-hipnose pode passar-se para um estado de relaxamento profundo e permitir ao corpo tornar-se altamente elástico, móvel e flexível para um parto eficiente, breve e suave” (p. 96).

Furnham & Lee (2005), realizaram um estudo sobre as atitudes e crenças da hipnose, nele, foram debatidos alguns mitos e perigos ligados a esta técnica. Os autores revelaram que sobre a hipnose subsistem, ainda, muitos mitos e que não há consenso de opinião, sendo necessárias mais pesquisas. Smith, Collin, Cyna e Crowther (2009), numa investigação realizada a uma amostra de 366 mulheres que tinham utilizado terapias alternativas para o alívio da dor no trabalho de parto, concluíram que a acupunctura e a hipnose podem ajudar no alívio da dor.

2.4.2.8. Relaxamento

McCaffery (1999) definiu relaxamento como sendo um estado em que há libertação da ansiedade e da tensão muscular. Para tal, faz-se uso da massagem (com relaxamento progressivo dos grupos musculares) e da ventilação profunda (através de inspirações e expirações de grande amplitude), de forma lenta e ritmada à medida que a dor aumenta, até à ventilação

superficial, quando a dor atinge a sua máxima intensidade. Esta competência pode ser colocada em exercício pela grávida, quando necessária, desde que aprenda previamente a relaxar e a ter consciência do tipo de ventilação que está a realizar.

As técnicas mais utilizadas derivam do “método de relaxamento pela auto-descontração concentrativa” ou do “relaxamento progressivo de Jacobson”. O primeiro método provoca um estado entre a vigília e o sono, e procura que o indivíduo exteriorize a ideia que faz do seu corpo e dos seus fantasmas. Este concentra-se numa parte do corpo e repete determinadas frases (o braço direito está a ficar pesado) e por meio de auto-sugestão esta sensação começa a tornar-se realidade, repete a contração com outras partes do corpo, procurando relaxar os restantes músculos. Esta técnica é útil no caso das insónias, ansiedades e dores. O segundo método, por sua vez, aumenta a percepção da mulher em relação às contracções musculares e à sensação provocada pela descontração (Federspiel & Herbst, 2001). O relaxamento permite diminuir a fadiga e a tensão emocional. Reduz-se, desta forma, a contração muscular e a dor provocada por tal, desviando a atenção do local doloroso, numa atitude de descontração e de acalmia.

Para Payne (2003), o treino de relaxamento progressivo consiste em aprender a relaxar músculos específicos (voluntários) e ao mesmo tempo dar atenção às sensações associadas à tensão e ao relaxamento. Pretende atingir um estado de relaxamento profundo em períodos gradualmente mais curtos e controlar o excesso de tensão face a agentes de *stress*.

O relaxamento de *Jacobson* executa-se com a grávida sentada. Solicita-se que fixe a atenção num determinado grupo de músculos, devendo contrair, de

uma só vez, o respectivo grupo muscular, mantendo-o contraído durante 5-7 segundos. A atenção deverá ser para as sensações da contracção muscular. De seguida, deve relaxar os músculos de uma só vez, pedindo-se à grávida que tome consciência das sensações deste relaxamento. Esta situação mantém-se aproximadamente entre 30 a 40 segundos. Posteriormente, trabalham-se novos grupos musculares. A intenção é que durante o trabalho de parto exista o mínimo de tensão dos músculos que não intervêm no processo, contraindo-se apenas os músculos necessários.

Payne (2003) suporta que existem várias rotinas precursoras da indução do relaxamento: ventilação tranquila, ventilação profunda, ventilação de meditação e ventilação abdominal. Esta técnica é eficaz por quatro razões: 1) são fáceis de aprender; 2) a ventilação encontra-se directamente relacionada com o sistema nervoso autónomo que controla a vigília fisiológica; 3) as rotinas ventilatórias são particularmente úteis para as pessoas que consideram difícil o recurso às imagens mentais; e 4) a maioria das rotinas de ventilação pode ser realizada em qualquer local, o que as torna disponíveis em situações de *stress*.

Sabemos que uma ventilação correcta é uma condição fundamental para a saúde física e mental. Por todo o mundo se pratica exercícios de ventilação associados ao relaxamento para manter a saúde e mesmo para resolver problemas pulmonares. A ventilação é um processo inconsciente do qual só nos apercebemos em momentos de grande emoção ou de grande esforço físico, mas podemos controlá-la voluntariamente, tornando-a mais rápida, mais lenta, mais profunda ou mais superficial. O objectivo da terapia pela ventilação, é ajudar a resolver disfunções orgânicas e dificuldades de ordem psicológica (Federspiel, & Herbst, 2001).

Resumidamente, podemos salientar que a massagem, a hidroterapia, a musicoterapia a hipnose, as técnicas de ventilação, concentração e relaxamento, pretendem reduzir o medo e a tensão sentidas pela mulher no momento do parto. Aumentam o leque dos seus conhecimentos, a sua auto-confiança e o auto-controlo. Quando a grávida relaxa, usa a imaginação, respira correctamente, a resposta do sistema nervoso simpático ao *stress* é diminuída e os efeitos calmantes do sistema parassimpático aparecem.

A preparação psicológica antes do parto pode aumentar o limiar da percepção da dor do trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Utilizam-se várias terapias psicológicas para o controlo da ansiedade e da dor, tais como: ventilação adequada, relaxamento muscular e terapias de apoio. Os métodos não farmacológicos do alívio da dor são ensinados nos diferentes Cursos de Preparação para o Nascimento. Neste contexto, parece-nos adequado salientar que existe um conjunto de intervenções, podendo algumas delas ser adoptadas pela grávida, necessitando esta de ser ensinada e incentivada para a sua implementação.

3. PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

A notícia da gravidez é recebida pela família e dá início à consciencialização de que todos entraram numa nova fase da vida. Surgem expectativas, planos, projectos e, conseqüentemente, novas tarefas. Essas novas tarefas, embora tenham raízes universais (passadas de geração em geração), apresentam especificidades. Temos então uma incumbência para com estes futuros pais: A educação parental.

A compreensão, por parte da mulher/casal de certos conceitos relacionados com a gravidez e com o nascimento, formas de estar e o conhecimento da realidade inerente ao processo da gravidez e parto são imprescindíveis para o sucesso do nascimento. O interesse em aprender formas de estar para melhor, lidar com a dor no trabalho de parto e com os desafios do quotidiano da maternidade/paternidade são cada vez mais preocupação da grávida/casal. Os profissionais de saúde têm papel fundamental na preparação destas figuras parentais em construção. Têm a responsabilidade e competência para proporcionar à mulher toda a informação e apoio que ela precisa e solicita desde a pré até à pós-concepção, permitindo-lhe que, cada vez mais, participe e viva intensamente todo o processo do nascimento do(s) seu(s) filho(s).

A Preparação para o Parto, mais recentemente chamada de Preparação para o Nascimento ou Preparação para a Parentalidade, pode proporcionar suporte e confiança na mulher/casal nesse momento especial que é a

maternidade, e ainda que, é importante para que no momento do parto a mulher não fique tensa, ansiosa e se descontrole em situações inesperadas. Uma boa preparação pode alterar completamente o curso de uma gravidez e de um parto. A Preparação para o Nascimento tem valorizado o desenvolvimento da capacidade de auto-cuidado das mulheres para enfrentarem, com sucesso, a etapa de desenvolvimento correspondente à gravidez, bem como com o novo papel que assumem com o nascimento do filho (Figueiredo et al., 2002; Vander, 1980; Vellay, 1998). A Preparação para o Nascimento tem-se revelado com resultados favoráveis para o trabalho de parto (Frias & Franco, 2008b), e ainda no bem-estar materno fetal e no recém-nascido (Lowdermilk, & Perry, 2008).

3.1. Educação para a Saúde e Preparação para o Nascimento

A educação e promoção para a saúde, bem como alguns dos conceitos que lhe estão associados, sofreram algumas alterações nos últimos tempos. Educação para a Saúde define-se, segundo Tonnes & Tilford (1994) como "qualquer actividade planeada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde e a doença" (p.11). Por seu lado, autores ligados ao campo da educação para a saúde, entre os quais Costa e Lopez (1996), definem-na como um processo sistemático de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição e manutenção de práticas saudáveis, com o objectivo de prevenção da doença e promoção da saúde. É importante promover a saúde na gravidez, parto e puerpério, pois permite atingir um nascimento de sucesso uma vez que, os agentes que intervêm negativamente nesta nova etapa da vida das pessoas

podem ser detectados, alterados ou mesmo eliminados através de cuidados antecipados.

Os autores Tonnes & Tilford (1994) acrescentam que a educação para a saúde é uma actividade de carácter intencional que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde/doença, com o objectivo de produzir mudanças no conhecimento e na forma de pensar. Os mesmos autores salientam que a educação para a saúde pode influenciar e clarificar vários valores, modificar convicções e atitudes, desenvolver novas competências, e ainda alterar comportamentos e estilos de vida. A aprendizagem pode não ser para o desenvolvimento da pessoa, como um todo, mas apenas na obtenção ou aperfeiçoamento de um conhecimento ou de uma competência específica, de um comportamento ou forma de agir numa situação previsível. Como nos recorda Canavarro (2009) “o principal objectivo da educação para a saúde deve ser a promoção da mudança de conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos de saúde, num sentido favorável ao ajustamento e desenvolvimento integral e favorável” (p.68).

A saúde é um direito fundamental da pessoa humana e a educação deverá constituir um direito de todas as pessoas, seja qual for a fase do ciclo de vida. O sistema de educação para a saúde na gravidez é diferente de país para país a nível da União Europeia, de acordo com a cultura, a política e as necessidades detectadas. Em Portugal, os modelos de educação para a saúde na gravidez incluem: as aulas de Preparação para o Nascimento e as consultas de Saúde Materna e Obstétrica, que se realizam no âmbito dos cuidados de saúde primários, a nível dos Centros de Saúde. A educação para a saúde tem um papel marcante na promoção da saúde. Esta pressupõe o desenvolvimento

peçoal e social através da melhoria da informação, da educação para a saúde e do reforço das competências permitindo que a grávida/casal façam as opções que lhes proporcionem uma vida saudável.

Antigamente, as histórias das outras mulheres eram a única referência das grávidas para se prepararem para o parto, (Couto, 2003; Martins, 2007) actualmente, essa necessidade mantém-se mas recorrem não só à troca de impressões em ambiente familiar e conversas com pessoas com experiências idênticas mas também aos livros, filmes, à internet e à frequência de aulas dos Cursos de Preparação para o Nascimento. A grávida procura um profissional competente para aconselhamento, vigilância e cuidados (Bobak et al., 1999; Frias, 2008). O que contribuiu para promover a educação para a saúde na gravidez foi a necessidade da mulher/casal procurar informação sobre a atitude a desenvolver durante a gravidez, durante o trabalho de parto e também como preparar-se para a parentalidade.

A educação da grávida, através do Curso de Preparação para o Nascimento, pretende “ influenciar positivamente na saúde, através de acções de natureza educativa e de aconselhamento” (Frias, 2008, p. 511). Educar para a saúde, neste domínio, é criar e desenvolver condições para que as grávidas se transformem, é levá-las a conhecer os porquês, mostrar-lhes que são capazes de aprender e sensibilizá-las para a necessidade e importância dos conhecimentos referentes ao ciclo de vida em que se encontram. O período pré-natal é um momento propício para actuação do profissional de saúde/educação já que é um momento favorável para a prevenção e promoção da saúde. Toda a intervenção desenvolvida pelos profissionais de saúde, nesta fase de transição para a parentalidade, é essencial. Assim sendo, todos os momentos de

interacção com a mulher grávida devem ser privilegiados, quer nas consultas de saúde materna e obstetrícia, quer nos Cursos de Preparação para o Nascimento. Este contacto com a grávida/casal, deve ser aproveitado, uma vez que, nesta fase do ciclo de vida, se encontram muito interessados, com muitas dúvidas e com muita vontade de aprender.

Algumas mulheres têm, desde o início da gravidez, uma ideia bem definida sobre a forma como pretendem que ocorra o trabalho de parto e o nascimento do filho, mas outras só a têm depois de terem mais informações e de reflectirem sobre o assunto com ajuda do companheiro e dos profissionais de saúde/educação. No final da gravidez é necessário ajustar o que se quer com o que é possível, tendo em conta a realidade dos locais onde irá nascer o bebé. É necessário consolidar opções e planear mais definitivamente, para a mulher se sentir mais confiante e descontraída.

A redução da morbilidade e mortalidade materna e perinatal depende, essencialmente, dos cuidados de saúde prestados à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido. É durante a gravidez e o parto que se decide muito da qualidade do futuro desenvolvimento físico e psíquico da criança. Em Portugal, actualmente, os cuidados pré-natais generalizaram-se, existindo maior vigilância da gravidez e maior recurso a exames médicos regulares. O parto decorre no hospital, verificando-se uma maior possibilidade dos pais poderem estar presentes durante o trabalho de parto e parto. Apesar disto, existe ainda um enorme desfasamento entre os conhecimentos médico/científicos das equipas de saúde e o conjunto de crenças e ideias vagas que detêm a generalidade das mulheres durante a sua primeira gravidez.

A qualidade dos cuidados prestados à grávida/parturiente depende do conjunto de esforços de todos os profissionais envolvidos. Segundo Hesbeen (2001), o profissional de saúde deve actuar “centrado 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 complexos ou simples, mas sim únicas, todas diferentes umas das outras, nas quais o prestador de cuidados cuida” (p.19). Na mesma linha de pensamento, Lazure (1994) salienta que a individualização dos cuidados é fundamental, pois trata-se de um período em que a mulher se encontra sensível, com receios e muitas dúvidas resultantes da sua condição. Cada gravidez é única e o profissional de saúde deve mostrar-se disponível e atento para conseguir responder, de forma adequada, às necessidades de cada mulher. Conhecer o contexto biopsicossocial é imprescindível para um maior conhecimento da pessoa, permitindo um cuidar individualizado. O casal deve ser convidado a analisar as suas emoções e padrões de pensamentos relacionados com a experiência que estão a viver. De acordo com Romeira (1997), todo o processo da gravidez e do parto deverão ser orientados. O profissional de saúde será um “agente facilitador e dinamizador de aprendizagens, mas é obrigado a respeitar a autonomia do casal” (p.17).

Kitzinger (1995) considera que “a gravidez não é apenas um período de espera, mas de preparação” (p. 90). A mulher grávida deve ser encarada como alguém que necessita de realizar aprendizagens, pois ao viver uma situação nova (quando primípara), surgem-lhe dúvidas e questões às quais se deve dar resposta. Ao longo da gravidez a mulher vai sentindo diferentes necessidades de ajuda para se ir adaptando às mudanças desenvolvimentais, características do

processo da gravidez (Pacheco, Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005), mas é no último trimestre que ocorre o momento crucial, o nascimento está próximo por isso os pais estão mais concentrados na preparação para a parentalidade. É o momento em que é possível adequar o apoio psicológico às necessidades da grávida, de modo a promover o aumento do seu bem-estar, permitindo, também, uma vivência mais adaptada do trabalho de parto, do parto e do pós-parto. A colaboração da grávida com os profissionais de saúde durante o nascimento é, por isso, fundamental, assumindo um papel relevante o conjunto de *saberes e saber-fazer* que lhe são transmitidos.

O Curso de Preparação para o Nascimento, nas suas variadas concepções, é uma estratégia de educação para a saúde e consiste essencialmente num método de educação da grávida e inclui: a avaliação inicial, o planeamento, o ensino, o aconselhamento, o encaminhamento de acordo com as necessidades da grávida/casal e ainda o reforço positivo relativamente às boas práticas de saúde. Fazem parte deste curso, também, um conjunto de técnicas corporais que necessitam de ser objecto de ensino, constituindo uma espécie de “pedagogia do parto” (Couto, 2003; Velho, 2000).

Durante o período pré-natal, as grávidas/casal e os seus familiares, devem ser ajudados a desenvolver habilidades maternas e paternas para participarem no processo de gravidez e nascimento. Os profissionais de saúde e, mais especificamente, os de saúde materna, têm o dever de serem educadores para a saúde, desenvolvendo ensinamentos às grávidas. (Romeira, 1997). Os ensinamentos são especialmente direccionados para desenvolvimento de competências que lhes permitam sentirem-se preparadas e autónomas neste novo papel. O envolvimento da grávida/casal e a responsabilização pela sua saúde e do seu

filho são essenciais nestes ensinamentos (Santos & Vieira, 1999). A dispensa para as aulas de Preparação para o Nascimento tem, a nível legislativo, equiparação à consulta pré-natal.

3.2. Legislação sobre Preparação para o Nascimento

Na maioria dos países existe legislação laboral para proteger a grávida, o feto e o recém-nascido, limitando o tipo de trabalho desenvolvido pela mulher grávida, e que também permite aos pais (mãe e/ou pai) manter o seu emprego enquanto cuidam dos filhos. Esta necessidade de conciliar a vida familiar e profissional e o envolvimento do pai nos cuidados aos filhos, envolveu os parceiros sociais europeus e as organizações relativas ao diálogo social interprofissional. Em Dezembro de 1995, a nível europeu, assinou-se o *acordo-quadro* da licença parental, a que se seguiu uma directiva do Conselho europeu em 1996 (Directiva 96/34/CE). Em 18 de Junho 2009 foi actualizado o *acordo-quadro* sobre a licença parental e alterado o período da licença parental de três para quatro meses, permitindo ainda que, no regresso, os pais possam adaptar as suas condições de trabalho à vinda do novo elemento da família, assim como lhe confere protecção contra e/ou discriminação em caso de exercício do direito à licença parental. Falta, agora, a Directiva da Comunidade Europeia para entrar em vigor o disposto no acordo.

Em Portugal existe legislação sobre a protecção na parentalidade (maternidade e paternidade) e o direito à Preparação para o Nascimento, no entanto, há um desconhecimento da mesma, por parte das grávidas, quer das entidades patronais, assim como, muitas vezes, dos profissionais de saúde

(Couto, 2003). A nível de legislação actual, a Lei n.º 7/2009 de 12 Fevereiro, um novo conceito surge: o da parentalidade substituindo o da maternidade e paternidade, envolvendo assim o pai e a mãe. Esta lei apresenta alterações significativas: 1) Ao nível da terminologia utilizada; 2) Ao nível do período da licença, possível de ser gozado pelo pai e pela mãe, e que pode ser alargado. Assim, a licença pode ter a duração de 120 ou de 150 dias com ou sem partilha entre a mãe e o pai do bebé. A licença referida pode ser acrescida em 30 dias, no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo obrigatório. Em caso de nascimentos duplos, à duração de qualquer das licenças, acrescem 30 dias por cada gémeo além do primeiro; 3) Ao nível de alguns direitos: A protecção na parentalidade consagra um novo conjunto de licenças. No seu art.º 35.º, a referida lei salienta que a protecção da parentalidade permite vários direitos. Salientamos os referentes à grávida e à puérpera: licença em situação de risco clínico durante a gravidez; licença por interrupção de gravidez; dispensa para consulta pré-natal; dispensa para amamentação ou aleitação; dispensa de prestação de trabalho suplementar; dispensa de prestação de trabalho no período nocturno; faltas/licença para assistência a filho; trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares.

Relativamente à Preparação para o Nascimento, há 25 anos que é um direito adquirido pelas grávidas. Foi institucionalizada em Portugal pela Lei de Protecção à Maternidade e Paternidade. (Lei 4/84, artigo 7.º, alínea d). Quando, em 1950, a Preparação para o Nascimento foi introduzida em Portugal, pelo Dr. Pedro Monjardino e pelo Dr. Seabra Dinis, era ministrada, a nível particular não

oficializado. No entanto com a promulgação da legislação de protecção à maternidade e paternidade, Lei 4/84 de 5 de Abril e a assistência ao parto, Lei 14/85 de 6 de Julho, o ensino da Preparação para o Nascimento foi gradualmente desenvolvido e a sua prática surgiu nos Hospitais, Maternidades e Centros de saúde.

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), salienta que o método é fundamental para um parto saudável e refere que o estado deve incentivar a grávida a recorrer aos métodos de Preparação para o Nascimento "assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde" (p.5996). As aulas de Preparação para o Nascimento deverão ser realizadas, sempre que possível, fora das horas de serviço. A frequência destas aulas pode ser pelo tempo e número de vezes necessárias e não traz qualquer perda de remuneração, direitos e regalias e é, para todos os efeitos legais, considerada como prestação efectiva de serviço. O Decreto-Lei n.º 332/95 de 23 de Dezembro, no seu artigo 6º, nº 3) ressalva que "a preparação para o parto é equiparada à consulta pré-natal" (p.8075), podendo assim serem justificadas as faltas para frequência das mesmas.

Apesar de terem surgido, por todo o país, centros de Preparação para o Nascimento, o que tem sido feito em prol do método Psicoprofiláctico, não é ainda o desejável nem o necessário. Apesar da existência da lei, as grávidas não recorrem a este direito que lhes assiste. Parece haver uma lacuna na sensibilização dos profissionais e da população portuguesa em geral para o aconselhamento das vantagens da Preparação para o Nascimento. Apesar da Lei 4/85 de 5 de Abril dizer que a Preparação para o Nascimento deve fazer

parte integrante dos cuidados de saúde e o incentivo à preparação para o parto datar de 1999, são muito poucos os Centros de saúde e Hospitais que proporcionam à grávida a possibilidade de realizar cursos nesta área.

3.3. A Preparação para Nascimento: Percurso e Expectativas

A interacção entre os fenómenos físicos e psíquicos, a ligação entre as emoções inerentes à gravidez e o desenrolar do trabalho de parto, até ao início do século passado não eram valorizados. Foi em 1920, na Rússia, que Platonov, neuropsicólogo, baseando-se nas ideias de Pavlov sobre os reflexos condicionados e com a aplicação da hipnose, tentou introduzir um processo de analgesia do parto. Como poucos médicos dominavam a técnica e esta exigia a presença contínua de um profissional, este método teve poucos adeptos, além disso não se preocupava com a etiologia e essência da dor.

A ideia de que o decorrer do trabalho de parto pode ser influenciado por factores psíquicos, nomeadamente pelo *stress*, ansiedade e medo, deve-se inicialmente a Grantly Dick Read, médico inglês, que descreveu o mecanismo responsável pela dor do trabalho de parto, afirmando que, o medo produz tensão muscular que dificulta a dilatação, com o subsequente aumento da dor nas contracções do trabalho de parto, estabelecendo-se assim o ciclo vicioso Medo-Tensão-Dor, que pode alterar o processo fisiológico do parto normal e levar a complicações quer físicas quer psicológicas. O medo adquiriu, assim, um significado até então desconhecido (Lukas, 1983).

Read, que escreveu o seu primeiro livro nos anos 30, só foi reconhecido nos anos 50, e concomitantemente com Lamaze, defendeu que a dor sentida

surgia em consequência de condicionamentos sociais e pela síndrome do medo e da tensão. De acordo com Bobak et al. (1999,) Read considerava que “se medo, tensão e dor andam de mãos dadas, então é necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e assim, eliminar a dor” (p.235).

Encorajado pelo êxito das suas ideias e experiências, este médico criou o método de Preparação para o Parto que consiste em desfazer o ciclo Medo-Tensão-Dor, reduzindo o medo através de informações correctas sobre as transformações físicas da gravidez e do parto, diminuindo a tensão muscular por meio de ensino do relaxamento e da redução do medo; tais procedimentos resultariam na diminuição da intensidade da dor. Como novidade inclui o relaxamento e a ventilação como vertentes importantes.

Ainda sobre a sua teoria Read refere, “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” (Bobak et al., 1999, p.235). Propõe, assim, uma forma de eliminar este medo. O ideal seria que houvesse uma preparação das grávidas para o nascimento, de modo a que lhes permitisse não perderem o controlo das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, altura em que uma grande parte das mulheres tem dores muito fortes. A ideia era devolver às parturientes o seu protagonismo no processo do parto e libertá-las dos medos que eram tais a ponto de perderem a capacidade de suportar a dor, salientando as condições inatas que possuíam e que podiam usar se fossem devidamente preparadas para isso.

Read, em 1933 (citado por Rezende, 1999), salientou a vantagem da associação da preparação física e da psicológica para o controlo da dor durante o trabalho de parto. Preconizou que a educação da grávida devia ter como objectivo incutir-

lhe confiança através de técnicas de relaxamento e da execução de exercícios interferindo assim no referido ciclo, permitindo uma percepção menos dolorosa das contrações uterinas.

Poucos anos após a edição do livro de Read, "Natural Childbirth", o obstetra Nicolaiev, na antiga União Soviética, interessou-se pelo assunto. Vander (1980) refere que a primeira tentativa de análise neurofisiológica das dores do parto é obra de Nicolaiev, em 1936. Seguindo-se Velvoski com o estudo sobre a fisiologia da dor do parto.

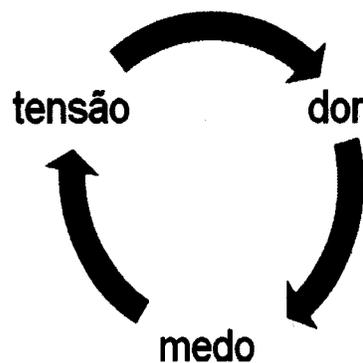


Figura 11. Ciclo de Reed que origina a dor (adaptado de Rezende, 1999).

Deve-se a Velvoski e Nicolaiev a criação do método Psicoprofilático por volta de 1949, tendo por base a teoria dos reflexos condicionados de Pavlov. Refere que, no parto, ocorre irritação dos nervos, provocando sensações de dor na parturiente e que a intensidade da dor depende do estado funcional em que se encontra o Sistema Nervoso Central. Baseando-se na teoria de reflexos de Pavlov, defendem que a dor é fruto do reflexo condicionado que se origina no córtex cerebral.

Segundo a concepção pavloviana, aumentando a actividade do córtex pode-se formar um foco positivo que elimina a entrada na consciência de impulsos mais fracos. Era objectivo deste método de profilaxia substituir os reflexos condicionados negativos (más experiências) por reflexos positivos através do esclarecimento e informações precisas (Lukas, 1983). A propagação da ideia de que a reeducação das pessoas quanto ao preconceito de que a dor do parto é inevitável, rapidamente se difundiu por toda a União Soviética. Houve congressos sobre a dor e a publicação de um guia sobre a extinção da dor de parto e o Ministério da Saúde Pública, 10 anos depois, divulgou um guia provisório de orientação para a extinção da dor do parto.

Em 1952 Lamaze, médico francês, ao integrar uma comitiva de cientistas europeus, numa missão de trabalho na ex-União Soviética tomou conhecimento destes métodos, utilizados nas maternidades para facilitar o trabalho de parto. Foi a tranquilidade das parturientes, observada durante as suas visitas aos serviços de obstetria, que o impressionou.

“ Eu não perdia de vista aquela mulher, palpava-lhes as pernas, os braços; ela tinha os músculos relaxados; só o músculo uterino parecia trabalhar no meio de um corpo completamente distendido, descontraído...nem um grito, nem a menor gota de suor...nem uma contracção da face. Chegado o momento, fez os esforços de expulsão com uma calma absoluta” (Jeanson 1960, citando Lamaze, p.15).

À medida que o método Read era divulgado, outro método surgia em França. Lamaze juntou à teoria de Read o método russo de parto sem dor, com algumas alterações. Utilizou o novo método numa clínica onde apenas se

realizavam partos das grávidas que tinham sido preparadas por ele ou pelos seus colaboradores. A preparação destas grávidas constava de intenso treino intelectual através de activação do córtex cerebral, onde havia “descondicionamento” de um determinado comportamento errado. Procurava eliminar da mente da grávida o aspecto dramático do parto, utilizando respostas condicionadas às contracções uterinas. Isto é, pretendia apagar as ligações condicionadas negativas, criando novas relações mas desta vez positivas (Vellay, 1998). Utilizava uma ventilação rápida e superficial que só era possível com bastante concentração o que distraía a parturiente da dor. Também a postura dos funcionários da clínica, que acreditavam no método, aumentava a confiança da mulher com a consequente diminuição do medo e da tensão.

Em várias palestras e artigos, Lamaze recorria, sempre, a argumentos científicos e não políticos. Propagou o método pelo país todo e também noutros países com o nome de “parto sem dor”. Para ele a dor do trabalho de parto é uma resposta condicionada, logo as grávidas podem ser condicionadas a não sentirem dor.

A diferença entre o método de Read e Lamaze não é mais que uma questão de conceitos. Trata-se de uma explicação teórica do efeito do medo sobre o aparecimento da dor e o seu crescimento muitas vezes descontrolado. Na prática os métodos têm muito em comum. Ver figura 12.

	<i>Read</i>	<i>Lamaze</i>
Principal factor de interferência	Medo	Reflexos condicionados negativos
Consequência	Postura psicossomática errada (= a tensão afectiva, vegetativa e muscular) Síndrome Medo-Tensão-Dor	Distúrbio da inter-relação cortical-subcortical (interrupção de reflexos condicionados negativos)
Medidas profilácticas	Esclarecimentos, exercícios de ventilação relaxamento e ginástica	Esclarecimentos segundo a teoria de Pavlov. Substituição de sugestões negativas por positivas
Efeito da preparação	Relaxamento da tensão afectiva, vegetativa e muscular	Activação do córtex cerebral. Substituição de reflexos condicionados negativos por positivos
Princípios da preparação	Orientação da grávida para o relaxamento activo e concentração psicológica visando um objectivo	Educação para a participação activa “educação intelectual”
Modelos de ventilação pulmonar	Devagar, relaxando	Rápido, activador (distraindo)
Objectivo	“Parto natural”	“Parto sem dor”

Figura 12. Forma esquemática dos métodos Read e Lamaze (adaptado de Lukas, 1983)

Resumidamente, podemos afirmar que os dois métodos são semelhantes:

- 1) Combatem o medo e desenvolvem autoconfiança através da educação da grávida;
- 2) Ministram noções de anatomofisiologia;
- 3) Orientam o comportamento durante o parto;
- 4) Recomendam exercícios respiratórios e de relaxamento (participação activa durante o trabalho de parto);
- 5) Recorrem ao

uso de analgésicos, durante o trabalho de parto, no caso da preparação psicológica não ser suficiente para controlar a dor.

O método de Read e de Lamaze, certamente, foram os inspiradores dos métodos que, nas décadas subsequentes surgiram, seja através do método Leboyer, seja na linha do parto natural, via Michel Odent, Sheila Kitzinger e outros que actualmente defendem a sua humanização. Em 1974, Leboyer, médico francês, com intenção de seguir os passos de Lamaze, demonstrou a necessidade de humanizar o parto não só no que se refere à mãe mas também à criança. Defende o nascimento não violento, sem estímulos sensoriais excessivos. Na sua proposta salienta que: 1) O impacto do ambiente exterior sobre o recém-nascido deveria ser mínimo, quarto escuro, silencioso; 2) Logo após o nascimento, o bebé deveria ser colocado sobre o corpo da mãe e não sobre a mesa de reanimação, permitindo a relação precoce mãe/bebé e que os movimentos respiratórios e cardíacos da mãe tranquilizassem o bebé, recordando a vida intra-uterina; 3) O cordão umbilical não necessitaria de ser clampado e cortado rapidamente; 4) O bebé continuaria junto da mãe e não no berçário; 5) O pai estaria presente e colaboraria nos cuidados ao bebé. Estas crianças cresceriam emocionalmente equilibradas (Leboyer, 1989).

Esta teoria foi rejeitada pelos obstetras e pediatras da época devido à falta de sustentação científica. Estudos feitos demonstraram que não havia quaisquer efeitos adversos ou benéficos, na saúde física ou neurocomportamental nos bebés ou nas crianças submetidas aos princípios deste método (Lukas, 1983; Vellay, 1998). No entanto, actualmente, nos hospitais combinam-se as medidas de Leboyer com as novas tecnologias.

A finalidade da Preparação para o Nascimento é assegurar um final de gravidez e trabalho de parto saudáveis, fisicamente seguros e emocionalmente satisfatórios. Ajuda a grávida a perceber a relação entre a sua condição física e o comportamento a adoptar, favorece a sua tomada de decisões e encoraja-a a participar activamente em todo o processo.

Os Cursos de Preparação para o Nascimento em Portugal, que nos anos 50 do século passado, eram, apenas acessíveis a uma minoria da população, actualmente têm maior expressão e difusão. Embora utilizando técnicas diferentes, todos eles têm subjacente o relaxamento e descontração muscular, associados a padrões ventilatórios adequados e têm os mesmos objectivos: 1) compreender os processos de desenvolvimento da gravidez, parto e do recém-nascido; 2) vencer a ansiedade e medos; 3) reduzir, ao mínimo, as dores (utilizando técnicas de ventilação, relaxamento e posicionamento); 4) facilitar a partilha de medos e experiências com outras grávidas em situações idênticas; 5) conhecer os ambientes em que irá ser internada e onde se realiza a assistência (Couto, 2003).

3.4. Método Psicofiláctico

O Método Psicofiláctico é actualmente o mais utilizado. A sua utilidade tem sido alvo de vários estudos empíricos (Couto, 2003; Freitas & Freitas, 1996; Frias, Chora, & Lopes, 2007; Frias & Franco, 2008; Vander, 1980; Vellay, 1998).

A Preparação Psicofiláctica para o Nascimento, parte do pressuposto que “ a saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo” (Rodrigues, Pereira

& Barroso, 2005, p. 11). Para o profissional de saúde actuar, é necessário entender os processos psicológicos vividos, pelo homem e pela mulher, antes da concepção, durante a gravidez e no puerpério. Os receios e as preocupações da mulher, estão presentes ao longo de toda a gravidez e são diferentes nos diferentes momentos do processo da gravidez (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2001; Canavarro, 2006), porque acompanham as mudanças características do evoluir da gravidez e reflectem-se especialmente na antecipação da experiência de parto (Figueiredo et al., 2002), se for um primeiro filho, a ansiedade, as expectativas e as dúvidas podem assumir enormes proporções.

A compreensão de certos conceitos relacionados com a gravidez, parto e puerpério, formas de estar e o conhecimento da realidade são imprescindíveis para o sucesso do trabalho de parto e parto. Nesta linha de pensamento, a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, assume relevância. Este método é um dos mais utilizados e mostra um alto nível de sucesso quando se assegura um relacionamento de ajuda e de confiança (Frias & Franco, 2008b).

O método Psicoprofiláctico para o Nascimento pretende eliminar ideias antigas sobre o parto, essencialmente associadas à dor e à mulher como incapaz de controlar a experiência do nascimento. Envolve uma preparação psicológica e corporal, com início por volta das 28 semanas de gravidez e que vai até ao momento do parto. Este método, baseia-se na neurofisiologia e divide-se em duas componentes: a psicológica e a profiláctica. Na preparação psicológica, pretende-se que a grávida atinja a descontração máxima necessária, ou relaxamento, para que possa vivenciar, devidamente, o nascimento do filho. A profiláctica tem como objectivo a compreensão da

anatomofisiologia da gravidez e do parto, levando a grávida a aprender tipos de ventilação e a desenvolver capacidade de controlo do corpo. A componente psicológica é considerada mais importante que a profiláctica e a excelente preparação da primeira origina o sucesso da segunda (Couto, 2003).

Os benefícios das grávidas que frequentam os Cursos de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento são vários, pois além de prepararem a mulher física e psicologicamente para o parto, permitindo-lhe vivê-lo de uma forma mais activa, também lhe geram confiança e segurança para desempenhar o seu novo papel de mãe, cuidando do seu filho sem receios. Isto tem sido evidenciado em diversos estudos (Vander, 1980; Vellay, 1998; Couto, 2003).

3.4.1. Fundamentos do Método

Não existe parto sem dor, existe sim, mulheres com um limiar da dor mais elevado e que a suportam melhor. Também sabemos que não há relação entre a intensidade do estímulo da dor e a vivência da mesma (sensação subjectiva sujeita a influência psíquica). A sensibilidade à dor, essencialmente a reacção à sensação dolorosa, depende de vários factores e varia individualmente, dependendo muito do autocontrolo. Segundo Lukas (1983) “o estado de espírito da parturiente, isto é, a sua postura interna diante do parto é muito mais importante do que a sensibilização orgânica da dor” (p.14).

Nas primeiras contracções do útero durante o trabalho de parto, se a grávida não está preparada para enfrentar a dor com calma e equilíbrio, o medo ocasiona uma forte tensão. Com o aumento da tensão, a parturiente não consegue desligar-se desse medo e este faz aumentar a dor. Ao mesmo tempo, a

dor aumenta o medo da parturiente que interpreta essa dor como perigo, aumentando a dor e desenvolvendo um círculo de reacções que a mulher não consegue interromper (Figura13). Esta relação existente entre o espasmo muscular e vascular e a afectividade, foi demonstrado nos estudos feitos já em 1949 por Kretschmer e por Hess (Lukas, 1983).



Figura 13. Diagrama de reacções do ciclo Medo-Tensão-Dor

Os Cursos de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, pretendem obter um parto sem complicações que vá de encontro à expectativa da grávida. Neste sentido, o ensino proporcionado à grávida incide na orientação para a importância dos exercícios ventilatórios e do relaxamento de modo a diminuir a

ansiedade, o *stress*, o incomodo ou mesmo a controlar a dor, inculindo-lhe a necessidade da colaboração para o sucesso do nascimento do filho. Um parto saudável é obtido a partir do relaxamento afectivo, vegetativo e muscular (Figura 14).



Figura 14. Efeitos do relaxamento no processo do trabalho de parto

As pesquisas feitas, assim como a experiência de 10 anos a orientar grávidas, segundo o método Psicoprofiláctico, mostraram-nos que a causa do medo se encontra na falta de conhecimentos ou em conhecimentos errados. Jeanson (1960), referia já que “quando conhecemos bem uma coisa ou uma pessoa, temos uma maneira absolutamente diferente de reagir, de nos comportar, de compreender esta coisa ou esta pessoa – em suma, de nos adaptar” (p.66). É pois de primordial importância facultar as informações precisas para ajudar a grávida/casal a adaptar-se à gravidez e ao parto. Neste sentido, os profissionais de saúde envolvidos nas sessões de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, têm uma função importantíssima em que, para além de agentes educativos são, também, dinamizadores de grupo, estimulando o

diálogo, a partilha de sentimentos/experiências/dúvidas, gerindo os conteúdos educativos, permitindo que a grávida/casal possa adoptar decisões esclarecidas e fundamentadas (Couto, 2003; Frias, 2008).

3.4.2. Objectivos do Método

São objectivos da Preparação para o Nascimento, segundo o método Psicoprofiláctico:

- Proporcionar um bom suporte de conhecimentos sobre o processo fisiológico da gravidez, trabalho de parto e recém-nascido. (eliminação de mitos e orientação no papel de pais);
- Diminuir a ansiedade e o medo para que a dor física não seja aumentada por estes;
- Reduzir ao mínimo a dor através de técnicas de relaxamento e ventilação;
- Preparar os músculos perineais para o parto, ensino e treino do “período expulsivo”;
- Incentivar uma participação mais activa do casal durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério;
- Substituir as ligações condicionadas negativas como parto=dor e parto=medo, por novas ligações positivas como parto=trabalho e parto=alegria;
- Proporcionar o encontro com outras grávidas (troca de ideias, experiências, dúvidas e medos);
- Esclarecer dúvidas aos futuros pais.

3.4.3. Vantagens do Método

O sucesso do Curso de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento depende da mulher/casal, mas também do profissional de saúde. As responsabilidades são partilhadas. As vantagens também são abrangentes.

Vantagens para a Mãe:

- Diminui os desconfortos da gravidez tais como: dores lombares e sagradas, varizes, câibras, obstipação e vícios alimentares entre outros;
- Espera o seu parto com tranquilidade e com maior serenidade, porque sabe o que está a acontecer, porque é que acontece, o que tem que fazer, actua muito mais tranquila e recebe os primeiros sinais de trabalho de parto com alegria e tranquilidade (Cunha, 2008);
- As grávidas com Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento estão em melhores condições físicas para o parto, enquanto que as mulheres não preparadas podem entrar em esgotamento pela débil condição física e por não saberem aproveitar as suas próprias forças, gastando energia (Vellay, 1998);
- Parto menos demorado (Frias & Franco, 2008b) e menos doloroso (Freitas & Freitas, 1996). A mulher sabe o que tem a fazer e evita a ida à maternidade por um falso alarme;
- O número de distócias é menor nas mulheres preparadas, diminuindo o número de cesarianas, ventosas e fórceps (Frias & Franco, 2008b);
- Menor percepção de dor (Cunha, 2008);

- Menor necessidade de analgesia e anestesia (Frias et al., 2007; Frias & Franco, 2008b);
- Aumenta o instinto maternal e o aleitamento é maior nos grupos de mulheres preparadas (Vellay, 1998);
- Menor incidência de depressão no pós-parto e regressão mais rápida dos órgãos reprodutores no puerpério (Graça, 2005).

Vantagens para o Bebê:

- Maior em melhor oxigenação do sangue fetal, menor necessidade de reanimação (Cunha, 2008);
- Índices de Apgar mais elevados. É reduzida a possibilidade de sofrimento fetal, devido ao menor tempo de parto e este ser mais facilitado (Frias et al., 2007);
- Diminuição da incidência de morbidade e mortalidade perinatal (Vellay, 1998).

Relativamente às vantagens para o casal, pode-se dizer que, durante a preparação, solucionam-se ou encaminham-se muitos problemas (afectivos, ginecológicos, psicossomáticos e ligados à sexualidade).

Vantagens para os Profissionais de Saúde:

- A grávida/parturiente está mais tranquila, logo há diminuição do *stress* no profissional;

- Há maior cooperação da parturiente durante o trabalho de parto;
- A grávida/parturiente aceita as explicações e as instruções que lhe são dadas, o que é muito gratificante e aumenta a satisfação dos profissionais (Vellay, 1998).

Vantagens para o País (económicas e sociais):

Segundo Cunha (2008), Frias & Franco (2008) e Vellay (1998):

- Diminui o número de partos distócicos e de intervenções médicas, assim como os dias de permanência na maternidade;
- Diminui o uso de medicação;
- Diminui o número de recém-nascidos em situação de risco;
- Diminui a mortalidade e morbidade perinatal (mais filhos vivos e saudáveis);
- Gravidezes mais cuidadas e controladas (diminuição de factores de risco);
- Proporciona educação para a saúde a nível familiar, porque os pais estão mais receptivos;
- Soluciona problemas do casal: “mais famílias saudáveis”;
- Fortalece laços entre o casal e entre pais e filho: “unidade familiar, sociedade mais equilibrada”.

3.5. Concepção Pedagógica na Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento

Os trabalhos sobre a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento tratam habitualmente do conteúdo e do valor do método Psicoprofiláctico mas não abordam a parte técnica. Pretendemos com o presente trabalho dar alguns contributos para a prática.

Os Cursos de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento não se limitam à prevenção da dor no parto. Têm outros objectivos: reduzir a ansiedade; controlar o *stress*; promover a auto-estima e a satisfação e promover sentimentos de capacidade e adaptação pós-parto. Um objectivo primordial é o promover o sentimento de segurança da mulher com a aproximação do parto. A Preparação para o Nascimento é entendida como um conjunto de informações, cuidados, técnicas e treinos, que os profissionais de saúde, num processo de ensino-aprendizagem, proporcionam às grávidas/casal.

As necessidades de informação e orientação da grávida e da sua família podem ser preenchidas de várias maneiras: livros, revistas, filmes e outros. Como já referimos, uma das fontes mais comum de elucidação sobre os problemas relativos ao parto, sempre foi a troca de ideias com outras mulheres. No entanto a preparação das grávidas apenas através da leitura e da troca de ideias, não será suficiente e poderá trazer novos problemas que terão que ser esclarecidos para não trazer outras dúvidas, desenvolvendo inseguranças e receios. Embora nem todos os casais ou todas as grávidas se interessem em participar num programa de educação sobre o assunto, os cursos são um recurso importante mas não acessível a todas.

Estes cursos podem ser organizados pelos Centros de Saúde, Hospitais, ou centros privados (mais frequente no nosso país). A organização das aulas e o conteúdo é determinado pela filosofia ou objectivo do grupo. Alguns concentram-se quase exclusivamente na preparação para o parto, outros incluem aulas sobre as alterações físicas da gravidez e os cuidados ao bebé. Em alguns cursos, existe uma serie de aulas esquematizadas, leccionadas a um grupo específico, que permanece sem alteração durante todo o tempo de duração do curso, há outros em que as aulas prosseguem apesar de haver grávidas a entrarem e saírem do grupo de maneira irregular.

Alguns cursos utilizam uma metodologia mais expositiva e convidam conferencistas para os diferentes temas (nutricionistas, anestesistas, psicólogos, e/ou fisioterapeutas). Outros utilizam mais a discussão de grupo, onde ao invés de apresentarem determinados conteúdos, são os interesses dos membros dos grupos que determinam o que se aborda na aula. Paralelamente às discussões em grupo são realizadas, nas sessões práticas, demonstrações e prática de ventilação, técnicas de relaxamento, de controlo neuromuscular e exercícios de fortalecimento abdominal e do perineo.

O importante é identificar os interesses individuais e as necessidades de aprendizagem do grupo e adaptar as aulas a esses propósitos. Nas aulas de preparação para o nascimento o importante é "dar maior ênfase à preparação psicológica, pois os maiores obstáculos a um parto sem problemas são de cunho psíquico" (Lukas, 1983, p.1). Preferencialmente, deveria envolver técnicos com formação específica nas áreas da psicologia e da saúde e com formação e treino no método. Tendo em conta o referido pelo autor anteriormente citado e os objectivos do curso, são vários os conteúdos que

devem ser abordados nas sessões de Preparação para o Nascimento segundo o método Psicofilático.

3.5.1. Conteúdos Programáticos

Os conteúdos programáticos são estruturados de modo a abordar, do ponto de vista físico e psicológico, os períodos da gravidez, do parto e do pós-parto:

A família na gravidez:

- Bases científicas do método: teoria neurofisiológica, reflexos condicionados e inatos;
- Ciclo Medo-Tensão-Dor, controlo da dor (tornar conhecido o desconhecido, ocupação do cérebro);
- Ansiedade e *stress* na gravidez parto e puerpério;
- Direitos - protecção à maternidade/ paternidade;
- Vigilância da gravidez, alimentação, exercícios físicos, cuidados de higiene e sexualidade;
- Modificações produzidas pela gravidez, desconfortos;
- Material para levar para a maternidade;
- Papel do pai.

A família no parto:

- Admissão na maternidade - sinais de alerta e de ida para a maternidade;
- Anatomia e fisiologia do trabalho de parto (fases do trabalho de parto, tipos de parto);
- Medidas farmacológicas da dor (analgésicos e epidural);
- Cuidados ao recém-nascido e *Bonding*.

A família no período puerperal:

- Relação mãe/filho/pai;
- Educação para a parentalidade;
- Técnicas de promoção da amamentação;
- Banho do recém-nascido;
- Recuperação puerperal; sexualidade / contracepção.

Exercícios e relaxamento:

- Exercícios físicos de mobilidade e educação postural de Preparação para o Parto e parto;
- Técnicas de relaxamento voluntário;
- Exercícios ventilatórios. Vários tipos de ventilação adaptado a cada fase do trabalho de parto;
- Exercícios de controlo neuromuscular;
- Exercícios de fortalecimento dos músculos abdominais e períneo.

**3.5.2. Organização do Curso de Preparação segundo o Método
Psicofilático**

Desde o primeiro contacto, dependendo da relação estabelecida, a grávida é conduzida a acreditar e a confiar no método. Explicar a importância da preparação, esclarecer os fundamentos do método e deixar claro que o sucesso deste depende da motivação, participação e esforço de cada um, é fundamental na Preparação Psicofilática para o Nascimento.

Os grupos de Preparação Psicofilática para o Nascimento devem ser formados de acordo com a data provável do parto de cada grávida. O número de

participantes não deve ultrapassar os oito, para que se possa dar a atenção devida a todas as grávidas. É extremamente importante conseguir um bom relacionamento, obtendo a confiança da grávida/casal através da segurança que o profissional demonstra no conhecimento e nas práticas que realiza, pelo que o êxito do método depende, em muito, da cooperação da mulher grávida.

A sua motivação intrínseca é essencial para que participe nas sessões de natureza informativa, nas de índole iminentemente prática e na confiança que o método Psicofilático para o Nascimento lhe trará benefícios. A pontualidade e assiduidade são imprescindíveis e exigidas, com o objectivo do grupo se manter coeso e não existirem elementos que percam importantes acontecimentos formativos. As aulas devem ter uma duração temporal adequada, devem ter continuidade, não se limitando a uma acção esporádica e descontinuada e ter em conta as especificidades de cada gravidez. Idealmente o início da intervenção seria entre as 28 e as 32 semanas de gravidez. Entendemos ser este o *timing* ideal, pois há exercícios de fortalecimento muscular que só podem ser iniciados cerca das 32 semanas de gestação. Não é adequado iniciar este método após as 32 semanas, uma vez que muitas mulheres necessitam de tempo para aprender as técnicas de ventilação e relaxamento. A formação neste método envolve 24 sessões, três por semana, num total de oito semanas. Na primeira semana todas as aulas são teóricas, a partir da segunda são teóricas e práticas (ver esquema da Figura15).

O curso inicia-se com informações sobre a gravidez e o parto, para baixar o tónus afectivo, eliminar a contracção muscular e dos vasos sanguíneos que o acompanham e proporcionar ligações condicionadas positivas: parto é alegria, as contracções têm um objectivo maravilhoso que é o nascimento de um filho.

Por outro lado, os exercícios de relaxamento, ventilação e ginástica vão permitir ter influência sobre as funções vegetativas do sistema vascular e musculatura involuntária. Para anular o condicionamento negativo (parto é dor, sofrimento) basta desencadear outro que afaste a atenção da dor e favoreça o autocontrolo. Manter o cérebro ocupado com a ventilação e o relaxamento vai ao encontro do que Vellay (1998) defendia: “concentrando-nos numa actividade, tornamos o cérebro incapaz de receber mensagens que venham perturbar esta actividade ” (p.52).

3.5.2.1. Aulas Teóricas

A primeira aula inicia-se com uma entrevista às grávidas e o preenchimento de uma ficha para recolha de dados sociodemográficos e obstétricos. Procuram-se, também, avaliar as necessidades das grávidas em matéria de Preparação para o Nascimento, assim como expectativas que trazem. Durante a apresentação de cada uma delas é criado um ambiente agradável e de confiança, favorável à sua desinibição.

Nas sessões teóricas é apresentada informação actualizada e relevante acerca do método Psicofilático para o Nascimento: funcionamento do mecanismo psicofisiológico; países em que é utilizado o método Psicofilático; estatísticas de êxito. Apresenta-se o método salientando as questões do medo, tensão e dor. Explica-se a relação existente entre a tensão medrosa e a tensão muscular, a contracção dos vasos sanguíneos e o aparecimento de palidez no rosto, a alteração da ventilação (suster a ventilação ou ficar com ventilação superficial e rápida) e o modo de contrariar este ciclo.

Faz-se referência à tensão psíquica e corporal, relação sobre a qual, muitas vezes, a grávida não está consciente. Explica-se que esta tensão provoca diminuição da circulação sanguínea: A oxigenação do útero diminui e a contracção torna-se mais dolorosa e que, também, ao feto pode faltar o oxigénio.

Durante as sessões são dadas oportunidades constantes para esclarecer todas as suas dúvidas e anseios. A nossa experiência formativa e profissional mostra-nos que muitas mulheres estão relativamente pouco informadas sobre os seus órgãos reprodutores e sobre o processo da gravidez e do parto. São abordados, por isso, vários temas como a fisiologia do sistema reprodutor, fisiologia da dor, o medo do parto, e esclarecidas histórias assustadoras e experiências negativas.

Nas aulas seguintes discute-se o que são as contracções, o tempo de duração e como deve estar relaxada nesse momento. Dá-se ênfase a que, a dilatação de um músculo relaxado é menos dolorosa que a de um músculo tenso. Para uma melhor percepção destas situações são referidos alguns exemplos. Deve ser deixado bem claro que as sensações de dor durante o trabalho de parto são normais e que poderão ser localizadas no abdómen, na zona supra púbica ou na zona lombar. É importante que seja transmitida e reforçada a ideia de que a dor é passageira.

Esclarecem-se as fases do trabalho de parto. É sempre valorizada a sua participação activa no trabalho de parto e realçam-se as consequências positivas no nascimento. Cada aula teórica é destinada a informar a grávida sobre vários assuntos respeitantes à gravidez e à parentalidade (referidos nos conteúdos programáticos). Há sempre a preocupação de não dar “meias” informações, de esclarecer a causa da dor fisiológica do trabalho de parto para corrigir a ideia de

parto sem dor, salientando que não é possível eliminar a dor mas sim diminuí-la e torna-la tolerável, e que a dor é suportável quando está relaxada. O relato do parto deve ser feito de modo claro e objectivo para não o tornar angustiante e obscuro, mas sim considera-lo um acontecimento normal e necessário. Não recorremos ao uso de filmes/vídeos mas sim a desenhos e fotos, uma vez que existe a possibilidade das imagens dos filmes/vídeos, numa primeira abordagem, causarem um impacto negativo.

Deve ser valorizado o aspecto individual da grávida e a partilha em grupo. A linguagem deve ser estabelecida ao nível elementar com nível mais básico de literacia. É a aceitação do formador enquanto técnico especializado, e alguém de confiança, que influencia no sucesso do processo de aprendizagem.

Em geral, toda a mulher que procura a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento aparece com a expectativa de que o método lhe facilite o parto. Torna-se importante convencer a grávida que a dor sentida é suportável desde que aprenda as técnicas adequadas de ventilação e de relaxamento e as aplique na altura própria. Deve-se desenvolver um sentimento de responsabilidade próprio da grávida face ao parto, acentuando que tudo o que se fizer terá consequências positivas para si e para o bebé. O parto deverá ser apresentado como um acontecimento natural, apelando para o instinto maternal e descrevendo-o como um acontecimento feliz.

A relação mãe/filho/pai é valorizada e feita a educação para a parentalidade. A Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento permite estimular a relação materno-fetal uma vez que é transmitido à mãe que o relacionamento mãe/filho se inicia antes da concepção. Há uma série de actividades executadas nas aulas que permitem estimular a relação materno

fetal e conseqüentemente a relação mãe/bebé: 1) Discutir a imagem que a mãe já tem do filho; 2) Dar aos pais a oportunidade de escutar os batimentos cardíacos do feto e discutir a reacção destes ao ouvi-los; 3) Explicar aos pais a imagem ecográfica do feto; 4) Encorajar o pai a participar activamente no trabalho de parto e nascimento. Elogiar comportamentos da mãe e do pai durante a gravidez e incentiva-los dizendo que serão capazes no parto e pós-parto (incutindo confiança), é fundamental para a promoção de sentimentos positivos (Branden, 2000).

Elucidar os pais acerca da importância da estimulação tátil (ex.: tocar, acariciar e segurar o bebé), estimulação visual (ex.: olhar frequentemente para o bebé), e estimulação auditiva (ex.: conversar meigamente com o bebé), referindo que esta influencia positivamente o desenvolvimento físico, emocional e relacional do mesmo, contribuindo para que o filho estabeleça relações saudáveis com os seus pais e com as restantes pessoas que o rodeiam, quer a curto, quer a longo prazo.

Elucidar a(o) mãe/pai sobre as competências do recém-nascido, transmitir-lhes que a sensibilidade à dor, ao calor, ao frio e à pressão estão a funcionar desde o estado fetal. O recém-nascido é muito sensível ao contacto e ao calor humano, os quais constituem elementos indispensáveis ao seu desenvolvimento afectivo e ao estabelecimento de relações sociais.

Estimular a interacção pais/bebé através do fornecimento de informações aos pais sobre as capacidades sensoriais dos recém-nascidos para a interacção, é uma acção capaz de fomentar a sensibilidade e responsabilidade materna/paterna, a sincronia da díade e, conseqüentemente, a formação de um processo de vinculação seguro (Brazelton, 1992; Gomes Pedro, 1985).

Outros aspectos de relevante importância são: 1) Explicar as razões do choro; 2) Instruir sobre manipulação do recém-nascido; 3) Explicar a importância da satisfação rápida das necessidades do recém-nascido - o bebê chora, mas sente-se protegido quando as suas necessidades são atendidas e é reconfortado ao ser embalado carinhosamente nos braços da mãe, ao som da sua voz apaziguante. A criança desenvolve sentimentos de segurança à medida que se dá conta que as suas necessidades são rapidamente atendidas. Este sentimento de segurança irá traduzir-se através de uma reacção positiva por parte do recém-nascido e, conseqüentemente, por parte da mãe, em bem-estar e autoconfiança.

Explicar os estados de sono e vigília do recém-nascido: são seis os estados de vigília do recém-nascido (sono calmo, sono REM, sonolência, alerta tranquilo, alerta activo e choro). O conhecimento destes estados é importante, já que influenciam consideravelmente a qualidade e a natureza da interacção entre os pais e o recém-nascido e obrigatoriamente todo o processo de proximidade. O estado quatro, quando o bebê está desperto e tranquilo, é o mais indicado para o estabelecimento de uma interacção relaxante e gratificante para os pais e provavelmente para o bebê (Mazet-Stoleru, 2003).

Informar a(o) mãe/pai sobre a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. É importante que os pais conheçam as etapas que o recém-nascido tem de ultrapassar para que consiga adaptar-se ao ambiente que o rodeia. Este conhecimento permitirá um melhor desenvolvimento da relação pais-filho e permitirá que, após o nascimento, o recém-nascido continue o seu desenvolvimento nas melhores condições.

A experiência tem revelado que uma visita à maternidade onde ocorrerá, com probabilidade, o parto, produz efeitos desejáveis, aprendendo-se a lidar, nesse contacto, com o espaço e com o estigma do "hospital", familiarizam-se com a sala de partos, onde poderão travar algum conhecimento com os profissionais de saúde presentes (Frias & Franco, 2008b). Esta visita à maternidade reduzirá a insegurança e o medo no momento do internamento.

Apesar de, na nossa sociedade, a gravidez e o parto ainda serem, muitas vezes, considerados assuntos de mulheres, há um maior empenhamento do homem. Ao longo do tempo, e fruto das alterações sócio-culturais, os homens têm progressivamente adquirido um papel mais relevante no acompanhamento da gravidez e do parto. Segundo Segalen, (1996) " as profundas mudanças sociais...no estatuto da mulher...o aumento de trabalho das mulheres...é um fenómeno de massa que provoca uma importante transformação dos papéis conjugais e parentais" (p.162). Historicamente sabemos que o papel do pai foi desvalorizado, relativamente ao da mãe. Por isso, é necessário investir e envolver cada vez mais os homens.

Vários estudos mencionam as vantagens e benefícios do pai ser mais participativo na maternidade e em toda a sua envolvência (Figueiredo, 2005; Vellay, 1998), no entanto ainda não estão criadas as condições sociais e laborais para uma maior participação. A sua participação nos Cursos de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento não é muita, por um lado os aspectos socioculturais dificultam a presença deste num curso em que a participação é maioritariamente feminina. Muitos maridos/companheiros não pretendem e/ou não compreendem a necessidade de participar, logo não se mostram interessados, outros exigem a sua presença. Os interessados, por vezes não se

sentem bem na presença das outras mulheres, assim como elas próprias não se sentem à-vontade para levantar questões sobre temas mais íntimos na presença destes. O foco não deve ser exclusivamente a mulher, mas integrar também o marido/companheiro que muitas vezes é esquecido mas que está indissociavelmente ligado neste processo da parentalidade.

O futuro pai também necessita de apoio na preparação para o novo papel que vai assumir. Por isso em duas aulas, que são dedicadas exclusivamente ao pai do bebé, é explicado o papel deste: que durante a gravidez e no pós-parto deverá estar atento e auxiliar a mulher dando-lhe carinho, entender as mudanças de humor, as preocupações e as necessidades existentes nessas fases.

É precisamente na fase do acompanhamento do parto, que se verificam diferenças entre os pais que não foram preparados e os que foram. Estes últimos participam de forma mais harmoniosa e demonstram maior à-vontade, mesmos nas situações de maior *stress*. Deve ser valorizada a presença do pai no acompanhamento do trabalho de parto.

Há vários benefícios para a mulher e para o bebé que têm apoio do companheiro/marido durante a gravidez e durante o trabalho de parto. Além dos benefícios psicológicos da companhia humana (Kitzinger, 1995; Maldonado, 1997; Vellay, 1998), outras vantagens existem, tais como: a redução dos níveis de catecolaminas²³, a diminuição do tempo do trabalho de parto e mesmo facilitação da relação do casal com o recém-nascido (Figueiredo, 2005; Hurtado, Donat, Escrivà & Poveda, 2003).

²³ Compostos químicos derivados do aminoácido tirosina. Em situações de *stress* psicológico são libertadas pela glândula supra-renal. As mais abundantes que circulam no sangue são a adrenalina, noradrenalina e dopamina.

O pai do bebé deve participar, fazer um esforço para acompanhar o período pré-natal, partilhar com a grávida todas as alterações, planos, expectativas e momentos importantes como a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento. A este propósito, Brazelton referia: " Pontos cruciais como a ida às consultas e as aulas pré-natais e o apoio durante o trabalho de parto e o nascimento, constituem oportunidades para fomentar a consciencialização progressiva de um pai" (1989, p.56).

Existem algumas mulheres que apresentam relutância em incluírem os maridos/companheiros no Curso de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, todavia falar da importância dos pais é essencial, a mulher deve perceber que ao inclui-lo, ajuda a garantir a sua participação mais tarde e este sentir-se-á importante ao contribuir para o desenvolvimento da família (Brazelton, 1992; Costa & Katz, 1992; Silveira, 1998). O acompanhamento por parte do homem pode fortalecer a relação marital, contribuir para a aceitação e adaptação à gravidez e fortalecer a ligação materno-fetal (Mendes, 2002), ser um forte encorajamento à sua companheira mostrando interesse e em simultâneo, prepara-se para o papel de pai (Ziegel & Cranley, 1985).

3.5.2.2. Aulas Práticas

Cada aula/sessão prática (da 2.^a à 8.^a semana) inicia-se, geralmente, com uma dinâmica onde as grávidas referem os seus desconfortos e preocupações, permitindo um relaxamento psicológico. De seguida realizam os exercícios de fortalecimento e relaxamento com treino de ventilação para as várias fases do trabalho de parto. Durante as sessões práticas, constituem objecto de ensino,

também, as posições correctas de decúbito e de relaxamento e ainda as de marcha. São incentivadas a realizarem os exercícios em casa e a aumentar a sua frequência gradualmente.

Ventilação - A ventilação treinada deve ser aplicada desde as primeiras contracções ou mesmo em situações de ansiedade como a realização de algum exame. A grávida tem que ter controlo consciente da ventilação. A atenção é orientada, conscientemente para a ventilação. Inicialmente faz alguns exercícios ventilatórios e seguidamente treina-se a ventilação correcta, utilizando o abdómen e o diafragma aprende a controlar a ventilação e a concentrar a atenção em determinadas partes do corpo. É necessário que a grávida conheça a importância e o funcionamento do diafragma para perceber quando deve utilizar cada tipo de ventilação. Aprende igualmente a concentrar-se para obter um relaxamento rápido quando sente algum músculo a contrair-se.

Ensina-se uma ventilação abdominal tranquila com inspirações e expirações profundas (denominada de 1.º tipo de ventilação ou ventilação profunda) para a primeira fase do trabalho de parto enquanto as contracções são ligeiras e espaçadas. Relaxa conscientemente todo o resto do corpo e responde à contracção com a ventilação controlada, bloqueando as sensações de dor resultantes das contracções (Ziegel, & Cranley, 1985).

Quando a útero se torna mais sensível e as contracções são mais dolorosas e seguidas (fase activa), a parturiente apercebe-se que a ventilação profunda já não permite bem-estar e controlo, antes pelo contrário, a dor parece aumentar se utilizar a ventilação profunda, pois o diafragma exerce pressão sobre o fundo do útero tornando-o doloroso. Neste momento deverá optar por uma ventilação torácica, mais superficial (2.º tipo de ventilação ou ventilação

superficial) e necessita concentrar-se completamente para responder adequadamente às contracções, pois necessita de acelerar a ventilação quando a contracção aumenta e atinge o máximo e desacelerar quando a contracção começa a diminuir. Na fase de transição em que as contracções são dolorosas e mais intensas, a ventilação é torácica, superficial e acelerada (tipo sopro). Se a ventilação for muito rápida e não for superficial dá origem a hiperventilação²⁴. Para superar a hiperventilação deverá ser realizada uma ventilação lenta e profunda antes e depois da ventilação superficial realizada durante as contracções, para uma boa troca de oxigénio e dióxido de carbono.

Para o momento do parto, ensina-se realizar duas ventilações profundas no início da contracção, inicia uma terceira, inspira e retém o ar nos pulmões enquanto faz força descendente para a expulsão do feto. Quando a contracção terminar, realiza novamente a ventilação profunda. No intervalo das contracções deverá haver um relaxamento de todos os músculos e uma ventilação natural.

No momento do parto, associada à ventilação, há a técnica do posicionamento dos braços, pescoço e pernas de modo que a força seja feita toda no mesmo sentido e com o objectivo que este período - expulsar o feto - se torne o mais curto possível. Há, realmente, neste momento, necessidade de uma oxigenação adequada para evitar consequências graves no bebé, que muitas vezes o primeiro sinal é um índice de Apgar baixo. A fase de expulsão é manifestada por necessidade de fazer força. É usual ouvir recomendar às parturientes que façam força como se fosse para "evacuar", o que está errado, pois sabemos que este tipo de força mobiliza os músculos que formam o

²⁴ A hiperventilação aumenta a libertação de dióxido de carbono e leva a alcalose ventilatória. Aparecem na mulher, tremores e formigueiro nas mãos e pés e pode desenvolver espasmos. Quanto ao efeito no bebé, ainda há poucos estudos, mas tudo aponta para a saturação da hemoglobina e aumento do pH. Os bebés nascem deprimidos, avaliados clinicamente através do índice de Apgar.

pavimento pélvico e há compressão do recto e ao mesmo tempo da cavidade vaginal, criando um obstáculo à saída da cabeça da criança (Jeanson, 1960; Ziegel & Cranley, 1985).

A aprendizagem correcta do modo de fazer força é de extrema importância. O ensino é feito treinando o período expulsivo: começa por inspirar profundamente, expira, inspira novamente, bloqueia a ventilação, levanta a cabeça, e em conjunto com os músculos abdominais e com o diafragma que encostou ao útero faz força de cima para baixo e da frente para trás. O esforço deve ser sempre em simultâneo com a contracção e só quando estiver com o colo em dilatação completa, seguindo a recomendação do médico ou da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. As palavras reforçam e motivam a mulher a fazer força aumentando a participação e a sensação de que está a colaborar no nascimento do filho(a), dando-lhe a oportunidade de vivenciar esse momento da melhor forma possível.

Relaxamento - Relaxamento de modo a que aprenda a concentrar-se em sensações diferentes e recordações agradáveis para evitar os medos e as ansiedades esquecendo as contracções dolorosas, deve praticar individualmente em casa durante aproximadamente dez minutos por dia. O relaxamento aprende-se progressivamente de modo a conseguir concentração mental necessária para se abstrair do que a rodeia. O melhor modo para conseguir um bom relaxamento é uma ventilação serena e profunda.

Descontracção neuromuscular ou controlo neuro-muscular - O tónus muscular está relacionado com o estado emocional. Muitas vezes a grávida tem a sensação que os seus músculos estão em repouso mas na realidade existe um

estado de "tensão neuromuscular residual" que não é mais que pequenas contracções involuntárias (enrugamento da face, movimentos oculares).

Os exercícios de controlo neuromuscular não são fáceis de conseguir, pois exigem algum treino. No início pode necessitar de cerca de meia hora para conseguir a descontração, mais tarde são suficientes alguns segundos para obter a descontração de todo o corpo. Estes exercícios permitem à grávida tomar consciência das tensões e das contracções dos músculos.

A aprendizagem em grupo é mais fácil, o incentivo é constante e é reforçado positivamente o que vão conseguindo até estarem aptas a saber o que é positivo (descontração) e o que é negativo (contração). Depois incentivam-se a realizar, em casa, sessões diárias de cinco a dez minutos. As grávidas deitam-se em posição descontraída ou em decúbito dorsal (ter atenção ao tempo de permanência nesta posição devido à compressão da veia cava inferior e aorta) e contrai fortemente determinado grupo de músculos e depois descontraí. Por exemplo, fecha a mão com força durante alguns segundos e volta a abrir rapidamente, contrai os músculos das pernas, dos braços, as costas, os ombros, o pescoço, os músculos dos olhos e da face e volta a descontraí-los. Este exercício permite que a grávida adquira consciência de qual o músculo que está a contrair e que o deverá relaxar. Por outro lado a alternância faz com que o relaxamento seja sentido de forma mais intensa ajudando a atingir um estado de tranquilidade e serenidade.

Exercícios - São indiscutíveis os benefícios da prática do exercício físico para o ser humano. O mesmo vem sendo referenciado ao longo dos séculos, a sua importância foi reconhecida pelo próprio Platão (428 a.C. – 348 a.C.). Segundo este, a falta de actividade não contribui para que o ser humano se

encontre em “boa condição” física, enquanto o exercício físico e o movimento frequente e regular permite essa “boa condição” e a preserva (Ribeiro, 2008).

O exercício físico é considerado por Nieman (1999), um “*elixir mágico*” que prolonga a qualidade de vida e a duração desta. A prática de actividade física regular promove um aumento do tónus muscular, função cardíaca e diminuição da pressão arterial. Além deste facto, reduz o risco de inúmeras doenças nomeadamente as doenças cardíacas, o cancro do colo do útero em aproximadamente 50%; a diabetes, a ansiedade e a depressão (Lowdermilk & Perry, 2008; Nieman, 1999). Também Reimer (2007) menciona estudos que comprovam que a realização de actividade física está associada a uma diminuição da ansiedade, sendo que um dos objectivos da realização dos exercícios é o de diminuir o *stress*.

Os exercícios físicos podem ser praticados das mais variadas formas (corrida, marcha, jogos, dança e outras). Os utilizados no Curso Psicoprofiláctico para o Nascimento são específicos e permitem: 1) Adaptação da estática do corpo às condições das diferentes posturas e dos próprios movimentos; 2) A preservação da elasticidade dos músculos e articulações; 3) O aumento da tonicidade dos músculos principalmente dos que intervêm no momento do parto; 4) Melhora a capacidade pulmonar e a circulatória com conseqüente melhoria da oxigenação do sangue e tecidos; 5) Melhora a auto-estima. São vários os exercícios físicos que se podem utilizar no Curso Psicoprofiláctico para o Nascimento. Iremos abordar alguns:

Aquecimento - Exercícios que servem para iniciar as sessões práticas com o objectivo de aumentar progressivamente os movimentos e possibilitar a adaptação gradual do aparelho cardio-circulatório e ventilatório. É normalmente

utilizado o exercício de “andar” também denominado de “marcha”, corrigindo a postura com a finalidade de atingir um alinhamento postural correcto e treinar a ventilação pulmonar ou o jogo de bater palmas e o sentar e levantar (ao mesmo tempo corrige-se o modo de levantar);

Exercícios de elasticidade e de flexibilidade - Favorecem a circulação sanguínea dos membros superiores, assim como aumentam a resistência muscular, favorecem a flexibilidade das articulações coxo-femural e os músculos do tórax e peitorais e aliviam as dores lombares. Muitas vezes a dor lombar ocorre devido às alterações posturais da gravidez (posição forçada que a coluna vertebral adopta para compensar o aumento do útero), alterações articulares e da diminuição da força dos músculos abdominais (Huge & Kisner, 2005). Um dos exercícios mais utilizado é chamado de posição “andar de gatas”. Deverá assumir a seguinte posição: *genopeitoral*²⁵, com alinhamento dos joelhos com a bacia e mãos alinhadas com os ombros: 1) Inspirar arqueando o dorso para cima; 2) Expirar e o dorso vai para baixo, não mexe a cabeça. O outro movimento adopta igualmente a posição de “gatas”, separa as mãos e os joelhos, quando inspira levanta a cabeça, quando expira arqueia as costas, ao mesmo tempo contrai os músculos do perineo e baixa a cabeça entre os braços;

Os exercícios para o abdómen e o assoalho pélvico²⁶ - Pretendem fortalecer a elasticidade da região perineal, permitindo facilitar o parto e prevenir complicações graves. Uma das complicações que pode surgir com a gravidez é a diástase dos músculos rectos abdominais. Outra das complicações é a

²⁵ Posição de joelhos.

²⁶ O assoalho pélvico é constituído por músculos, ligamentos e fáscias, tendo como objectivo a sustentação do útero, bexiga e recto, proporcionando uma acção esfíncteriana para a uretra, vagina e recto, e ainda, permite a passagem do feto no momento do parto (Reis, Barrote, Sousa e Neto, 2002).

disfunção do assoalho pélvico²⁷. Existem factores intrínsecos e extrínsecos responsáveis pela disfunção do assoalho pélvico. Dentro dos factores intrínsecos podemos encontrar factores hereditários, raça, alterações anatómicas, tecido conjuntivo e alterações neurológicas. A gravidez, o parto (trauma dos tecidos), as alterações hormonais, o aumento da pressão abdominal, o tabagismo, a obstipação, os esforços físicos, a actividade física e o trauma cirúrgico, são considerados factores extrínsecos (Géo, Lima, Menezes e Soares, 2002). Todos estes factores referenciados podem contribuir para o relaxamento do assoalho pélvico. Nos partos traumáticos, por via baixa, pode ocorrer lesão do nervo podendo, dando origem ao relaxamento do assoalho pélvico e, conseqüentemente, à incontinência urinária, fecal e prolapso urogenital (Géo, et al., 2002).

Associado aos exercícios de fortalecimento dos músculos abdominais devem ser executados os exercícios de Kegel e a elevação pélvica. Os exercícios de Kegel – permitem prevenir o prolapso vaginal, prolapso uterino e são utilizados no tratamento da incontinência urinária, podendo, também, aumentar o prazer do casal nas relações sexuais (Dale & Roeber, 1993). Os exercícios utilizados no Curso de Preparação para o Nascimento deverão ser executados de forma progressiva, começando por exercícios suaves que envolvam um esforço mínimo, aumentando gradualmente de intensidade de acordo com a tolerância da mulher (Ziegel & Cranley, 1985). A principal preocupação deve ser a segurança da mãe e do feto.

²⁷A diástase dos músculos rectos é o afastamento dos músculos recto-abdominais na linha média. A etiologia da patologia é desconhecida. Qualquer separação superior a dois centímetros (dois dedos) é considerada relevante (Huge & Kisner, 2005). A diástases destes músculos não é uma consequência exclusiva da gravidez, mas é onde se encontra a maior incidência de casos, principalmente no terceiro trimestre da gravidez.

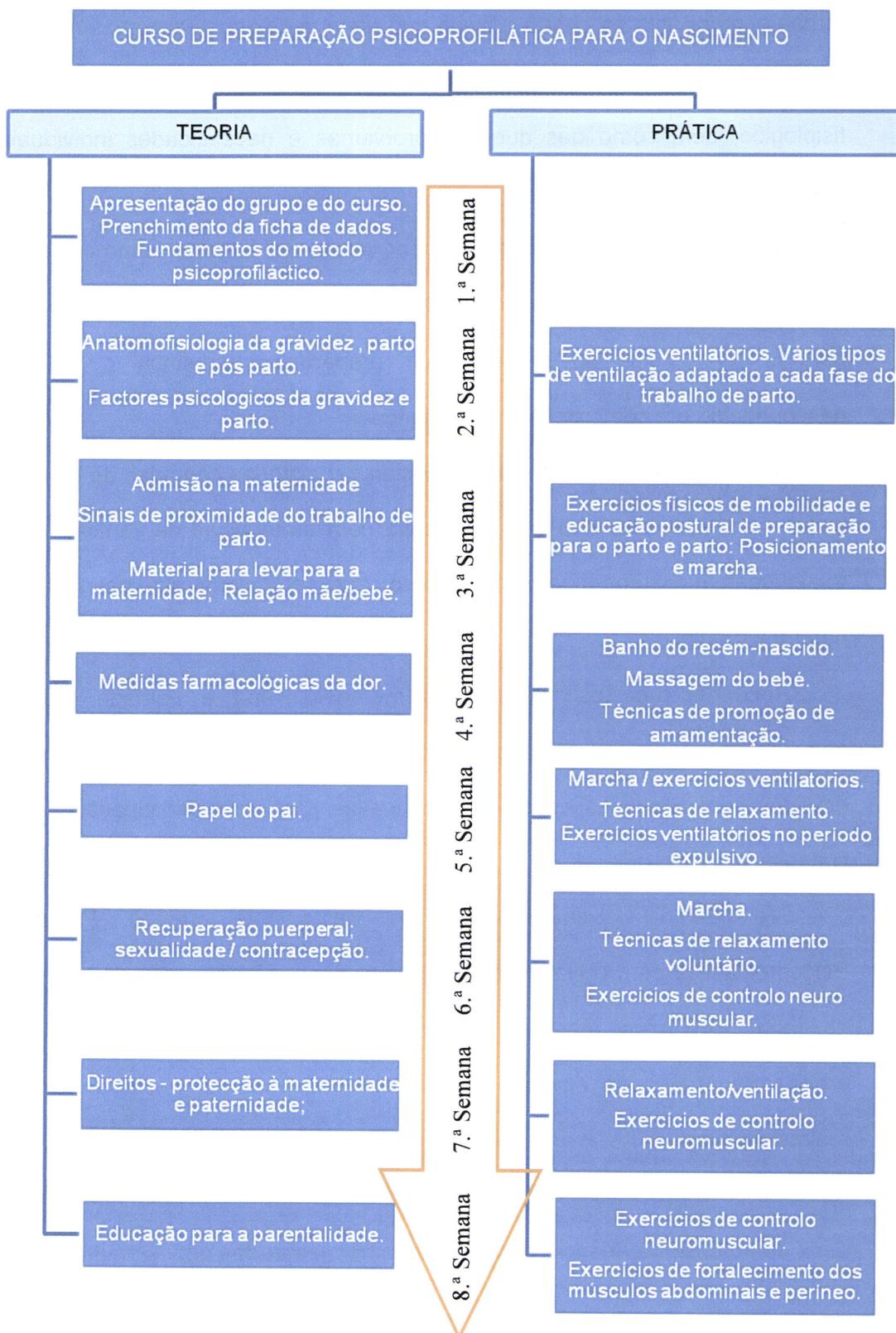


Figura 15. Esquema do Curso de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento

Durante as sessões de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, torna-se importante solicitar à grávida que resuma os acontecimentos relevantes desde a última sessão. Deve questionar-se acerca do bem-estar emocional e fisiológico, bem como das queixas, problemas e necessidades individuais e familiares.

O medo do parto é determinado, por vezes, por factores como o receio da dor, a ignorância do processo de parto e a solidão que sente a grávida nesse período. Faz parte do processo de preparação, substituir o medo do desconhecido por compreensão e confiança.

Deve-se, por isso, desmistificar, esclarecer histórias contadas de “boca-em-boca”, para que, pelo seu filho, se ocupe com as técnicas de ventilação e de relaxamento e assuma todo o processo do nascimento como algo absolutamente natural e fabuloso.

Reconhecemos os méritos dos métodos Read e Lamaze, por isso seguimos os princípios fundamentais dos dois. É fundamental direccionar as grávidas para a criança esperada e educá-las para uma participação activa e consciente.

Pretendemos pois neste estudo demonstrar que a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, tem influência não só em todo o processo do trabalho de parto, mas sim em todo o processo da maternidade, desde a gravidez ao parto até ao envolvimento emocional da mãe com o filho. São realmente várias as vantagens da Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento já descritas anteriormente mas salientamos as mães considerarem o parto como uma experiência positiva e a do bem-estar dos bebés ao nascer.

Parte III.

Estudo Empírico

4. METODOLOGIA

4.1. Objectivos do Estudo e Questões da Investigação

É extremamente importante que a actuação do profissional de saúde, seja assente em bases científicas. Assim, e partindo deste pressuposto, sentimos necessidade de fundamentar cientificamente várias questões: A Preparação para o Nascimento traz ou não benefícios para a mãe e para o recém-nascido? Poderá a dor ser controlada através da Preparação para o Nascimento? É esta condicionadora de atitudes positivas facilitadoras do trabalho de parto? Estas interrogações, retiradas da pesquisa realizada e da prática, são merecedoras de Investigação, pois segundo Collière (1999), citando a OMS “uma profissão consciente dos seus deveres deve levantar questões que mereçam suscitar pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua actividade e fazer passar à prática, o objecto das suas investigações”(p. 202).

Após a pesquisa e reflexão efectuada e descrita nos capítulos anteriores apresentamos, antes de mais, a questão de investigação que deu origem ao presente estudo: “A Preparação para o Nascimento através do método Psicoprofiláctico influencia a percepção da experiência do parto, o controlo da dor durante o trabalho de parto e o envolvimento emocional da mãe com o

recém-nascido, em primíparas que realizaram parto por via vaginal sem analgesia epidural?”. Face ao exposto, traçou-se, como objectivo geral:

Compreender a influência do Método Psicoprofiláctico na percepção da experiência vivida durante o trabalho de parto, e no envolvimento emocional da mãe ao recém-nascido. Para isso iremos:

- Relacionar a Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento com a percepção da experiência do nascimento;
- Analisar a relação existente entre a Preparação Psicoprofiláctica e:
 - A percepção da dor durante o trabalho de parto.
 - O uso de analgésico durante o trabalho de parto.
 - O tempo de demora da fase activa do trabalho de parto.
 - O tipo de parto.
 - O índice de Apgar do recém-nascido.
 - O envolvimento emocional inicial da mãe com o recém-nascido.

As hipóteses são afirmações sobre a relação entre as variáveis, são verdades provisórias ou tentativas de explicação das variáveis. Neste contexto e como fio condutor, definimos as seguintes hipóteses de investigação:

- As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofiláctico, usaram menos analgésicos que as primíparas que não a realizaram;
- As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método

Psicoprofilático, têm a fase activa do trabalho de parto menos demorada que as primíparas que não a realizaram;

- Há mais partos eutócicos nas primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, do que nas primíparas que não a realizaram;
- A média dos índices de Apgar, ao 1.º minuto, dos recém-nascidos das primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, é mais elevada do que a dos recém-nascidos das primíparas que não realizaram a Preparação para o Nascimento;
- As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, têm uma “percepção do nascimento” mais positiva que as primíparas que não a realizaram;
- As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para Nascimento, através do método Psicoprofilático, têm um “controlo da dor” superior às primíparas que não fizeram a Preparação para o Nascimento;
- As primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, que realizaram a Preparação para o Nascimento, através do método Psicoprofilático, têm um “envolvimento emocional inicial” com o recém-nascido mais positivo que as primíparas que não a fizeram;

Foram também determinadas as correlações e associações entre algumas das variáveis:

- Há correlação entre a percepção da dor no trabalho de parto e a percepção da experiência do parto em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural;
- Há correlação entre a percepção da dor no trabalho de parto e o envolvimento emocional da mãe/recém-nascido, nas primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural;
- Há correlação entre percepção da experiência do parto e o envolvimento emocional da mãe/recém-nascido em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural;
- Existe correlação entre a percepção da dor no trabalho de parto e o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural;
- Existe correlação entre a percepção da experiência do parto e o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural;
- Existe associação entre a percepção da dor no trabalho de parto e o tipo de parto em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural;
- Existe associação entre a percepção da experiência do parto e o tipo de parto em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural.

4.2.Tipo de Estudo

Na procura de respostas para tais questões e tendo em conta os objectivos que pretendemos alcançar com este trabalho de investigação, tornou-se fundamental delinear a sua metodologia. Qualquer pesquisa científica requer um

conjunto de procedimentos e técnicas específicas. O desenho de investigação ou metodologia, segundo Fortin (1999), é o “plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (p. 132). Diz-nos também que é importante escolher um desenho apropriado de investigação, segundo se trate de explorar, descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou verificar hipóteses. É nesta fase que se define o tipo de estudo, a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita de dados.

O presente estudo é uma investigação quasi-experimental, de natureza quantitativa, uma vez que, e de acordo com Carmo & Ferreira (1998), a utilização dos métodos quantitativos está relacionada com a pesquisa experimental e quasi-experimental, o que requereu a observação de fenómenos, a formulação de questões ou hipóteses, uma selecção da amostra e a verificação de hipóteses após o tratamento analítico dos dados.

A abordagem quantitativa, baseada no paradigma positivista, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos, obtidos com controlo e análise estatística fornecem, conhecimentos e objectivos generalizáveis a outras populações (Carmo, & Ferreira, 1998). As principais limitações de um estudo quantitativo prendem-se com a natureza do fenómeno a estudar, tais como a complexidade do ser humano, o grande número de variáveis a controlar, a subjectividade por parte do investigador em medições indirectas e o problema da validade e fiabilidade dos instrumentos de colheita de dados.

Foi realizado um estudo de campo, sendo do tipo *ex-post facto*, pois a causa e o efeito já ocorreram e são estudados retrospectivamente, (Gil, 1989; Carmo & Ferreira, 1998). De acordo com os mesmos autores, este tipo de

procedimento é designado por investigação exploratória e é normalmente conduzida num ambiente natural. Procura proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade.

O estudo tem um carácter comparativo, uma vez que se comparou a percepção da vivência do trabalho de parto e da interacção mãe/recém-nascido, nas mulheres que fizeram a Preparação para o Nascimento pelo método Psicofilático e nas que não o realizaram, e é, ainda, um estudo correlacional, uma vez que pretendemos verificar “em que medida a aparição de um fenómeno se acompanha da aparição de um outro fenómeno ” (Fortin, 1999, p. 176). Procuram estabelecer uma relação entre duas variáveis sendo que a correlação entre ambas pode ser utilizada na previsão dos valores de uma delas a partir do conhecimento dos valores da outra (Pestana & Gageiro, 2005).

4.3. População/Amostra

A população alvo é, segundo Polit, Beck & Hungler (2004) “toda a população em que está interessado o pesquisador” (p.143). Sabemos que é muito raro estudar exaustivamente uma população, ou seja, inquirir todos os seus membros seria de tal forma longo e dispendioso que se tornaria praticamente impossível (Ghiglione & Matalon, 1997).

Por razões que se prenderam com a facilidade dos procedimentos de recolha de dados e por serem locais onde se realizavam os partos das grávidas que foram preparadas pelo método de Preparação para o Nascimento com as características definidas no enquadramento conceptual, a população do presente estudo é constituída por todas as primíparas que realizaram o parto, nos

Serviços de Obstetrícia dos Hospitais de Abrantes, Barreiro, Beja, Évora e Santarém, no período de 1 de Março de 2007 e 31 de Julho 2008.

A necessidade de obter dados, num período específico de tempo, de elementos da população com determinados critérios importantes para a investigação, tendo em conta os objectivos do estudo, tornou imperativa a utilização de uma amostra. Sendo assim, amostra é um grupo de sujeitos tirados da população alvo. Recorreu-se a uma amostra não probabilística intencional. A selecção da amostra teve em conta os seguintes critérios:

- Primíparas que estivessem dispostas a participar no estudo;
- Primíparas que soubessem ler e escrever e estivessem conscientes e orientadas;
- Primíparas que não efectuaram analgesia epidural;
- Primíparas de idade compreendida entre os 20 e os 34 anos;
- Primíparas sem complicações médicas e obstétricas durante a gravidez e trabalho de parto;
- Primíparas com recém-nascidos de termo e saudáveis.

Os critérios para a selecção dos sujeitos em estudo foram elaborados de forma a não introduzirem factores que interferissem na naturalidade do trabalho de parto ou pudessem trazer algum risco ao mesmo. Selecionamos grávidas entre os 20 e os 34 anos, porque consideramos o facto de estar convencionado pela OMS (1989) que a adolescência termina aos 19 anos de idade e a gravidez na adolescência normalmente não é planeada e é vivida com uma emotividade própria da idade, as mães adolescentes têm, também, tendência a experienciar mais *stress*. Além disso estão cognitivamente menos preparadas para os cuidados ao bebé e podem comprometer o envolvimento emocional com este

(Barrat & Roach, 1995; Canavarro, 2009; Landy, Montgomery, Schubert, Clelland, & Clark, 1983; Leadbeater, & Linares, 1992; Sommer, Whitman, Borkowki & Schenllenbach, 1993). Depois dos 35 anos há maior risco de complicações fisiológicas tanto no período gestacional como neonatal (Graça, 2005; Knuppel & Drukler, 1996; Rezende, 1999) e interferir na percepção da experiência do nascimento.

A utilização do critério primíparas impõe-se para evitar que as ideias sejam influenciadas pelas experiências vividas, considerarmos que a mulher que pare pela primeira vez, vive pela primeira vez a situação nova de ser “mãe” e a sua percepção da dor não é deturpada por experiências anteriores (Bobak et al.1999; Couto, 2003). Os estudos de Melzack & Wall (1987) indicam que as primíparas apresentam níveis de dor mais elevados que as múltiparas²⁸, e ainda que o tempo de demora da fase activa de trabalho de parto é diferente²⁹.

Relativamente ao critério “não ter sido submetida a epidural”, justifica-se porque a percepção de dor é diferente, há um prolongamento do tempo do trabalho de parto e maior n.º de partos instrumentais³⁰ (Graça, 2005; Oxorn, 1989) e ainda porque vários estudos demonstraram que as mães submetidas a analgesia epidural, comparadas com as mães que não recorreram a analgesia de parto, apresentam níveis significativamente menos elevados de oxitocina no sangue, o que, como já outros autores demonstraram, não beneficia a vinculação mãe/filho (Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Taylor, Littlewood, Adams, Doré, & Glover, 1994).

Serem mulheres sem complicações médicas e obstétricas durante a gravidez e trabalho de parto justifica-se porque as patologias ou complicações,

²⁸ Múltipara - mulher que teve mais que um filho.

²⁹ A demora da fase activa do trabalho de parto é menor na multipara.

³⁰ Ventosas, fórceps e cesarianas.

poderão criar ansiedade e interferir na satisfação do parto, percepção da dor (MacFarlane, 1992) e mesmo condicionar a disponibilidade para responder ao questionário. Os recém-nascidos de termo e saudáveis porque a prematuridade e as patologias no recém-nascido são um factor de *stress* e ansiedade que influenciam o trabalho de parto e a vinculação ao recém-nascido (Canavarro, 2009).

4.4. Variáveis

Na investigação são estudadas características, qualidades, propriedades de objectos, de pessoas ou de situações, as quais assumem diversos valores e tomam a designação de variáveis.

Este trabalho de investigação comporta dois tipos de variáveis: dependentes e independentes. As variáveis dependentes, de acordo com Polit et al.(2004), são também chamadas variáveis critério, são aquelas cujo resultado observado é devido à presença da variável independente. São a consequência ou efeito de um dado acontecimento, contêm os valores ou factores a serem explicados podendo ser qualitativos ou quantitativos (Fortin, 1999).

As variáveis dependentes do estudo actual são:

- A experiência do trabalho de parto (composta por 3 escalas);
- A percepção da dor no trabalho de parto (composta por duas escalas);
- Envolvimento emocional inicial mãe/recém-nascido (uma escala);
- Variáveis obstétricas e neonatais (duração da fase activa do trabalho de parto, uso de analgésico; tipo de parto; índice de Apgar do recém-nascido).

As variáveis independentes são aquelas que, manipuladas pelo investigador têm a finalidade de estudar quais os seus efeitos na variável dependente. A variável independente é a que explica de algum modo o fenómeno.

A variável independente do nosso estudo é a:

- Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento.

4.5. Instrumentos

Apesar de existirem diversos métodos de colheita de dados, o investigador deve escolher aquele que mais se identifica com o tipo de estudo. Existem certos factores que influenciam na escolha de um instrumento de medida: os objectivos do estudo, o nível de conhecimento do investigador sobre a variável em estudo, possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e validade dos instrumentos de medida, assim como a eventual concepção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida.

Para Ghiglione & Matalon (1997), o questionário são “questões que são formuladas antecipadamente e o entrevistador deve colocá-las sem adaptação nem explicação. É nesta condição que “as respostas de diferentes pessoas podem ser consideradas comparáveis, que poderemos quantificá-las e que servem para uma exploração estatística” (p.116). Deste modo, o instrumento de colheita de dados visa acumular a maior quantidade de informação possível, com a intenção de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. Segundo Polit, et

al. (2004, o questionário apresenta várias vantagens: 1) Possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados que podem ser sujeitos a tratamento estatístico; 2) Menos dispendioso, mais rápido e simples de aplicar; 3) Permite o anonimato total e, por este facto, exprimir mais livremente as opiniões; 4) Não existe a possibilidade de tendenciosidade nas respostas pela presença do entrevistador; 5) A sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões e as mesmas directrizes para todos, pode assegurar a fiabilidade e facilitar as comparações entre os sujeitos.

Ao utilizarmos a metodologia quantitativa e de acordo com a questão de investigação apresentada, optamos pela utilização de um questionário (anexo A) organizado em vários blocos. No primeiro bloco, a Escala *Labour Agency Scale* (LAS), da autoria de Hodnett e Simmons-Tropea (1987), pretendeu medir a percepção do controlo durante o parto. O segundo bloco, através da Escala *Childbirth Perception Questionnaire* (CPQ) da autoria de Beaton e Gupton em 1988, tem como objectivo identificar a percepção da experiência do nascimento. O terceiro bloco de perguntas, a Escala *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ), também da autoria de Beaton e Gupton mede a percepção maternal da experiência pós parto. Num quarto bloco, para avaliar a percepção da dor no trabalho de parto, utilizou-se a Escala da dor de Hitchcock, constituída pela *Escala Visual Analógica* (EVA), convertida em escala numérica para efeitos de registo, com o apoio da Escala de Faces para melhor compreensão, e pela *Escala Verbal* (EV).

Relativamente ao envolvimento inicial da mãe com o bebé, foi utilizada a *Escala de Bonding*, uma versão acrescentada e validada em Portugal do 'Mother-Baby *Bonding Questionnaire*' da autoria de Taylor, Adams, Doré, Kumar

& Glover (Figueiredo, et al., 2005). Foram solicitadas as devidas autorizações aos autores para utilização das escalas.

Foram também elaboradas questões para caracterização da amostra em termos socio-demográfico: idade, estado civil, habilitações literárias e profissão. Recolhemos também os dados obstétricos e neonatais relacionados com o trabalho de parto e o recém-nascido.

4.5.1. Descrição da Escala LAS

Labour Agency Scale (LAS), da autoria de Hodnett e Simmons-Tropea, pretende medir a percepção maternal do controlo durante a experiência do nascimento, é composta por 29 itens, em que se solicita à puérpera que responda a cada item assinalando o grau de concordância com as afirmações apresentadas segundo o formato tipo Likert. Assim pretende-se que esta recorde sentimentos e sensações sentidas no momento do parto e se situe na presente escala numérica constituída por sete pontos, que varia entre o ponto 1 (conotação positiva) “quase sempre” e o ponto 7 (conotação negativa) “raramente”; sendo os restantes pontos representativos de graus de concordância intermédia: os pontos 2 e 3 de conotação positiva, os pontos 5 e 6 de conotação negativa e o ponto 4 de conotação neutra.

Dos 29 itens componentes da presente escala, 14 encontram-se redigidos de forma positiva³¹ e 15 de forma negativa³². As afirmações de carácter negativo são revertidas desta forma: “raramente” recebe a pontuação 1 e “quase sempre”

³¹ As questões do questionário da escala LAS de conotação positivas são: 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 26.

³² As questões do questionário da escala LAS de conotação negativa são: 1, 2, 4, 8, 10, 13, 14, 15, 19, 22, 23, 25, 27, 28, 29.

recebe a pontuação 7. A pontuação total reflecte a soma das respostas a cada item, significando que uma baixa pontuação indica uma experiência mais positiva e revelando um bom nível de controlo durante o trabalho de parto e uma pontuação mais elevada o inverso. Bramadat (1990) refere, ainda, que esta escala tem sido utilizada em diversos estudos tendo obtido uma consistência interna elevada, com um *alfa de Cronbach* (α) de 0,95.

4.5.2. Descrição da Escala CPQ

A Escala *Childbirth Perception Questionnaire* da autoria de Beaton e Gupton é utilizada, para medir a percepção maternal na experiência do nascimento, é composta por 36 itens, em que se solicita à puérpera que responda a cada um deles assinalando o grau de concordância com as afirmações apresentadas segundo o formato tipo Likert. Neste questionário solicita-se à puérpera que, numa escala com cinco pontos desde o extremo “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”, assinale com uma cruz o grau de concordância com as afirmações ou questões apresentadas. Assim, o ponto de conotação negativa “discordo totalmente” recebe a pontuação 1; o ponto de conotação negativa “não concordo” recebe a pontuação 2; o ponto neutro “não concordo / nem discordo” recebe a pontuação 3; o ponto de conotação positiva “concordo” recebe a pontuação 4 e o ponto de conotação positiva “concordo totalmente” recebe a pontuação 5. De acordo com Bramadat (1990), a análise factorial desta escala indica a presença de quatro factores comuns, que vêm a ser: lidar com a dor (com 13 afirmações); apoio do companheiro (com 7 afirmações); apoio da enfermagem (com 8 afirmações) e as intervenções médicas (com 9 afirmações).



Dos 36 itens componentes da presente escala, 19 encontram-se redigidos de forma positiva³³ e 17 de forma negativa³⁴. As afirmações de carácter negativo são revertidas desta forma: “discordo totalmente” recebe a pontuação 5 e “concordo totalmente” recebe a pontuação 1, proporcionando assim a possibilidade de obter uma nota de 1 a 5 que quantifica a sua posição relativamente a cada item. A pontuação total reflecte a soma das respostas a cada item, significando que uma pontuação mais elevada indica uma percepção mais positiva do fenómeno do nascimento nos quatro factores já referidos, e uma pontuação mais baixa, o inverso. A CPQ tem uma boa fiabilidade, segundo Bramadat (1990) numa amostra de 203 grávidas obteve um *alpha de Cronbach de 0,85*.

4.5.3. Descrição da Escala PPQ

O *Postpartum Perception Questionnaire*, da autoria de Beaton e Gupton em 1988, é uma escala composta por seis questões directas acerca da percepção que a puérpera tem acerca do trabalho de parto e do parto. Assim solicita-se à primípara que numa escala de 1 a 7 assinale o grau de concordância com as afirmações ou questões apresentadas: a primeira questão refere-se à percepção acerca da experiência vivida; a segunda acerca da sua reacção perante a dor; a terceira acerca do grau de controlo durante o trabalho de parto; a quarta acerca da ajuda que obteve do companheiro; a quinta a intervenção técnica que utilizou e a sexta acerca do apoio que recebeu do pessoal de enfermagem. As questões

³³ As questões do questionário da escala CPQ de conotação positivas são: 1, 2, 5, 6, 7, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 31, 32.

³⁴ As questões do questionário da escala CPQ de conotação negativa são: 3, 4, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 22, 25, 26, 30, 33, 34, 35, 36.

encontram-se apresentadas com carácter positivo. A pontuação total reflecte a soma das respostas a cada item, significando que uma pontuação mais elevada indica uma percepção mais positiva do fenómeno do estudo nos quatro factores já referidos, e uma pontuação mais baixa, o inverso. A. Bramadat (1990) refere, ainda, que obteve uma consistência interna satisfatória com um *alfa de Cronbach* (α) de 0,73.

4.5.4. Descrição da Escala da Dor de Hitchcock

Sendo a dor subjectiva, medir a intensidade da dor não é fácil. Ao pretendemos obter uma percepção geral da dor sentida pela primípara durante o trabalho de parto optámos por utilizar a Escala da Dor de Hitchcock, constituída pela *Escala Visual Analógica* (numérica e de faces) e pela *Escala Verbal*. Instrumentos que, em 2003, a Direcção Regional de Saúde (DGS), instituiu nas instituições de saúde para a mensuração da intensidade da dor. Estas escalas foram usadas em muitos estudos e estão validadas (Huskisson, 1974; Jensen, Karoly & Braver, 1986; Matthews & Mcculloch, 1993; Melzack & Wall, 1987; Scott & Huskisson, 1976).

Encontramos na literatura várias escalas da dor. A mais utilizada é a *Escala Visual Analógica* também denominada de escala numérica. Foi criada nos anos 60 do século passado por Clarke e Launches. É simples e de fácil utilização. Serve para reproduzir as sensações da dor sentida. Apresenta boas qualidades de confiabilidade e de validade (Huskisson, 1974; Matthews & Mcculloch, 1993); é um método fiável de expressar a intensidade da dor (Scott & Huskisson 1976, Huskisson 1982); tem uma distribuição de frequência contínua, que permite o

uso de testes estatísticos rigorosos. A dor pode ser expressa verbalmente ou não verbalmente (Houde, 1982). A forma não verbal é através *Escala Visual Analógica*, que é uma variável quantitativa e consiste numa linha horizontal com 10 cm, apresentando dois extremos 0 e 10. Pretende-se que a primípara faça a equivalência entre a dor sentida e a escala numérica apresentada, (0 corresponde à classificação “sem dor” e 10 à classificação “dor máxima”) e coloque uma cruz no ponto que equivale à dor sentida. Posteriormente, com o recurso a uma régua, o investigador mede a distância percorrida entre o ponto 0 e o ponto assinalado. A dor é mais intensa quanto a distância assinalada se encontrar mais próxima de 10.

A *Escala Verbal*, criada por Keele em 1948, era baseada em cinco palavras o “nenhum”, “ligeiro” “suave”, “moderado” e “severo”, servia para avaliar, durante 24 horas, a respostas à analgesia de pacientes com doenças cardíacas. Esta escala foi usada por Melzack e Casey (1968) em simultâneo com o questionário da dor de McGill. Há variantes na *Escala Verbal* que podem ir de 3 a 5 itens, a utilizada no estudo é a de 5 itens na qual a dor é expressa pela escolha de um dos adjectivos: “sem dor”, “mínima”, “moderada”, “intensa” e “pior possível” (Jensen, Karoly & Braver, 1986).

Pretende-se que a primípara se situe no item da *Escala Verbal* que melhor descreve a experiência dolorosa sentida durante o trabalho de parto. Assim o ponto de conotação negativa “sem dor” recebe a pontuação 1; o ponto de conotação negativa “mínima” recebe a pontuação 2; o ponto neutro “moderada” recebe a pontuação 3; o ponto de conotação positiva “intensa” recebe a pontuação 4 e o ponto de conotação positiva “pior possível” recebe a pontuação

5. Deste modo a dor sentida é tanto menor quanto mais baixa for a pontuação obtida.

4.5.5. Descrição da Escala Bonding

A Escala de *Bonding* adaptada e validada por Figueiredo et al. (2005), pretende avaliar a qualidade do envolvimento emocional da mãe com o bebé; é composta por 12 itens de auto-relato numa escala de tipo "Likert" variando entre o 3 e 0 consoante a emoção está muito (3), bastante (2), um pouco (1) ou nada (0) presente. Foi adaptada do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* da autoria de Taylor, Adams, Doré, Kumar, & Glover. A versão original do instrumento era constituída por 8 itens de auto-relato. Os 12 itens da actual escala, estão organizados em três sub-escalas: a sub-escala "*Bonding Positivo*", constituída por 3 itens (Afectuosa, Protectora e Alegre), mede o envolvimento emocional positivo; a sub-escala "*Bonding Negativo*", constituída por 6 itens (Desiludida, Ressentida, Desgostosa, Agressiva, Zangada e Triste), avalia o envolvimento emocional negativo; a sub-escala "*Bonding not Clear*" constituída por 3 itens (Neutra ou sem sentimentos, Possessiva e Receosa), mede as emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional da mãe com o bebé. Pontuações, mais elevadas demonstram que está mais presente a emoção em causa.

O resultado das sub-escalas (*Bonding Positivo, Negativo e Neutro*) que é obtido pela soma das pontuações dos itens de cada sub-escala é tanto mais elevado quanto mais presente a dimensão que avalia. O resultado total, que se obtém pela subtracção do resultado das sub-escalas "*Bonding Negativo*" e

“*Bonding not Clear*” ao resultado da sub-escala “*Bonding Positivo*”, é tanto mais elevado quanto melhor o “*Bonding*” da mãe.

As autoras Figueiredo et al. (2005) referem que o estudo psicométrico apresenta índices razoáveis de consistência interna: Alpha de Cronbach de 0,4471; Coeficiente de Bipartição de 0,5256, e de fidelidade teste-reteste, com um Coeficiente de Correlação de Spearman de 0,491.

4.6. Validade e Fidelidade do Instrumento

Tendo em conta que validade é a qualidade de um instrumento que mede realmente o que se pretende medir (Fortin, 1999), e no sentido de assegurar que o questionário traduzido era constituído por questões correctamente formuladas, adequadas e em consonância com os objectivos delineados para a investigação, de modo a evitar ao máximo enviesamentos indesejáveis, submetemo-lo à análise e avaliação.

4.6.1. Procedimentos da Adaptação das Escalas

As três escalas internacionais utilizadas, nomeadamente: a *Labour Agency Scale* (LAS) e as Escalas *Childbirth Perception Questionnaire* (CPQ) e *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ), foram traduzidas e adaptadas à realidade portuguesa. A adaptação das escalas foi feita em várias etapas: 1) Tradução dos termos - tradução do original, inglês, por profissionais da linguística e da saúde (uma professora de inglês, uma de português e uma enfermeira inglesa a exercer funções em Portugal). 2) Validação da tradução -

foram validadas por especialistas em áreas profissionais com experiência em psicologia, em obstetrícia e na área da dor. Estes profissionais, individualmente, opinaram sobre a tradução proposta e apresentaram sugestões. Após a validação, foram efectuadas alterações ao questionário. 3) Aplicação clínica - obtido o consenso entre os especialistas, iniciou-se a fase de aplicação do questionário (pré-teste) a puérperas primíparas.

4.6.2. Pré-teste

Efectuamos o pré-teste do instrumento adaptado para avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar se: 1) os termos utilizados eram compreensíveis e desprovidos de equívocos; 2) o questionário não era demasiado longo; 3) as questões não apresentavam ambiguidade; 4) se as questões apresentadas permitem obter a informação desejada (Fortin, 1999). Para determinar a amostra do pré teste baseamo-nos em Gil (1989) quando refere que deve ser aplicado a uma pequena amostra (entre 10 a 30 sujeitos) de características semelhantes à população alvo. Assim o pré teste em número de 30, foi aplicado a puérperas que satisfaziam os requisitos do estudo. Estas anotaram as suas observações, críticas e sugestões à medida que efectuaram o seu preenchimento. Foram questionadas quanto ao grau de dificuldade assim como registado o tempo necessário para o preenchimento. Após o pré-teste foram feitas as rectificações necessárias, assegurando a validade e a precisão.

Para a adaptação do questionário consideramos ser suficiente validar a tradução das Escalas LAS, CPQ e PPQ, porque as restantes escalas, (*Escala Visual Analógica e Bonding*), já são utilizadas em Portugal e são escalas com

índices de validade e confiabilidade já reconhecidos. As escalas em língua inglesa encontram-se em Anexo B.

Foi feita a análise de fidelidade que permitiu estudar as propriedades do questionário e das questões que o compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de fidelidade do questionário e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais do mesmo. Fortin (1999), realça que a fidelidade diz respeito à “avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio, enquanto a validade se refere ao grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio instrumento de medida” (p.225). Nas ciências sociais, o modelo mais utilizado para verificação de fidelidade é o *Alfa de Cronbach*.

Tecnicamente, o *Alfa de Cronbach* não é um teste estatístico, é um coeficiente de fidelidade (ou consistência). Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade alta. Os resultados da consistência interna, através do *Alpha de Chronbach* das referidas escalas, são os descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Valores do *Alpha de Cronbach* (α) das Escalas: LAS, CPQ e PPQ

Escalas	Cronbach's Alpha	Nº de itens
<i>Labour Agency Scale (LAS)</i>	0,911	29
<i>Chidbirth Perception Questionnaire (CPQ)</i>	0,724	36
<i>Postpartum Perception Questionnaire (PPQ)</i>	0,656	6

4.7. Procedimentos

Após a apreciação e aprovação dos questionários, por parte das comissões de ética, das direcções dos hospitais e serviços (Anexo D), as participantes foram informadas acerca dos objectivos e procedimentos do estudo, bem como sobre o que lhes seria pedido, caso aceitassem participar. Mais ainda, garantiu-se, que a qualquer momento poderiam suspender a sua participação na investigação. Após o consentimento informado, iniciou-se a aplicação dos questionários nos serviços de obstetrícia dos referidos hospitais. Foram distribuídos, recolhidos e devolvidos em envelopes fechados. Estes procedimentos eram da responsabilidade de enfermeiras dos serviços, a quem foi solicitada colaboração. O período estipulado para a recolha de informação foi entre as 24 e 48 horas pós-parto, devendo-se essencialmente ao facto de corresponder ao momento em que a mulher consegue responder de modo mais seguro e efectivo. Trata-se de um questionário de auto-preenchimento em que o tempo médio de resposta foi de aproximadamente 20 minutos. Os questionários foram codificados e inseridos numa base de dados construída especificamente para o estudo.

Dos 600 questionários entregues nos referidos hospitais, foram obtidos 427. Destes foram ainda eliminados 42 devido a terem revelado a presença de critérios de exclusão ou não estarem preenchidos na sua totalidade. Sendo assim, participaram no estudo 385 puérperas primíparas, de nacionalidade portuguesa, cujo nascimento do(a) filho(a) foi por via vaginal, sem analgesia epidural e realizado o parto nos serviços de obstetrícia dos hospitais de

Abrantes, Barreiro, Beja, Évora e Santarém, no período de 1 de Março de 2007 e 31 de Julho de 2008.

4.8. Considerações Éticas

Qualquer investigador ao trabalhar com seres humanos terá de ter em conta os aspectos éticos. Eles são tão importantes que poderão determinar se é possível realizar o trabalho ou não. Independentemente do contributo que um estudo tenha para a ciência, se os direitos humanos não estiverem salvaguardados, ele jamais poderá ser colocado em prática.

Tendo consciência da responsabilidade como investigadores, baseámo-nos em Fortin (1999) que faz referência aos princípios e direitos fundamentais do ser humano. Sendo o Homem capaz de tomar conta do seu destino e decidir por ele próprio, é necessário salvaguardar o direito à autodeterminação garantindo desta forma a liberdade de escolha de participar ou não na pesquisa. O investigador deve ter o cuidado de verificar se a privacidade dos sujeitos está salvaguardada, garantindo assim o direito à intimidade.

Manter e preservar a confidencialidade dos dados e o anonimato daqueles que aceitam participar em estudos de pesquisa científica deverá constituir uma preocupação dos investigadores. De igual modo devem assegurar um tratamento justo e equitativo aos seus inquiridos, tendo estes, ainda, o direito a serem informados sobre a natureza, finalidade, métodos utilizados e duração da pesquisa científica, assim como o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo.

Na aplicação do nosso instrumento da colheita de dados procuramos garantir os aspectos éticos inerentes a todos os estudos científicos, tais como: o consentimento livre e esclarecido das instituições e dos sujeitos e o direito à recusa, à confidencialidade e ao anonimato (Anexo C).

4.9. Tratamento dos Dados

Após a colheita de dados a informação recolhida apresenta-se em bruto, daí a necessidade de utilizar a estatística para reduzir, resumir, ordenar, analisar, compreender e comunicar a informação (Polit et al., 2004; Lakatos & Marconi, 2003). Assim sendo, procedeu-se ao tratamento e avaliação dos dados obtidos através da estatística descritiva e analítica com o auxílio do programa SPSS 16 (*Statistic Package for the Social Sciences*).

Foram usadas estatísticas descritivas: frequência absoluta (N), percentagens (%) e medidas de tendência central: média (\bar{X}), moda e medidas de dispersão: desvio padrão (SD) e estatística analítica³⁵ aplicando os testes de diferença de média: o teste *t* de Student e o teste de Qui-Quadrado (χ^2). No estudo de associação de variáveis utilizamos o coeficiente de Correlação de Pearson (*r*). A respeito dos níveis de significância, utilizou-se a seguinte designação (Figura 16):

$p \leq 0,05$ (nível 5%) - Diferenças significativas., assinaladas com *

$p \leq 0,01$ (nível 1%) - Diferenças altamente significativas, assinaladas com **

$p \leq 0,001$ (nível 0,1%) - Diferenças muito altamente significativas, assinaladas com ***

Figura 16. Níveis de Significância Estatística

³⁵ A utilização de cada modelo estatístico foi precedida da verificação dos seus pressupostos de aplicação.

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificados. As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas. Para as variáveis das escalas de medida, apresentam-se alguns dados significantes, como: 1) Os valores médios obtidos para cada questão, para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior à média da escala. Na escala de 1 a 7 o valor superior a 4 é superior à média da escala. 2) Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão. 3) Os valores mínimos e máximos observados. 5) Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

Omitiremos a fonte, local e data dos dados apresentados nas tabelas, quadros e gráficos, uma vez que dizem respeito aos dados colhidos através do instrumento de colheita de dados utilizado nesta pesquisa, já identificado anteriormente.

Parte III.

Resultados

Discussão dos Dados

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O propósito deste capítulo é proceder à apresentação, análise e discussão dos resultados decorrentes da aplicação dos questionários a 385 puérperas primíparas que preencheram os critérios de selecção da amostra. A metodologia utilizada seguiu os princípios quantitativos, permitindo compreender as características do fenómeno estudado emergindo da experiência das primíparas. Analisámos os dados recolhidos, recorrendo aos testes estatísticos apropriados, transformando assim vivências em dados.

5.1. Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados encontra-se organizada da seguinte forma: numa primeira análise efectuou-se a caracterização da amostra a partir dos dados relativos às variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão) e experiência obstétrica (variáveis obstétricas e neonatais) tais como: tempo de demora da fase activa do trabalho de parto; uso de analgésicos; tipo de parto e índice de Apgar.

Posteriormente, fizemos a análise das variáveis: experiência do parto, controlo da dor e envolvimento emocional mãe/recém-nascido. De seguida testamos as hipóteses relativas à existência de relação entre a Preparação

Psicoprofiláctica para o Nascimento e a percepção da experiência do nascimento, o controlo da dor, o envolvimento emocional mãe/recém-nascido e algumas variáveis obstétricas e neonatais.

Com o intuito de facilitar a leitura, evitando repetições, os resultados são sempre apresentados nos dois grupos, primeiro do grupo que realizou Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento denominado "CPPN" seguido dos resultados do grupo Sem Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento com a sigla "SPPN".

5.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica

Como mostra a Tabela 2, todas as participantes no estudo têm entre 20 e 34 anos de idade (critério de inclusão). O grupo etário dos 20 aos 24 anos e o dos 30 aos 34 anos, apresentam representação bastante semelhante, respectivamente 27,8% e 29,4%. O maior grupo (42,9%) tem entre 25 e 29 anos. A média de idades da amostra é de 27,7 anos.

No que se refere ao estado civil, verifica-se que 91,2% das mulheres são casadas ou encontram-se em união de facto e que 6,8% são solteiras, apresentando-se ainda seis casos de separação ou divorcio e duas são viúvas.

As habilitações literárias das puérperas encontravam-se entre o 1º ciclo do ensino básico (6,5%) e o curso superior (30,9%), sendo a categoria mais representada, com (35,8%), o ensino secundário (12º ano). 21% relataram ter completado o 9º ano de escolaridade. Grande parte das participantes no estudo encontra-se empregada (97,1%).

Relativamente às profissões, agrupadas de forma a facilitar a interpretação, optámos por classificá-las segundo a CNP-94 (Classificação Nacional de Profissões de 1994), tendo por base a CIPT-88 (*Classification International Type de Profession*) e ainda em conformidade com as resoluções da 13ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho, permitindo assim facilitar e permitir a apresentação e comparação de dados nacionais e internacionais sobre as profissões (Instituto de Emprego e Formação Profissional - IEFP, 2001). Verifica-se que as categorias mais representadas são: a das profissões de “pessoal dos serviços e vendedores” (22,3%), seguindo-se as “domésticas” e as “especialistas das profissões intelectuais e científicas” com aproximadamente 18% e o “pessoal administrativo e similar” que apresentam uma percentagem de 12,5%. Dentro das respostas obtidas, as profissões com menor expressão correspondem às “Forças Armadas”, “agricultores e pescadores”, e “operadores de máquinas”, cada uma com apenas duas participantes (0,5%).

Tabela 2. Distribuição da amostra por Idade, Estado Civil, Habilitação e Profissão

		N	%
Idade	20-24 anos	107	27,8%
	25-29 anos	165	42,9%
	30-34 anos	113	29,4%
	Total	385	100,0%
Estado Civil	Casada / união de facto	351	91,2%
	Separada/divorciada	6	1,6%
	Solteira	26	6,8%
	Viúva	2	0,5%
	Total	385	100,0%
Habilitações Literárias	1.º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe)	25	6,5%
	2.º ciclo do ensino básico (antigo 6.º ano)	22	5,7%
	3.º ciclo do ensino básico (9.º ano)	81	21,0%
	Ensino secundário (12.ºano)	138	35,8%
	Curso superior	119	30,9%
	Total	385	100,0%
Profissão	Forças Armadas	2	0,5%
	Quadros superiores e dirigentes	30	7,8%
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	70	18,2%
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	33	8,6%
	Pessoal administrativo e similares	48	12,5%
	Pessoal dos serviços e vendedores	86	22,3%
	Agricultores e pescadores	2	0,5%
	Operários e artífices	6	1,6%
	Operadores de máquinas	2	0,5%
	Trabalhadores não qualificados	24	6,2%
	Domésticas	71	18,4%
	Desempregadas	11	2,9%
	Total	385	100,0%

Das 385 participantes da amostra, quase metade, 178 (46%), realizou Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento (PPN) e 207 (54%) não o fez (Figura 17).

Teve aulas de PPN

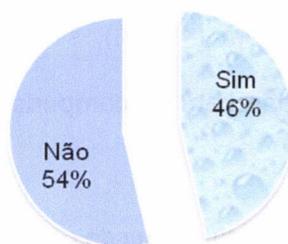


Figura 17. Amostra segundo realizaram ou não Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento

Comparando a caracterização sócio-demográfica das participantes que realizaram PPN e das que não realizaram (Figura 18), verificamos que o grupo etário que apresenta mais mulheres que realizaram PPN é o dos 25 aos 29 anos (53%), seguindo-se o grupo etário dos 30 aos 34 anos (51,3%).

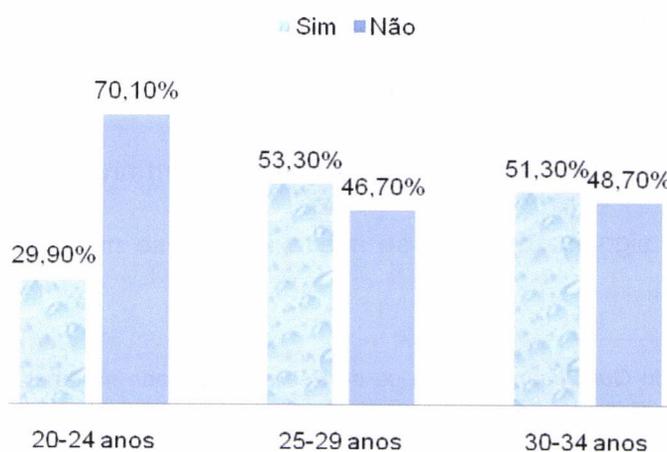


Figura 18. Gráfico de Barras da distribuição das primíparas segundo o escalão etário nos grupos CPPN e SPPN

Podemos observar na Tabela 3 que é no grupo etário dos 20 aos 24 anos onde é maior a diferenças de quem fez (29,9%) e não fez PPN (70,1%). Nos restantes grupos etários as participantes estão distribuídas quase homogeneamente pelos dois grupos (CPPN e SPPN). Ainda na Tabela 3, relativamente à realização da PPN, é no grupo etário dos 25 aos 29 anos que se encontra a maior percentagem (49,4%), seguindo-se o grupo dos 30 aos 34 anos. Os escalões etários parecem ter comportamentos diferenciados.

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo os escalões etários nos grupos CPPN e SPPN

Idade	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
20-24 anos	32	29,9%	18,0%	75	70,1%	36,2%	107
25-29 anos	88	53,3%	49,4%	77	46,7%	37,2%	165
30-34 anos	58	51,3%	32,6%	55	48,7%	26,6%	113
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Para comprovar estes comportamentos diferenciados, a realização do teste do Qui-Quadrado (χ^2) de Pearson³⁶ (Tabela 4) é importante. Permite-nos verificar a existência de um (χ^2) de 16 com um nível de significância inferior a 0,05. Isto significa que não se aceita a hipótese nula, que afirma que não há

³⁶ O Teste do *Qui-Quadrado* (χ^2) ou de Pearson, baseado na tabela de contingência, permite verificar a independência entre duas variáveis nominais ou ordinais (Pestana e Gageiro, 2000). As suas hipóteses são: H0 – as variáveis x e y são independentes; H1 – as variáveis x e y são dependentes, isto é, existe relação entre as variáveis x e y. Nesta análise optou-se por suprimir as hipóteses, nula e alternativa, colocando-se apenas a conclusão para cada caso. É de salientar que este teste pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1, que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 e que, em tabelas 2x2, não exista nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5 (Pestana e Gageiro, 2000).

diferença entre o grupo que fez PPN e o que não a realizou, o que nos leva a afirmar que não rejeitamos a hipótese de que há diferenças significativas dos escalões das idades entre os grupos ($\chi^2=16,000$; $df=2$; $p=0,000$), sendo o grupo dos 20 aos 24 anos que apresenta um valor percentual mais elevado no grupo SPPN.

Tabela 4. Teste de *Qui-Quadrado* das Idades nos grupos CPPN e SPPN

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,000 ^a	2	0,000
Likelihood Ratio	16,405	2	0,000
Linear-by-Linear Association	9,843	1	0,002
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 49,47.

No que se refere ao estado civil, quase 96% das mulheres que realizaram a PPN são casadas, no entanto quando analisado o grupo das “casadas”, há um equilíbrio entre o grupo CPPN e SPPN (48,4% e 51,6%). No estado civil “separadas/divorciadas”, 66,7% fizeram PPN e 33% não realizaram o curso. 92,3% das solteiras não fizeram PPN.

Tabela 5. Amostra segundo o Estado Civil nos grupos CPPN e SPPN

Estado Civil	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Casada/união de facto	170	48,4%	95,5%	181	51,6%	87,4%	351
Separada/divorciada	4	66,7%	2,2%	2	33,3%	1,0%	6
Solteira	2	7,7%	1,1%	24	92,3%	11,6%	26
Viúva	2	100,0%	1,1%	0	0,0%	0,0%	2
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Para determinar se há diferença no estado civil entre as mulheres que realizaram PPN e as que não a realizaram, recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado*. Como a frequência na amostra de viúvas e solteiras era baixa, criaram-se apenas dois grupos (casadas e não casadas). Obtivemos (Tabela 6) um *Qui-Quadrado* (χ^2) de Pearson de 7,734 com um nível de significância igual a 0,005. Isto significa que não se aceita a hipótese nula e, logo, podemos referir que não rejeitamos a hipótese de existir diferença entre a predisposição da realização das aulas de PPN e o estado civil ($\chi^2=7,734$; $df=1$; $p=0,005$).

Tabela 6. Teste do *Qui-Quadrado* do Estado Civil nos grupos CPPN e SPPN

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,734 ^a	1	0,005
Likelihood Ratio	8,192	1	0,004
Linear-by-Linear Association	7,714	1	0,005
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,72.

b. Computed only for a 2x2 table

Quanto às habilitações académicas (Tabela 7), as participantes do grupo CPPN, 47,8% apresentam formação académica superior, enquanto as que não fizeram estão mais representadas na categoria do ensino secundário.

Das primíparas com habilitações superiores, 71,4% correspondem ao grupo CPPN. No extremo oposto encontramos primíparas com formação ao nível do ensino básico em que a maior incidência é no grupo SPPN com 76%.

Tabela 7. Amostra segundo as Habilitações Académicas nos grupos CPPN e SPPN

Habilitações Académicas	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
1.º ciclo do ensino básico	6	24,0%	3,4%	19	76,0%	9,2%	25
2.º ciclo do ensino básico	5	22,7%	2,8%	17	77,3%	8,2%	22
3.º ciclo do ensino básico	23	28,4%	12,9%	58	71,6%	28,0%	81
Ensino secundário (12.ºano)	59	42,8%	33,1%	79	57,2%	38,2%	38
Curso superior	85	71,4%	47,8%	34	28,6%	16,4%	119
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Na análise das categorias profissionais (Tabela 8), verificámos que, das primíparas do grupo profissional dos “técnicos profissionais de nível intermédio”, quase 82% fizeram PPN e 2,9% não fizeram. No grupo que realizou PPN a profissão com mais incidência de casos é o grupo das profissões intelectuais e científicas (27%), com mais do dobro de casos que no grupo SPPN, onde

também têm uma proporção inferior (10,6%). No grupo SPPN, o pessoal dos serviços e vendedores é o mais representativo (23,7%).

Tabela 8. Amostra segundo as Profissões nos grupos CPPN e SPPN

Profissão	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Forças Armadas	1	50,0%	0,6%	1	50,0%	0,5%	2
Quadros superiores e dirigentes	19	63,3%	10,7%	11	36,7%	5,3%	30
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	48	68,6%	27,0%	22	31,4%	10,6%	70
Técnicos e profissionais de nível intermédio	27	81,8%	15,2%	6	18,2%	2,9%	33
Pessoal administrativo e similares	24	50,0%	13,5%	24	50,0%	11,6%	48
Pessoal dos serviços e vendedores	37	43,0%	20,8%	49	57,0%	23,7%	86
Agricultores e pescadores	2	100,0%	1,1%	0	0,0%	0,0%	2
Operários e artífices	0	0,0%	0,0%	6	100,0%	2,9%	6
Operadores de máquinas	1	50,0%	0,6%	1	50,0%	0,5%	2
Trabalhadores não qualificados	5	20,8%	2,8%	19	79,2%	9,2%	24
Domésticas	12	16,9%	6,7%	59	83,1%	28,5%	71
Desempregadas	2	18,2%	1,1%	9	81,8%	4,3%	11
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

No que respeita ao acompanhamento das parturientes, em 81,6% dos casos as mulheres estavam acompanhadas. Destas, o comportamento ao nível

da realização ou não das aulas é semelhante. Das que não estiveram acompanhadas, a maioria (73,2%) não tiveram PPN.

Tabela 9. Distribuição da amostra segundo o Acompanhamento Durante o Trabalho de parto

Durante o trabalho de parto esteve acompanhada?	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Sim	159	50,6%	89,3%	155	49,4%	74,9%	314
Não	19	26,8%	10,7%	52	73,2%	25,1%	71
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Para determinar se entre as mulheres que realizaram PPN e as que não a realizaram há diferenças quanto ao acompanhamento, recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado de Pearson* (χ^2). Obtivemos (Tabela 10) um *Qui-Quadrado* de 13,280 com um nível de significância inferior a 0,05. Isto significa que não se aceita a hipótese nula e, logo, podemos referir que não rejeitamos a hipótese de existir diferença entre os grupos no que respeita à parturiente estar ou não acompanhada, dependente de ter realizado ou não PPN ($\chi^2=13,280$; $df=1$; $p=0,000$).

Tabela 10. Teste do *Qui-Quadrado* do Acompanhamento nos grupos CPPN e SPPN

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,280 ^a	1	0,000
Likelihood Ratio	13,809	1	0,000
Linear-by-Linear Association	13,245	1	0,000
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,83

b. Computed only for a 2x2 table

Das mulheres que estiveram acompanhadas durante o parto (Tabela 11), 285 (90,8%) estiveram acompanhadas pelo marido/companheiro. As restantes 9,2% estiveram acompanhadas por outros familiares, pelo namorado ou por amigas.

No que respeita ao acompanhamento por parte do marido/companheiro, há um equilíbrio entre o grupo CPPN e SPPN (92,4% e 89,1%). Das primíparas que eram acompanhadas pelo namorado, a grande maioria, pertenciam ao grupo SPPN (71,4%).

Tabela 11. Distribuição por Tipo de Acompanhamento nos grupos CPPN e SPPN

Quem a acompanhou durante o Trabalho de Parto	CPPN			SPPN			Total	
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N	% coluna
Amiga	1	50,0%	0,6%	1	50,0%	0,6%	2	0,6%
Companheiro	35	50,0%	22,0%	35	50,0%	22,6%	70	22,3%
Irmã	1	20,0%	0,6%	4	80,0%	2,6%	5	1,6%
Madrinha	1	100,0%	0,6%	0	0,0%	0,0%	1	0,3%
Mãe	4	40,0%	2,5%	6	60,0%	3,9%	10	3,2%
Marido	112	52,1%	70,4%	103	47,9%	66,5%	215	68,5%
Namorado	2	28,6%	1,3%	5	71,4%	3,2%	7	2,2%
Sobrinha	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,6%	1	0,3%
Tia	3	100,0%	1,9%	0	0,0%	0,0%	3	1,0%
Total	159	50,6%	100,0%	155	49,4%	100,0%	314	100,0%

5.1.2. Caracterização das Primíparas Relativamente aos Dados Obstétricos

Das 385 grávidas da amostra que deram entrada nas maternidades onde foi efectuado o estudo, 222 (57,7%) encontravam-se já em trabalho de parto,

tendo-o iniciado espontaneamente. Destas, 55,9% fizeram PPN e 44,1% não a fizeram. Das que tiveram de induzir o parto, uma vez que não iniciaram o trabalho de parto espontaneamente, as que não fizeram PPN (66,9%), são mais que o dobro das que realizaram PPN (33,1%).

Tabela 12. Distribuição segundo a Indução ou Espontaneidade do Trabalho de Parto

Trabalho de Parto	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Esponâneo	124	55,9%	69,7%	98	44,1%	47,3%	222
Induzido	54	33,1%	30,3%	109	66,9%	52,7%	163
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

No grupo CPPN há uma evidente diferença de comportamento. Neste caso a percentagem de mulheres com trabalho de parto induzido é muito inferior (30,3%) às que iniciaram o seu trabalho de parto espontaneamente (69,7%). Para determinar se há diferenças significativas nos grupos CPPN e SPPN, quanto à espontaneidade ou necessidade de indução do trabalho de parto, recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado* (χ^2). Obtivemos (Tabela 13) um *Qui-Quadrado* de 19,530 com um nível de significância inferior a 0,05, logo, podemos referir que não rejeitamos a hipótese de existir diferença entre os grupos no que respeita à indução do trabalho de parto ($\chi^2=19,530$; $df=1$; $p=0,000$).

Tabela 13. Teste do *Qui-Quadrado* da Indução do Trabalho de Parto

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,530 ^a	1	0,000
Likelihood Ratio	19,793	1	0,000
Linear-by-Linear Association	19,479	1	0,000
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 75,36

b. Computed only for a 2x2 table

A fase do trabalho de parto em que se encontravam as grávidas aquando da admissão na maternidade, foi avaliada através das características do colo. Analisando a Tabela 14, verificámos que 64,9% das parturientes que foram admitidas na maternidade já em fase activa de trabalho de parto, pertenciam ao grupo CPPN e todas as que foram admitidas numa fase de transição, são do grupo SPPN. Ou seja, todas as mulheres que, na admissão da maternidade, apresentavam dilatação do colo do útero de 8, 9 ou 10 cm (fase de transição), considerada uma fase de risco, não fizeram PPN. Deste grupo são também em número superior as que na admissão, ainda não estavam em trabalho de parto, ou seja, sem dilatação ou com 1 ou 2 cm de dilatação (fase lactante). Com 3 cm de dilatação (fase activa de trabalho de parto) no momento da admissão, que seria o recomendado e ideal para a vivência do trabalho de parto, tem maior expressão nas mulheres que realizaram a PPN.

Tabela 14. Distribuição segundo a Fase do Trabalho de Parto quando na admissão no Hospital

Características do Colo	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Fase latente	154	44,8%	86,5%	190	55,2%	91,8%	344
Fase activa	24	64,9%	13,5%	13	35,1%	6,3%	37
Fase transição	0	0,0%	0,0%	4	100,0%	1,9%	4
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Pretendendo determinar se, entre as mulheres que realizaram PPN e as que não a realizaram há diferenças quanto à fase do trabalho de parto com que foram admitidas na maternidade, recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado de Pearson* (χ^2). Obtivemos (Tabela 15) um *Qui-Quadrado* de 9,904, com um nível de significância inferior a 0,05. Isto significa que não se aceita a hipótese nula e, logo, podemos referir que não rejeitamos a hipótese de existir diferença entre os grupos no que respeita à fase do trabalho de parto. ($\chi^2=8,904$; $df=1$; $p=0,012$).

Tabela 15. Teste de *Qui-Quadrado* da Fase do Trabalho de Parto

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,904 ^a	2	0,012
Likelihood Ratio	10,453	2	0,005
Linear-by-Linear Association	0,858	1	0,354
N of Valid Cases	385		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,85.

A média do tempo de demora da fase activa do trabalho de parto na mulher que realizou PPN é menor (3 horas) que na que não a realizou em que a média

é de 5:40. O máximo de demora da fase activa foi de 18 horas no grupo SPPN e de 8 horas no CPPN. Os extremos estão no grupo SPPN.

Tabela 16. Estatística descritiva da Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto (horas)

	CPPN			SPPN			Total		
	Média	Min	Max	Média	Min	Max	Média	Min	Max
Tempo de demora na fase activa do trabalho de parto	3:02	1:00	8:00	5:40	0	18:00	4:27	0	18:00

Segundo a Tabela 17 houve mais grávidas em que o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto foi até 3 horas, no grupo CPPN (80,7%). De 3 a 5 horas e de 6 a 8 horas houve uma percentagem maior de parturientes no grupo de SPPN com 69,4% e 87,3% respectivamente. Com mais de 8 horas todas as mulheres pertenciam ao grupo que não realizou PPN.

Tabela 17. Distribuição segundo a Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto

Tempo de demora da fase activa do trabalho de parto	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Até 3 h	130	80,7%	73,0%	31	19,3%	15,0%	161
De 3h a 5h	38	30,6%	21,3%	86	69,4%	41,5%	124
De 6h a 8h	10	12,7%	5,6%	69	87,3%	33,3%	79
Mais de 8 h	0	0,0%	0,0%	21	100,0%	10,1%	21
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Para verificar a existência de diferenças entre os grupos, realizamos o teste *t de Student*³⁷. Foi previamente verificado o cumprimento dos pressupostos do teste³⁸. Conforme se pode observar pela Tabela 18 não rejeitamos a hipótese de que existem diferenças significativas na média de demora da fase activa do trabalho de parto ($t=-12,314$; $df=382$; $p=0,000$) entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram.

Tabela 18. Teste *t* do Tempo de Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto.

Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	F	p-value	t	Df	p-value
4:27	3:02	5:40	46,479	0,000	-12,314	382	0,000

Tal como consta da Tabela 19, que se refere ao tipo de parto, mais de metade (253) das participantes, tiveram parto eutócico (61,4%), seguindo-se o parto distócico com ventosa (25,7%) e o fórceps (1,9%). Verifica-se que 89,9% das primíparas que realizaram PPN tiveram parto eutócico, enquanto que as que não realizaram apresentam a percentagem de 44,9%, neste tipo de parto.

³⁷Os testes *t* permitem testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo em um ou em dois grupos, formados a partir de uma variável qualitativa. Este teste (*teste t*) compara a média de uma variável num grupo com a média da mesma variável noutro grupo. (Pestana & Gageiro, 2000).

³⁸ Pressuposto da normalidade e da igualdade de variâncias. Nos casos em que as amostras têm dimensão superior a 30, não é necessário analisar a aderência de cada grupo à normalidade, através do teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* (Teste K-S) ou do Teste de Shapiro-Wilk, uma vez que se assume, pelo teorema do limite central, que a distribuição T com *v* graus de liberdade, se aproxima da distribuição normal, obtendo-se as mesmas conclusões (Pestana & Gageiro, 2000). O SPSS apresenta, conjuntamente com o teste *t*, o teste de Levene para a igualdade de variâncias.

Tabela 19. Distribuição segundo o Tipo de Parto

Tipo de parto	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Eutócico	160	63,2%	89,9%	93	36,8%	44,9%	253
Ventosa	17	13,6%	9,6%	108	86,4%	52,2%	125
Fórceps	1	14,3%	0,6%	6	85,7%	2,9%	7
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Englobando as ventosas e os *fórceps* (Tabela 19 e Figura 19), podemos referir que 55,1% dos partos instrumentais são do grupo SPPN. Os partos distócicos são mais frequentes nas primíparas SPPN, em que este grupo contribuiu com cerca de 86% das ocorrências. Por outro lado, analisando o parto eutócico, verificamos que este tipo de parto teve uma maior incidência nas primíparas CPPN (cerca de 63% dos casos).

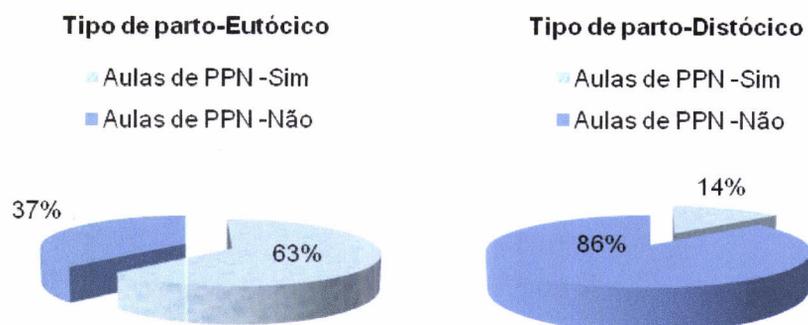


Figura 19. Tipo de Parto nas Primíparas do Grupo CPPN e SPPN

Para confirmar se há diferenças quanto ao tipo de parto nos grupos com e sem PPN, aplicamos o teste do *Qui-Quadrado* (χ^2) Tabela 20 e obtivemos um nível de significância inferior a 0,0005, o que nos leva a afirmar que não

rejeitamos a hipótese de haver diferenças entre o tipo de parto em pessoas com participação ou não nas aulas de PPN ($\chi^2=8,586E1$; $df=1$; $p=0,000$). Podemos admitir como muito significativa a diferença entre os grupos.

Tabela 20. Teste de *Qui-Quadrado* do Tipo de Parto nos grupos CPPN e SPPN

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,586E1	1	0,000
Likelihood Ratio	93,608	1	0,000
Linear-by-Linear Association	85,641	1	0,000
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 61,03

b. Computed only for a 2x2 table

Relativamente ao uso endovenoso ou intramuscular de analgésicos no decorrer do trabalho de parto (Tabela 21), 90% das primíparas que referiram terem sido administrados analgésicos, pertenciam ao grupo SPPN e 10% pertenciam ao grupo CPPN. Quando analisamos a tabela “em coluna” verificamos que nas primíparas que realizaram a PPN foi claramente superior a percentagem de parturientes a quem não foram administrados analgésicos (93,8%), do que as que os utilizaram (6,3%).

Tabela 21. Distribuição segundo o Uso de Analgésicos

Fez analgésico	CPPN			SPPN			Total
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N
Não	167	60,7%	93,8%	108	39,3%	52,2%	275
Sim	11	10,0%	6,2%	99	90,0%	47,8%	110
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385

Para verificarmos se existe diferença no uso de analgésico nas primíparas dos grupos CPPN e SPPN, realizamos o teste *do Qui-Quadrado*. Conforme se pode observar pela Tabela 22, não rejeitamos a hipótese de existirem diferenças significativas no uso de analgésico entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram ($\chi^2=8,134E$; N=385; p=0,000).

Tabela 22. Teste do Qui-Quadrado de Pearson no Uso de Analgésicos

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,134E1	1	0,000
Likelihood Ratio	91,545	1	0,000
Linear-by-Linear Association	81,124	1	0,000
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Observando a Tabela 23, verificamos que o índice de Apgar mais representado na amostra é o 9 (moda), com 77,4% dos recém-nascidos, seguido do 10 com 9,6% e do 8 com 9,4%. A grande maioria dos recém-

nascidos com índice de Apgar 10 ao 1.º minuto (67,6%) é do grupo CPPN. No grupo SPPN verifica-se uma situação de depressão grave (IA=1). Os bebés com pouca vitalidade (índice de Apgar menor que 7) são todos do grupo SPPN, tanto ao 1.º como ao 5.º minuto. Ao 5.º minuto ainda se verifica uma situação de IA de 5 (depressão ligeira).

Tabela 23. Índices de Apgar dos recém-nascidos ao 1.º e 5.º minuto

Índice de Apgar	CPPN			SPPN			Total		
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N	% coluna	
		Ao 1º Minuto	1		0	0,0%		0,0%	1
	5	0	0,0%	0,0%	3	100,0%	1,4%	3	0,8%
	6	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,5%	1	0,3%
	7	4	44,4%	2,2%	5	55,6%	2,4%	9	2,3%
	8	12	33,3%	6,7%	24	66,7%	11,6%	36	9,4%
	9	137	46,0%	77,0%	161	54,0%	77,8%	298	77,4%
	10	25	67,6%	14,0%	12	32,4%	5,8%	37	9,6%
	Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385	100,0%
Ao 5º minuto	5	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,5%	1	0,3%
	7	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,5%	1	0,3%
	8	2	66,7%	1,1%	1	33,3%	0,5%	3	0,8%
	9	8	30,8%	4,5%	18	69,2%	8,7%	26	6,8%
	10	168	47,5%	94,4%	186	52,5%	89,9%	354	91,9%
	Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385	100,0%

O índice de Apgar do recém-nascido ao primeiro minuto varia na amostra entre 1 e 10 (Tabela 24). No grupo que realizou PPN, apesar de quatro recém-nascidos apresentarem valores de índice de Apgar igual a 7, nenhum apresenta valor inferior a 7 (baixo índice de Apgar). Os restantes apresentam valores

normais (maior ou igual a 8). A média e a moda foram 9 (boa vitalidade). No grupo SPPN, o valor mínimo foi mais abaixo que no CPPN, assim como a média.

Ao quinto minuto, os índices de Apgar são, como usualmente, mais elevados: todos os bebés foram classificados sem asfíxia. No grupo SPPN o valor mínimo e a média mantêm-se mais baixos que no grupo CPPN.

Tabela 24. Estatística descritiva do Índice de Apgar nos recém-nascidos

Índice de Apgar	CPPN				SPPN				Total			
	Média	Max	Min	SD	Média	Max	Min	SD	Média	Max	Min	SD
Ao 1.º Minuto	9,03	10,00	7,00	0,55	8,78	10,00	1,00	0,90	8,90	10,00	1,00	0,77
Ao 5º minuto	9,93	10,00	8,00	0,29	9,86	10,00	5,00	0,50	9,90	10,00	5,00	0,42

Recorreu-se ao *test t* com o objectivo de verificar se as médias dos índices de Apgar, nos recém-nascidos ao 1.º minuto, eram diferentes no CPPN e no grupo SPPN. Foi previamente verificado o cumprimento dos pressupostos do teste t^{39} . Verificamos, a partir da Tabela 25, que não rejeitamos a hipótese de existir diferença nas médias do IA dos recém-nascidos ao 1.º minuto ($t=3,168$; $df=383$; $p=0,002$) nos grupos CPPN e SPPN.

Tabela 25. Teste *t* do Índice de Apgar dos Recém-Nascidos ao 1.º minuto

Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	F	p-value	t	df	p-value
8,90	9,03	8,78	9,796	0,002	3,168	383	0,002

³⁹ Pressuposto da normalidade e da igualdade de variâncias. Nos casos em que as amostras têm dimensão superior a 30, não é necessário analisar a aderência de cada grupo à normalidade, uma vez que se assume, pelo teorema do limite central, que a distribuição T com v graus de liberdade, se aproxima da distribuição normal, obtendo-se as mesmas conclusões (Pestana & Gageiro, 2000).

Com o objectivo de verificar a existência de diferenças no índice de Apgar dos recém-nascidos ao 5.º minuto no grupo CPPN e no grupo SPPN, aplicamos o teste *t* e observamos, a partir das Tabela 26, que não existem diferenças entre os dois grupos ($t=1,582$; $df=383$; $p=0,114$)

Tabela 26. Teste *t* do Índice de Apgar dos recém-nascidos ao 5.º minuto.

Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	F	p-value	T	df	p-value
9,89	9,93	9,86	9,405	0,002	1,582	383	0,114

5.1.3. Dados Relativos à Percepção da Experiência do Trabalho de Parto

Foi através das três escalas internacionais, já descritas anteriormente, que se estudou a percepção da experiência do trabalho de parto. Iremos apresentar os resultados de cada escala.

5.1.3.1. Labour Agency Scale

Dos resultados obtidos na Escala LAS (*Labour Agency Scale*), destaca-se o seguinte (Tabela 27; Figura 20): o valor médio da concordância apresenta uma variação em alguns itens, com valores mais próximos de “1 – Quase sempre” e noutros com valores próximos de “7 – Raramente”. As questões em que as primíparas da amostra apresentaram maior grau de concordância (valor de média mais baixo) foram: “Apercebi-me do que estava a acontecer” (LAS05); “Senti que os outros se preocupavam comigo” (LAS16); “Senti-me muito

responsável” (LAS17) e “ Tive pleno conhecimento de tudo o que estava acontecer” (LAS7). Pelo contrário, as questões em que as primíparas apresentaram menor grau de concordância foram: “Senti-me muito ansiosa” (LAS15); “Senti-me relaxada” (LAS09); “Tive sensações de grande esforço” (LAS02) e “ Negociei durante o trabalho de parto” (LAS21).

Ao compararmos os grupos CPPN e SPPN, salientamos que, no grupo CPPN, quase todas as questões LAS apresentam médias inferiores (pontuação baixa indica uma experiência mais positiva), excepto a LAS15, LAS21 e LAS23 “Senti uma sensação de conflito” com médias idênticas e a LAS2 com média superior.

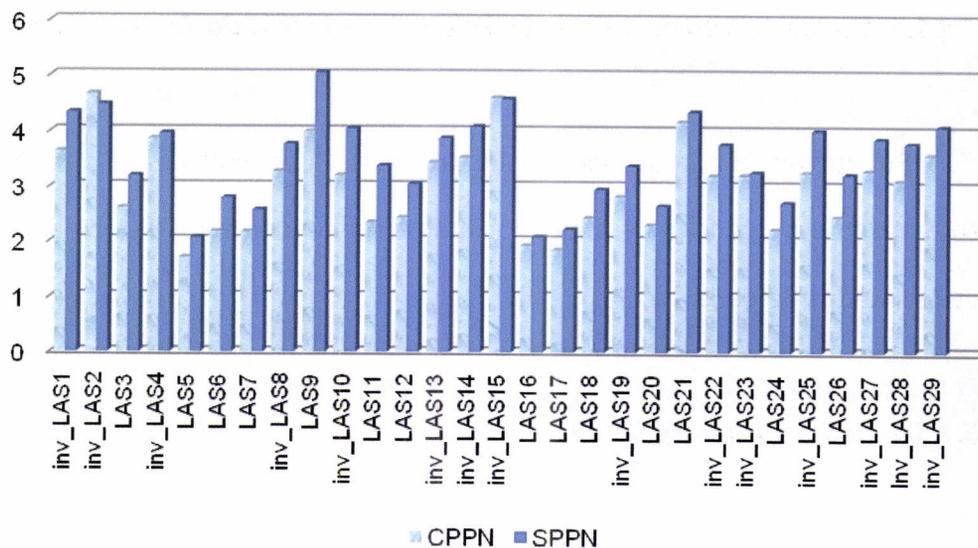


Figura 20. Média das respostas à Escala *Labour Agency Scale*

Tabela 27. Média das respostas à Escala *Labour Agency Scale*

Escala LAS		CPPN		SPPN		Total	
		Média	SD	Média	SD	Média	SD
inv_LAS1	Senti-me desajeitada	3,63	2,18	4,33	2,07	4,01	2,15
inv_LAS2	Tive sensações de grande esforço	4,66	1,95	4,47	2,00	4,56	1,98
LAS3	Senti-me satisfeita com o desempenho	2,60	1,77	3,19	1,85	2,92	1,83
inv_LAS4	Senti-me outra pessoa	3,86	2,05	3,96	2,10	3,91	2,08
LAS5	Apercebi-me do que estava a acontecer	1,70	1,21	2,05	1,55	1,89	1,41
LAS6	Tive um sentimento de sucesso	2,17	1,44	2,78	1,86	2,50	1,70
LAS7	Tive pleno conhecimento do que estava a acontecer	2,16	1,66	2,56	1,81	2,37	1,75
inv_LAS8	Senti-me aterrorizada	3,27	2,13	3,76	2,03	3,53	2,09
LAS9	Senti-me relaxada	3,99	1,80	5,04	1,91	4,56	1,93
inv_LAS10	Desconhecia o que ia acontecer	3,20	2,11	4,04	2,18	3,65	2,19
LAS11	Mantive-me controlada	2,33	1,67	3,37	2,07	2,89	1,97
LAS12	Senti-me vitoriosa	2,42	1,64	3,04	1,84	2,75	1,77
inv_Las13	Pareceu-me que corria tudo mal	3,43	2,22	3,87	2,05	3,67	2,14
inv_Las14	Senti-me impotente	3,52	2,14	4,08	2,02	3,82	2,09
inv_Las15	Senti-me muito ansiosa	4,59	2,12	4,57	2,23	4,58	2,18
LAS16	Senti que os outros se preocupavam comigo	1,92	1,29	2,07	1,46	2,00	1,38
LAS17	Senti-me muito responsável	1,84	1,04	2,21	1,47	2,04	1,30
LAS18	Senti-me competente	2,42	1,39	2,94	1,69	2,70	1,58
inv_Las19	Senti-me presa e encurralada	2,81	2,03	3,37	2,03	3,11	2,04
LAS20	Tudo o que se passou no trabalho de parto fazia sentido	2,29	1,61	2,64	1,72	2,48	1,67
LAS21	Negocieei durante o trabalho de parto	4,17	2,10	4,35	2,02	4,26	2,05
inv_Las22	Senti-me descontrolada	3,20	2,26	3,76	2,05	3,50	2,16
inv_Las23	Senti uma sensação de conflito	3,21	2,10	3,26	2,00	3,23	2,05
LAS24	Senti-me colaborante e receptiva	2,21	1,34	2,70	1,73	2,47	1,58
inv_Las25	Senti-me incompleta, como se me estivesse a partir aos bocados	3,26	2,07	4,01	2,01	3,66	2,07
LAS26	Senti-me importante	2,44	1,57	3,22	1,90	2,86	1,80
inv_Las27	Tudo me pareceu obscuro e irreal	3,29	2,10	3,86	2,13	3,60	2,13
Inv_Las28	Senti-me incapaz	3,11	2,23	3,78	2,17	3,47	2,22
inv_Las29	Senti-me insegura	3,58	2,10	4,09	2,17	3,86	2,15

No total das resposta dadas pelas primíparas, analisando a Tabela 28, observou-se que a média das percepções do controlo da experiência do parto é de 94,87 para uma pontuação total entre 29 e 203. Este valor permite-nos dizer que a percepção da experiência do trabalho de parto das primípara, é positiva (pontuação baixa indica uma experiência mais positiva e revela um bom controlo durante o trabalho de parto). O grupo CPPN ($\bar{x}=87,30$), apresenta uma média inferior ao do grupo SPPN ($\bar{x}=101,38$), revelando um maior controlo durante o trabalho de parto, resultando numa experiência mais positiva.

Para verificar se a percepção da experiência do parto é diferente nas primíparas que realizaram PPN colocamos a seguinte hipótese:

- *As respostas à LAS são diferentes, consoante as primíparas realizaram ou não PPN.*

Uma vez que as questões são de nível ordinal e se encontram representadas numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos, criamos uma variável soma (*Score_total*), que resulta da soma das respostas dos inquiridos às 29 questões da LAS, que varia entre 29 e 203 pontos. A variável obtida, designada por *LAS_Score*, poderá ser considerada como quantitativa, permitindo a aplicação de *testes t* de Student. Foi previamente verificado o cumprimento dos pressupostos daquele teste de hipóteses.

No que respeita à normalidade, como a dimensão do grupo de primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e do grupo de primíparas que não tiveram aulas de Preparação para o Nascimento são superiores a 30 ($n=178$ e $n=207$), assume-se, pelo *teorema do limite central*, que a *LAS_Score* segue uma distribuição normal em ambos os grupos.

Conforme se pode observar pela Tabela 28, não rejeitamos a hipótese de existirem diferenças significativas na média da *LAS_Score*, entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram, ($t=-5,911$; $df=383$; $p=0,000$). As primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento são aquelas que se apresentam, em média, com valor mais baixo na Escala LAS ($\bar{x}=87,30$). As primíparas do grupo SPPN, apresentam uma média superior ($\bar{x}=101,38$), como se constata na Tabela 28. O que significa que

as primíparas do grupo CPPN são as que apresentam um maior controlo da experiência de parto.

Tabela 28. Teste *t* para a diferença das Médias na LAS_Score.

Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	<i>F</i>	<i>p</i> -value	<i>t</i>	df	<i>p</i> -value
94,87	87,30	101,38	2,452	0,118	-5,911	383	0,000

5.1.3.2. *Childbirth Perception Questionnaire*

A análise das respostas ao *Childbirth Perception Questionnaire* (Tabela 29) permitiu verificar que as quatro questões em que as primíparas da amostra que apresentaram maior grau de concordância foram: “O meu companheiro estava feliz e entusiasmado” (CPQ01); “Os enfermeiros foram simpáticos para mim” (CPQ02); “Senti-me confortada com a presença de companhia no trabalho de parto” (CPQ17) e “ Fiquei tranquila com a presença dos enfermeiros” (CPQ6). Pelo contrário, as quatro questões em que as primíparas apresentaram menor grau de concordância foram: “Caminhei durante grande parte do trabalho de parto” (CPQ20); “Tive um parto livre de intervenções” (CPQ19); “Utilizei anestésicos ou analgésicos” (CPQ33) e “ O médico tomou a maioria das decisões” (CPQ34).

Tabela 29. Médias das respostas ao *Childbird Perception*

Escala CPQ	CPPN		SPPN		Total		
	Média	SD	Média	SD	Média	SD	
CPQ1	O meu companheiro estava feliz e entusiasmado.	4,67	0,62	4,48	0,80	4,57	0,73
CPQ2	Os enfermeiros foram simpáticos para mim.	4,57	1,03	4,44	0,79	4,50	0,91
inv_CPQ3	Eu evitei pedir ajuda aos enfermeiros.	3,21	1,23	3,15	1,27	3,18	1,25
inv_CPQ4	Fiquei imobilizada com as contracções.	3,13	1,16	2,88	1,22	3,00	1,20
CPQ5	Estive colaborante durante o trabalho de parto.	4,31	0,64	3,87	0,91	4,08	0,82
CPQ6	Fiquei tranquila com a presença dos enfermeiros.	4,34	0,70	4,07	0,81	4,20	0,77
CPQ7	Os enfermeiros despenderam algum tempo comigo.	4,16	0,84	4,05	0,85	4,10	0,85
inv_CPQ8	Os meus planos para o nascimento foram ignorados pelo enfermeiro.	3,46	1,40	3,48	1,36	3,47	1,38
inv_CPQ9	O meu companheiro sentiu-se completamente desamparado.	3,35	1,37	3,49	1,30	3,43	1,33
inv_CPQ10	Foi-me pedido para ter um procedimento de rotina, mesmo que eu não desejasse	3,19	1,22	3,27	1,18	3,23	1,20
CPQ11	Pedi ajuda ao meu companheiro.	4,20	0,95	3,74	1,14	3,95	1,08
inv_CPQ12	Fiquei preocupada com a agressividade da dor no trabalho de parto.	2,97	1,31	2,81	1,34	2,88	1,33
CPQ13	Havia pouca hipótese de vir a efectuar uma cesariana.	3,24	1,37	3,24	1,34	3,24	1,35
inv_CPQ14	Utilizei grande quantidade de equipamento.	3,12	1,01	2,97	1,07	3,04	1,04
inv_CPQ15	Tive medo de entrar em pânico.	2,74	1,24	2,78	1,29	2,76	1,26
CPQ16	Tive a experiência do desconforto mas não uma dor insuportável.	3,22	1,30	2,77	1,26	2,98	1,29
CPQ17	Senti-me confortada com a presença do meu companheiro.	4,52	0,90	3,98	1,25	4,23	1,13
inv_CPQ18	Senti uma dor intensa.	2,85	1,44	2,63	1,50	2,73	1,48
CPQ19	Tive um parto livre de intervenção médica.	2,57	1,37	2,57	1,37	2,57	1,37
CPQ20	Caminhei durante grande parte do trabalho de parto.	2,45	1,35	2,38	1,24	2,41	1,29
CPQ21	Quis ter monitorização dos batimentos cardíacos do bebé	3,51	1,07	3,49	0,95	3,50	1,01
inv_CPQ22	Tive medo de ser covarde.	3,08	1,31	2,95	1,24	3,01	1,27
CPQ23	Fui capaz de relaxar durante o trabalho de parto.	3,47	1,08	2,88	1,19	3,15	1,18
CPQ24	Os enfermeiros encorajaram-me.	4,19	0,75	4,16	0,83	4,17	0,79
inv_CPQ25	Houve uma pequena hipótese de parto por fórceps.	3,55	1,34	3,20	1,44	3,36	1,41
CPQ27	As dores das contracções foram agonizantes.	2,92	1,26	2,72	1,41	2,81	1,34
CPQ27	Recebi atenção personalizada dos enfermeiros.	3,94	0,94	3,96	0,88	3,95	0,91
CPQ28	O meu companheiro deu-me indicações acerca do que estava a acontecer.	3,78	1,03	3,24	1,23	3,49	1,17
CPQ29	O enfermeiro permitiu-me ter uma participação activa e poder de decisão.	3,53	1,05	3,33	1,02	3,42	1,04
inv_CPQ30	Fiquei assustada quando pensei na dor do trabalho de parto.	3,02	1,21	2,74	1,19	2,87	1,21
CPQ31	Poderia ter recusado qualquer procedimento que julgasse desnecessário.	3,02	1,02	2,84	1,04	2,92	1,03
CPQ32	A minha opinião como a do meu companheiro foi considerada na maioria das decisões médicas.	3,40	0,99	3,22	1,01	3,30	1,00
inv_CPQ33	Utilizei anestésicos ou analgésicos.	2,72	1,48	2,57	1,29	2,64	1,38
inv_CPQ34	O médico tomou a maioria das decisões.	2,69	1,15	2,63	1,21	2,66	1,18
inv_CPQ35	Evitei dizer ao meu companheiro o que estava a sentir.	3,57	1,32	3,41	1,33	3,48	1,32
inv_CPQ36	Envergonhei-me com o meu comportamento.	3,55	1,52	3,50	1,46	3,52	1,48

Na Figura 21 e Tabela 29, estão representadas as médias das respostas às 36 questões do CPQ para os dois grupos do estudo. Salientamos que no grupo CPPN, a maioria das questões CPQ apresentam médias superiores às das primíparas dos grupos SPPN (pontuação alta indica uma experiência mais positiva), excepto a CPQ8 “Os meus planos para o nascimento foram ignorados pelo enfermeiro”; a CPQ9 “ O meu companheiro sentiu-se completamente desamparado”; a CPQ15 “ Tive medo de entrar em pânico” que apresentaram

médias superiores no grupo SPPN. Com médias iguais estiveram a questão CPQ13 “ Havia poucas hipóteses de vir a efectuar uma cesariana” e a CPQ19 “ Tive um parto livre de intervenções médicas”. A que apresentou maior diferença de médias foi a “senti-me confortável com a presença do meu companheiro”(CPQ17) sendo a média maior no grupo CPPN.

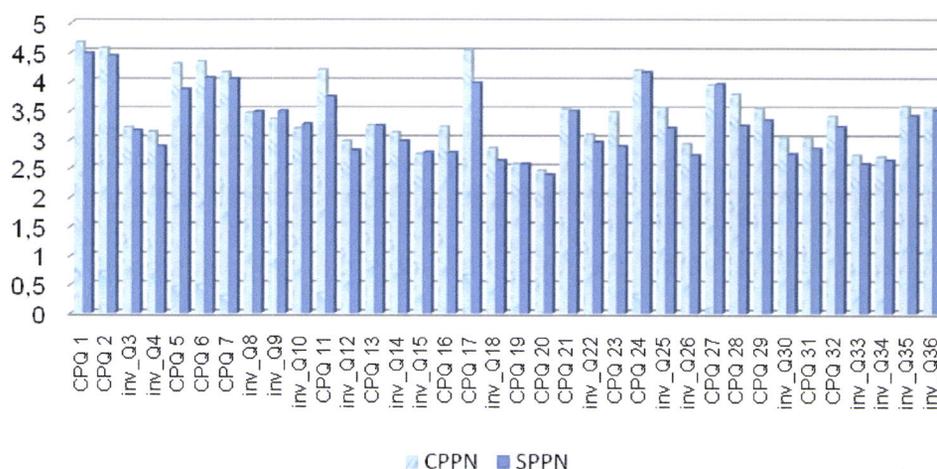


Figura 21. Médias das respostas ao *Childbird Perception Questionnaire*

Na Tabela 30 estão representadas as médias das respostas às 36 questões da Escala CPQ. Os valores na escala de Likert variam entre 1 (Não concordo nada) e 5 (Concordo muito). No total das respostas dadas pelas primíparas, observou-se que a média da percepção maternal na experiência do nascimento é de 120,80 para uma pontuação total entre 36 e 180. Este valor permite-nos dizer que a percepção da experiência do nascimento, das primíparas é positiva (pontuação mais alta indica uma experiência mais positiva). No grupo CPPN encontramos uma média (124,21) superior ao grupo SPPN (111,87), o que demonstra uma experiência mais positiva nas primíparas que realizaram PPN.

Com o intuito de estudar se a percepção do nascimento é diferente nas primíparas que realizaram PPN, colocamos a seguinte hipótese:

- As respostas ao CPQ são diferentes, consoante as primíparas realizaram ou não PPN.

Na Escala CPQ, as questões encontram-se representadas numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos e assim, como para estudar os dados da Escala LAS, aqui, e uma vez que as questões são também de nível ordinal, criou-se mais uma vez a variável soma que resulta da soma das respostas às 36 questões do CPQ, com um *score* total entre 36 e 180 pontos. A variável obtida, designada por *CPQ_Score*, poderá ser considerada como quantitativa, permitindo a aplicação de *testes t* para amostras independentes. Foram também cumpridos os pressupostos para este teste, assumindo, pelo *teorema do limite central*, que a *CPQ_Score* segue uma distribuição normal em ambos os grupos assim como existe igualdade de variâncias nas duas distribuições, verificada na Tabela 30, através do teste de *Levene* ($F=0,002$; $p= 0,0968$).

Tabela 30. *Teste t da CPQ_Score.*

Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
120,80	124,21	111,87	0,002	0,968	5,274	383	0,000

Conforme se pode observar pela Tabela 30 não rejeitamos a hipótese de que existem diferenças significativas ($t=5,274$; $df=383$; $p=0,000$) na média da

CPQ_Score entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram. Neste caso, as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento, são aquelas que apresentam, em média, um score com valor mais elevado na Escala CPQ, ($\bar{X}=124,21$) o que significa que são as que apresentam um maior nível de concordância com as afirmações desta escala.

5.1.3.3. Postpartum Perception Questionnaire

A análise das respostas ao *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ), permitiu verificar que as primíparas da amostra total (Figura 22) apresentaram elevado grau de concordância com todas as afirmações ou questões apresentadas, o que significa que tem uma percepção positiva da experiência do trabalho de parto. O maior nível de concordância verificou-se na questão PPQ6, ($\bar{X}=6,04$) com as primíparas a concordarem que obtiveram muito apoio por parte dos enfermeiros, durante o trabalho de parto. Seguindo-se o PPQ1 e PPQ4, com igual valor de média (5,41) afirmando que a experiência vivida foi positiva e que obteve ajuda do companheiro durante o trabalho de parto.

Na Figura 22 e Tabela 31 estão representadas as médias das respostas às seis questões da Escala PPQ que mede a percepção do pós-parto, no grupo CPPN e no grupo SPPN. Verificámos que os valores são mais elevados nas questões PPQ1 (percepção da experiência de parto mais positiva), PPQ2 (reagiu melhor à dor do trabalho de parto), PPQ3 (maior controlo durante o trabalho de parto) e PPQ4 (obteve mais ajuda por parte do companheiro), no grupo das

primíparas que realizaram PPN, salientando as questões PPQ2 e PPQ3 onde se verifica uma maior diferença das médias.

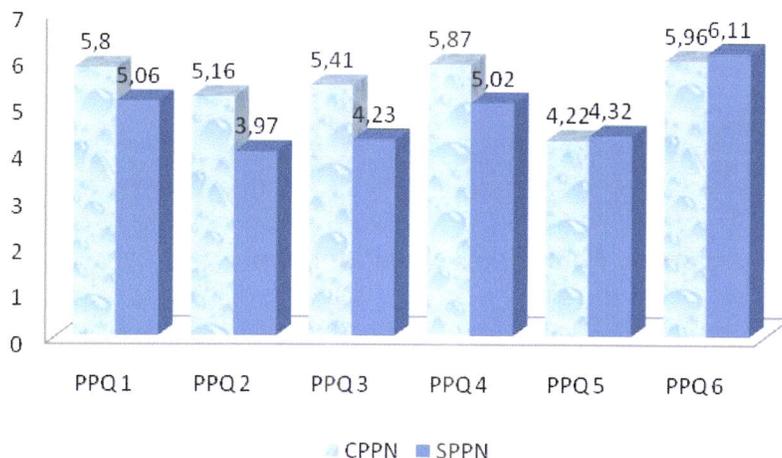


Figura 22. Médias das respostas ao *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ)

No total das respostas dadas pelas primíparas, analisando a Tabela 31, observou-se que a média da percepção do pós-parto é de 30 para uma pontuação total entre 6 e 42. Este valor permite-nos dizer que a percepção da experiência do pós-parto das primíparas é positiva (pontuação alta indica uma percepção mais positiva).

No grupo CPPN, a média é mais elevada ($\bar{x}=32,42$) indicando uma percepção mais positiva que no grupo SPPN ($\bar{x}=28,71$).

Para verificarmos se a percepção da experiência do pós-parto é diferente entre os grupos CPPN e SPPN, colocamos a seguinte hipótese:

- *As respostas ao PPQ são diferentes, consoante as primíparas tenham realizado ou não PPN.*

A variável *PPQ_Score*, (resultante da soma das respostas às seis questões da PPQ) poderá ser considerada como quantitativa, permitindo a aplicação de testes *t* para amostras independentes. Assim, foi aplicado um teste *t* à *PPQ_Score*, com o intuito de investigar a existência de diferenças na *PPQ score* entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram.

Tabela 31. Teste *t* da *PPQ_Score*

Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
30,43	32,42	28,71	12,857	0,000	6,604	383	0,000

Pelos dados da Tabela 31, verificámos que não podemos rejeitar a hipótese de que existem diferenças significativas na média da *PPQ_Score* entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram, ($t=6,604$; $df=383$; $p=0,000$). Observou-se que o grupo CPPN, tem uma média mais elevada ($\bar{X}=32,42$) do que o grupo SPPN ($\bar{X}=28,71$), o que significa que tem uma percepção mais positiva da experiência do trabalho de parto.

Realizamos, também, o teste *t* com o objectivo de verificar a existência de diferenças em cada item da PPQ (Tabela 32) e não rejeitamos a hipótese de existir diferenças significativas entre os grupos CPPN e SPPN ($t=5,169$; $df=383$; $p=0,000$), apresentando uma experiência mais positiva, vivida no trabalho de parto, as primíparas do grupo CPPN, com uma média de 5,80. Quanto ao item “como reagiu à dor durante o trabalho de parto”, também encontramos diferenças entre os dois grupos ($t=7,999$; $df=383$; $p=0,000$), com melhor reacção

no grupo CPPN ($\bar{X}=5,16$). No controlo que teve durante o trabalho de parto, também, encontramos diferenças entre os dois grupos ($t=7,855$; $df=383$; $p=0,000$), com maior controlo no grupo CPPN ($\bar{X}=5,41$). Nas respostas relativas às intervenções técnicas durante o trabalho de parto e ao apoio dado pelo enfermeiro, não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos. De salientar que no grupo CPPN, a média é mais baixa ($\bar{X}=4,22$) indicando uma menor intervenção, nomeadamente, menos usos de analgésicos e menos procedimentos médicos que no grupo SPPN ($\bar{X}=4,32$).

Tabela 32. *Teste t de cada item da Escala PPQ*

Itens	Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste t		
	\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	F	p-value	t	df	p-value
Experiência vivida no trabalho de parto	5,41	5,80	5,06	27,061	0,000	5,169	383	0,000
Dor do trabalho de parto	4,52	5,16	3,97	36,854	0,000	7,799	383	0,000
Controlo durante o trabalho de parto	4,77	5,41	4,23	30,220	0,000	7,855	383	0,000
Ajuda obtida do seu companheiro	5,41	5,87	5,02	36,972	0,000	4,316	383	0,000
Intervenção técnica	4,28	4,22	4,32	0,006	0,937	-0,549	383	0,584
Apoio dos enfermeiros	6,04	5,96	6,11	5,293	0,022	-1,111	383	0,267

5.1.4. Caracterização das Primíparas Relativamente ao Controlo da Dor

Estudou-se a percepção à dor, através da *Escala Visual da Dor* e da *Escala Verbal da Dor*, já descritas anteriormente, onde era pedido para recordarem a dor sentida no trabalho de parto e, de acordo com a sua percepção, indicarem a

dor experimentada. A *Escala Visual* foi apresentada numa linha, em cujos extremos estava marcado 0 e 10, que correspondiam, respectivamente, a “ausência de dor” e a “dor extrema”. Assim, em média, as mulheres da amostra total indicaram um valor médio para a dor que foi de 6,3 cm (Tabela 33) o valor máximo indicado foi de 10,0 cm (igual ao valor máximo da escala) e o mínimo de 1,0 cm. As que realizaram PPN indicaram um valor para a dor de 4,58 cm e as que não realizaram PPN apresentaram um valor médio de 7,83 cm.

Tabela 33. Respostas à *Escala Visual da Dor*

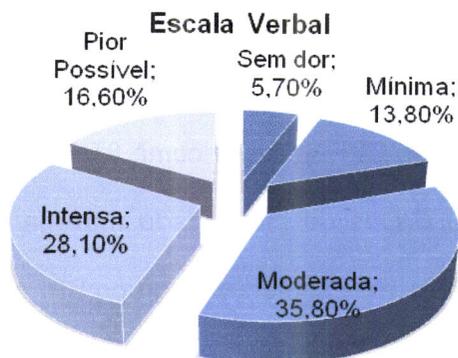
	CPPN			SPPN			Total		
	Média	Max	Min	Média	Max	Min	Média	Max	Min
Escala Visual	4,58	8,0	1,0	7,83	10,0	2,0	6,3	10,0	1,0

Para facilitar a leitura dos dados sobre a intensidade da dor sentida pelas primíparas e avaliada através da *Escala Visual*, as respostas foram agrupadas em cinco classes e criou-se a variável “Recor_Ev”. Obtivemos os seguintes resultados (Tabela 34): 96,9% dos casos de intensidade de dor entre 1 cm e 2 cm (valor 1) são do grupo CPPN, assim como 87,2% dos casos de intensidade 3 cm a 4 cm (valor 2). Casos de intensidade máxima 9 a 10 cm (valor 5) não ocorrem no grupo CPPN, mas somente no grupo SPPN.

Tabela 34. Estatística descritiva da variável dor nos grupos CPPN e SPPN

	CPPN			SPPN			Total	
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N	% coluna
Recor_EV 1,00	31	96,9%	17,4%	1	3,1%	0,5%	32	8,3%
2,00	34	87,2%	19,1%	5	12,8%	2,4%	39	10,1%
3,00	89	67,9%	50,0%	42	32,1%	20,3%	131	34,0%
4,00	24	26,1%	13,5%	68	73,9%	32,9%	92	23,9%
5,00	0	0,0%	0,0%	91	100,0%	44,0%	91	23,6%
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385	100,0%

Relativamente à *Escala Verbal*, o respectivo gráfico (Figura 23) revela que na amostra obtivemos os seguintes dados: 35,8% das parturientes classificam a dor como “moderada” seguindo-se 28,1% de primíparas que referem dor “intensa”. A dor “mínima” é referida por 13,8% e “pior possível” por 16,6%. Com idêntica expressão e apenas 5,7% referem não ter tido dor.

Figura 23. Distribuição da amostra segundo a *Escala Verbal da Dor*.

Na análise do grupo CPPN (Tabela 35), não encontramos nenhuma pessoa que registasse ter tido a “pior dor”. Algumas primíparas (N=22; 12,4%) afirmaram

não ter tido dor e 26,4% das primíparas deste grupo, classificaram a sua dor como mínima. No grupo SPPN, não encontramos registos de “sem dor” e apenas 2,9% das primíparas classificaram a dor como “mínima”. Quanto à classificação de “dor intensa” e “pior possível”, os valores foram superiores no grupo SPPN, com 48,8% e 30,9% respectivamente.

Tabela 35. Respostas à Escala Verbal da Dor

Escala Verbal	CPPN			SPPN			Total		
	%		%	%		%	%		%
	N	Linha	Coluna	N	Linha	Coluna	N	Linha	Coluna
Sem dor	22	100,0%	12,4%	0	0,0%	0,0%	22	100,0%	5,7%
Mínima	47	88,7%	26,4%	6	11,3%	2,9%	53	100,0%	13,8%
Moderada	102	73,9%	57,3%	36	26,1%	17,4%	138	100,0%	35,8%
Intensa	7	6,5%	3,9%	101	93,5%	48,8%	108	100,0%	28,1%
Pior Possível	0	0,0%	0,0%	64	100,0%	30,9%	64	100,0%	16,6%
Total	178	46,2%	100,0%	207	53,8%	100,0%	385	100,0%	100,0%

Para analisarmos se a intensidade da dor, medida através da *Escala Visual*, é diferente entre as primíparas dos grupos CPPN e SPPN levantamos a seguinte hipótese:

- *As respostas à Escala Visual da Dor são diferentes, consoante as primíparas tenham, ou não, aulas de Preparação para o Nascimento.*

Para testar esta hipótese, foi aplicado o *Teste t* para Amostras Independentes à *Escala Visual da Dor*, com o intuito de investigar a existência de diferenças nesta escala entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram. Previamente foi verificado o cumprimento dos pressupostos daquele teste de hipóteses. Assume-se, pelo *teorema do limite central*, que a *Escala Visual* segue uma distribuição normal em ambos os grupos. A Tabela 36 mostra-nos que existe igualdade de variâncias ($F=0,004$; $p=0,949$) nas duas distribuições, pelo que os pressupostos para aplicação do *Teste t* estão cumpridos.

Tabela 36 *Teste t da Escala Visual*

<i>Média (\bar{X})</i>			<i>Teste Levene</i>		<i>Teste t</i>		
\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
6,33	4,585	7,839	0,004	0,949	-18,691	383	0,000

Conforme se pode observar pela Tabela 36, rejeitamos a hipótese nula ($t=-18,691$; $df=383$; $p=0,000$) o que implica não rejeitarmos a hipótese de que existem diferenças significativas na média da *Escala Visual*, entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento e as que não tiveram, sendo a hipótese colocada, corroborada pelos resultados obtidos. Podemos ainda acrescentar que as primíparas que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento são as que apresentaram, em média, uma dor menos intensa ($\bar{X}=4,585$) comparativamente com as que não realizaram o Curso Psicoprofilático para o Nascimento ($\bar{X}=7,839$).

Para verificarmos se intensidade da dor, medida através da *Escala Verbal*, é diferente entre as primíparas dos grupos CPPN e do SPPN levantamos a seguinte hipótese:

- *As respostas à Escala Verbal da Dor estão relacionadas com o facto das primíparas terem tido, ou não, aulas de Preparação para o Nascimento.*

Pretendendo dar resposta à hipótese colocada, calculou-se uma tabela de contingência (Tabela 37) e aplicou-se o teste do *Qui-Quadrado*.

Tabela 37. *Teste Qui-quadrado da Escala Verbal*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,302E2	4	0,000
Likelihood Ratio	283,843	4	0,000
Linear-by-Linear Association	193,929	1	0,000
N of Valid Cases	385		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,17.

A partir da Tabela 37 observamos que as respostas à *Escala Verbal da Dor*, divergem em função do facto das primíparas terem tido, ou não, aulas de Preparação para o Nascimento, ($\chi^2=2,302E2$; $df=4$; $p=0,000$), o que significa que a hipótese colocada é corroborada pelos resultados obtidos. De facto (Tabela 35), todas as primíparas (100%) que referiram “não sentir dor” e a maior parte das primíparas (88,7%) que classificou a dor como “mínima”, pertencem ao grupo que tiveram aulas de Preparação para o Nascimento. Enquanto que a

maior parte das primíparas (93,5%), que classificaram a sua dor como “intensa”, e todas as que referiram “pior possível” pertencem ao grupo SPPN. Note-se que, das grávidas deste último grupo, nenhuma registou não ter tido dor.

5.1.5. Caracterização das Primíparas Relativamente ao Envolvimento Emocional Mãe/Recém-Nascido.

Quanto ao envolvimento emocional da mãe com o bebé, os resultados do estudo foram determinados através da análise da Escala *Bonding* e das sub-escalas: “*Bonding* Positivo”, “*Bonding* Negativo”, “*Bonding* Not Clear” e “*Bonding* Total”.

Na Tabela 38 verificamos que as emoções que estão mais presentes nas primíparas da amostra são: “ Sentiu-se afectuosa” com uma média de 2,57; “Sentiu-se alegre”(\bar{X} =2,55); e “Sentiu-se protectora”(\bar{X} =2,51) que são as correspondentes ao “*Bonding* Positivo”. As restantes emoções, com uma média inferior a 1, estão praticamente ausentes. Quanto ao grupo CPPN, encontramos as emoções do “*Bonding* Positivo” (Afectuosa, Alegre e Protectora) com média superior. O “*Bonding* Negativo”, constituído pelos itens “Desiludida”, “Ressentida”, “Desgostosa”, “Agressiva”, “Zangada” e “Triste” está praticamente ausente, mas é superior no grupo SPPN em todos os itens. O “*Bonding* Not Clear” (Neutra, Sem sentimentos, Possessiva e Receosa) que avalia as emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional da mãe com o bebé, foi semelhante nos dois grupos, estando praticamente ausente, mas com o item “Sentiu-se receosa” a estar um pouco presente (1,07) no grupo CPPN.

Tabela 38. Estatística descritiva da Escala *Bonding* do grupo CPPN e SPPN

	CPPN		SPPN		Total	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Sentiu-se Afectuosa	2,62	0,66	2,52	0,67	2,57	0,67
Sentiu-se Desiludida	0,05	0,22	0,11	0,43	0,08	0,35
Sentiu-se Neutra, sem sentimentos	0,17	0,53	0,16	0,52	0,17	0,52
Sentiu-se Possessiva	0,84	0,90	0,86	0,94	0,85	0,92
Sentiu-se Ressentida	0,17	0,55	0,22	0,59	0,20	0,57
Sentiu-se Desgostosa	0,04	0,21	0,06	0,23	0,05	0,22
Sentiu-se Protectora	2,56	0,66	2,46	0,75	2,51	0,71
Sentiu-se Alegre	2,63	0,56	2,48	0,67	2,55	0,63
Sentiu-se Agressiva	0,04	0,19	0,07	0,35	0,05	0,29
Sentiu-se Receosa	1,07	0,78	0,93	0,87	0,99	0,83
Sentiu-se Zangada	0,03	0,17	0,04	0,26	0,03	0,22
Sentiu-se Triste	0,07	0,25	0,12	0,41	0,09	0,35

Na análise descritiva das sub-escalas “*Bonding* Positivo”, “*Bonding* Negativo”, “*Bonding* Neutro” e “*Bonding* Total” (Tabela 39) obtivemos os seguintes dados mais relevantes: O “*Bonding* Positivo” (que poderia variar entre 0 e 9) obteve um mínimo de 1, um máximo de 9, e uma média de 7,63, que nos leva a afirmar que apresenta um elevado “*Bonding* Positivo”.

O “*Bonding* Negativo” (que poderia variar de 0 a 12) tem um mínimo de 0 (zero) e um máximo de 8 com uma média baixa ($\bar{x}=0,52$), podemos afirmar que a dimensão que avalia o “*Bonding* Negativo” está pouco presente. O “*Bonding* Not Clear” (poderia variar entre 0 e 9) teve um mínimo de 0 e um máximo de 7 com uma média baixa (2,01).

Comparando os grupos com e sem PPN, obtivemos o seguinte registo: O “*Bonding* Positivo” obteve um mínimo de 2 e um máximo de 9, com uma média

de 7,82 no grupo CPPN e uma média mais baixa ($\bar{x}=7,46$) no grupo SPPN o que revela que o grupo CPPN apresenta o “*Bonding* Positivo” mais elevado.

O “*Bonding* Negativo” tem um mínimo de 0 (zero) e um máximo de 8, com uma média mais baixa no grupo CPPN ($\bar{x}=0,40$). A dimensão que avalia o “*Bonding* Negativo” está menos presente no grupo CPPN. O “*Bonding* Not Clear” ou “Neutro”, teve um mínimo de 0 e um máximo de 7 com uma média mais alta no grupo CPPN (2,08), o que demonstra que as emoções não claramente relacionadas com o “*Bonding*”, são menores no grupo SPPN. Quanto ao “*Bonding* Total” teve um mínimo (-8) e um máximo de 9, com uma média inferior no grupo SPPN ($\bar{x}=4,90$), o que corresponde a uma média superior ($\bar{x}=5,33$) no grupo CPPN logo um melhor *Bonding*.

Tabela 39. Estatística descritiva do “*Bonding* Positivo”, “*Bonding* Negativo”, “*Bonding* Neutro” e “*Bonding* Total”

	CPPN			SPPN			Total		
	Média	Max	Min	Média	Max	Min	Média	Max	Min
<i>Bonding_positivo</i>	7,82	9,00	2,00	7,46	9,00	1,00	7,63	9,00	1,00
<i>Bonding_negativo</i>	0,40	5,00	0,00	0,61	8,00	0,00	0,52	8,00	0,00
<i>Bonding_neutro</i>	2,08	7,00	0,00	1,94	7,00	0,00	2,01	7,00	0,00
<i>Bonding_total</i>	5,33	9,00	-5,00	4,90	9,00	-8,00	5,10	9,00	-8,00

Observando a Tabela 40, no que se refere aos 12 itens, a análise descritiva das respostas dadas pela mãe à Escala *Bonding* no pós-parto, foram as seguintes: Os itens relativos aos sentimentos positivos “*Afectuosa*”, “*Protectora*”, e “*Alegre*” foram assinalados com ‘muito’ pela maior parte das primíparas, respectivamente, 65,7%, 62,9% e 61,8%. Quanto ao “*Bonding* Negativo”, a

maioria das mães (93,2%) refere não se sentir nada “desiludida”, de modo nenhum “ressentida” (86,5%), de modo nenhum “desgostosa” (94,8%), nada “zangada” (97,1%), nada “agressiva” (95,6%), nada “triste” (91,9%) e nada “neutra” (88,8%), em relação ao recém-nascido. Na resposta: nada “possessiva”, 43,9% responderam que de modo nenhum se sentiam “possessivas” e 28,1% nada “receosas”, mas 18,7% das mães responderam sentir-se nada ou apenas um pouco “afectuosas”, 18,6% das mães nada ou apenas um pouco “protectoras” e 5,7% das mães nada ou apenas um pouco “alegres” com o bebé. Para além disso, observamos que, 6,8% das mães dizem sentir-se muito ou pelo menos um pouco “desiludidas”, 13,5% das mães muito ou um pouco “ressentidas”, 5,2% das mães pelo menos um pouco “desgostosas”, 2,9% pelo menos um pouco “zangadas”, 4,4% das mães muito ou um pouco “agressivas”, 8,1% muito ou um pouco “tristes” e 4,2% referiu sentir-se muito ou bastante “neutras” em relação ao filho. Relativamente às respostas muito, bastante ou um pouco “possessivas” e “receosas” obteve-se o resultado de, respectivamente, 56,1% e 72%. Comparando os grupos CPPN e SPPN, encontrámos nos “*Bonding Positivos*” das mães que realizaram PPN, médias mais altas nos itens que o compõem (muito afectuosa (70,8%); muito protectora (65,7%) e muito alegre (67,4%). Os valores do “*Bonding Negativo*”, em todos os itens são sempre mais elevados no grupo SPPN nas respostas “de modo nenhum”.

Tabela 40. Respostas aos itens do *Bonding*

		CPPP			SPPP			Total	
		N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N	% coluna
Sentiu-se Afetuosa	De modo nenhum	3	75,0	1,7	1	25,0	0,5	4	1,0
	Um pouco	9	33,3	5,1	18	66,7	8,7	27	7,0
	Bastante	40	39,6	22,5	61	60,4	29,5	101	26,2
	Muito	126	49,8	70,8	127	50,2	61,4	253	65,7
Sentiu-se Desiludida	De modo nenhum	169	47,1	94,9	190	52,9	91,8	359	93,2
	Um pouco	9	39,1	5,1	14	60,9	6,8	23	6,0
	Bastante	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0
	Muito	0	0,0	0,0	3	100,0	1,4	3	0,8
Sentiu-se Neutra, sem sentimentos	De modo nenhum	156	45,6	87,6	186	54,4	89,9	342	88,8
	Um pouco	16	59,3	9,0	11	40,7	5,3	27	7,0
	Bastante	3	27,3	1,7	8	72,7	3,9	11	2,9
	Muito	3	60,0	1,7	2	40,0	1,0	5	1,3
Sentiu-se Possessiva	De modo nenhum	77	45,6	43,3	92	54,4	44,4	169	43,9
	Um pouco	64	47,8	36,0	70	52,2	33,8	134	34,8
	Bastante	26	48,1	14,6	28	51,9	13,5	54	14,0
	Muito	11	39,3	6,2	17	60,7	8,2	28	7,3
Sentiu-se Ressentida	De modo nenhum	158	47,4	88,8	175	52,6	84,5	333	86,5
	Um pouco	12	35,3	6,7	22	64,7	10,6	34	8,8
	Bastante	5	45,5	2,8	6	54,5	2,9	11	2,9
	Muito	3	42,9	1,7	4	57,1	1,9	7	1,8
Sentiu-se desgostosa	De modo nenhum	170	46,6	95,5	195	53,4	94,2	365	94,8
	Um pouco	8	40,0	4,5	12	60,0	5,8	20	5,2
	Bastante	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0
	Muito	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0
Sentiu-se Protectora	De modo nenhum	0	0,0	0,0	3	100,0	1,4	3	0,8
	Um pouco	17	41,5	9,6	24	58,5	11,6	41	10,6
	Bastante	44	44,4	24,7	55	55,6	26,6	99	25,7
	Muito	117	48,3	65,7	125	51,7	60,4	242	62,9
Sentiu-se Alegre	De modo nenhum	0	0,0	0,0	3	100,0	1,4	3	0,8
	Um pouco	7	36,8	3,9	12	63,2	5,8	19	4,9
	Bastante	51	40,8	28,7	74	59,2	35,7	125	32,5
	Muito	120	50,4	67,4	118	49,6	57,0	238	61,8
Sentiu-se Agressiva	De modo nenhum	171	46,5	96,1	197	53,5	95,2	368	95,6
	Um pouco	7	46,7	3,9	8	53,3	3,9	15	3,9
	Bastante	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0
	Muito	0	0,0	0,0	2	100,0	1,0	2	0,5
Sentiu-se Receosa	De modo nenhum	38	35,2	21,3	70	64,8	33,8	108	28,1
	Um pouco	99	50,3	55,6	98	49,7	47,3	197	51,2
	Bastante	31	57,4	17,4	23	42,6	11,1	54	14,0
	Muito	10	38,5	5,6	16	61,5	7,7	26	6,8
Sentiu-se Zangada	De modo nenhum	173	46,3	97,2	201	53,7	97,1	374	97,1
	Um pouco	5	50,0	2,8	5	50,0	2,4	10	2,6
	Bastante	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0
	Muito	0	0,0	0,0	1	100,0	0,5	1	0,3
Sentiu-se Triste	De modo nenhum	166	46,9	93,3	188	53,1	90,8	354	91,9
	Um pouco	12	42,9	6,7	16	57,1	7,7	28	7,3
	Bastante	0	0,0	0,0	1	100,0	0,5	1	0,3
	Muito	0	0,0	0,0	2	100,0	1,0	2	0,5

Como referimos na descrição das escalas, o “*Bonding Total*” é obtido subtraindo ao “*Bonding Positivo*” o resultado do *Bonding* obtido pela soma do “Negativo” e do “Neutro”. A reclassificação da escala “*Bonding Total*” foi necessária para melhor expressar o tipo de “*Bonding Total*” e compará-lo entre o grupo CPPN e SPPN.

A reclassificação foi feita com os seguintes valores: pontuação negativa (-8) a (-5), teríamos um “*Bonding Ausente*”; de (-4) a (-1) o “*Bonding Total*” seria “Pobre”; de 0 (zero) seria “*Bonding Total Nulo*”; de 1 a 4 representa “Pouco *Bonding Total*”; de 5 a 7 um “*Bonding Total Moderado*” e de 8 a 9 corresponde a um “*Bonding Total Elevado*”.

Os dados da Tabela 41 mostram que, o ‘*Bonding Total*’ é moderado em mais de metade das primíparas (52,7%), apresentando percentagens mais elevadas no grupo CPPN. O “*Bonding Total Elevado*” apresenta uma percentagem de 17,7% no total da amostra e é mais elevado no grupo SPPN (11,2%). Encontramos situações de primíparas com um “*Bonding Pobre*” (4,7%) mas mais elevado no grupo SPPN (2,9%). Esta situação também ocorre com o “*Bonding Total Ausente*” em que a incidência de casos no grupo SPPN é o dobro dos que ocorrem no grupo CPPN.

Tabela 41. Distribuição da amostra segundo o "Bonding Total", nos grupos CPPN e SPPN

Recor <i>Bonding_Total</i>	CPPN		SPPN		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nulo	1	0,3%	6	1,6%	7	1,8%
Ausente	2	0,5%	4	1,0%	6	1,6%
Pobre	7	1,8%	11	2,9%	18	4,7%
Pouco	35	9,1%	48	12,5%	83	21,6%
Moderado	108	28,1%	95	24,7%	203	52,7%
Elevado	25	6,5%	43	11,2%	68	17,7%
Total	178	46,2%	207	53,8%	385	100,0%

Como já foi mencionado anteriormente, o envolvimento emocional da mãe com o bebé, foi medido através da Escala *Bonding*, composta por 12 itens, variando entre o 3 e 0 (zero) consoante a emoção está muito (3), bastante (2), um pouco (1) ou nada (0) presente. Pontuações mais elevadas demonstram que está mais presente a emoção em causa. Como a Escala de *Bonding*, está organizada em três sub-escalas: a sub-escala "*Bonding Positivo*", "*Bonding Negativo*" e "*Bonding Not Clear*". O teste desta hipótese foi efectuado por etapas, utilizando o teste *t de Student* (Tabela 42). Observamos que: no "*Bonding Positivo*" há diferenças entre o grupo que realizou a Preparação para o Nascimento e o que não realizou ($t=2,139$; $df= 383$; $p=0,033$), sendo a média do "*Bonding Positivo*" do grupo CPPN ($\bar{x}= 7,82$), maior que a do grupo SPPN ($\bar{x}=7,45$), logo o "*Bonding Positivo*" é mais elevado no grupo CPPN.

No "*Bonding Negativo*" com os resultados obtidos ($t=-1,752$; $df=383$; $p=0,081$), podemos referir que não há diferenças entre os grupos CPPN e SPPN. Os resultados das médias foram similares para o grupo CPPN ($\bar{x}=0,40$) e SPPN

($\bar{X}=0,61$), embora no grupo CPPN esteja menos presente o “*Bonding* Negativo”.

No “*Bonding* Neutro” ou “*Not Clear*”, também não há diferenças significativas ($t=0,976$; $df=383$; $p=0,333$) entre os grupos estudados e a média do grupo CPPN ($\bar{X} = 2,08$) é mais alta, estando mais presente a emoção em causa. O mesmo se verifica no “*Bonding* Total” ($t=1,356$; $df=383$; $p=0,176$) com uma média de 5,33 para o grupo CPPN e de 4,90 para o SPPN. Quanto mais elevado é o “*Bonding* Total”, melhor o envolvimento emocional da mãe.

Tabela 42. Teste *t* das sub escalas do *Bonding* nos grupos CPPN e SPPN.

Variável	Média (\bar{X})			Teste Levene		Teste <i>t</i>		
	\bar{X}	\bar{X} CPPN	\bar{X} SPPN	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
<i>Bonding</i> Positivo	7,63	7,820	7,458	10,336	0,001	2,139	383	0,033
<i>Bonding</i> Negativo	0,52	0,404	0,613	10,736	0,001	-1,752	383	0,081
<i>Bonding</i> Not Clear	2,01	2,084	1,942	0,138	0,711	0,976	383	0,330
<i>Bonding</i> Total		5,331	4,903	8,664	0,003	1,356	383	0,176

5.1.6. Correlação e Associação das Variáveis

Tendo em conta os objectivos do estudo, vamos apenas apresentar as correlações das variáveis das escalas e das variáveis obstétricas. Para fazer a análise de correlação/associação das variáveis, utilizamos os testes: *coeficiente*

de correlação de Pearson R^{40} ou coeficiente de correlação de Spearman⁴¹. Para Fortin (1999), um coeficiente de correlação de Pearson, representado por r , serve para descrever a relação linear entre duas variáveis contínuas (p.298). As correlações são assinaladas com (*), se forem significantes para um valor de referência de 5%, e assinaladas com (**) se forem significantes para um valor de referência de 1%.

5.1.6.1. Escala Visual e Escala LAS

Para confirmar se há correlação entre a percepção do controlo da experiência do parto medida através da variável *LAS_Score* e a percepção da dor no trabalho de parto medida através da *Escala Visual*, em primíparas de parto por via vaginal, realizamos o teste de Pearson R (Tabela 43).

Tabela 43. Coeficiente de correlação de Pearson R entre a variável *LAS_Score* e a Escala Visual Analógica

		Escala Visual	LAS_Score
Escala Visual	Pearson Correlation	1,000	0,415**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	385,000	385
LAS_Score	Pearson Correlation	0,415**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	385	385,000

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

⁴⁰ Utiliza-se quando as variáveis, cuja relação se pretende estudar, são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas. É uma medida de associação linear e varia entre -1 (associação negativa) e 1 (associação positiva). Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis. O valor zero (0) indica a inexistência de relação linear entre as variáveis.

⁴¹ Utiliza-se quando não há associação entre as variáveis no teste de Pearson R (a análise não é válida). Não é sensível a assimetrias da distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

No que diz respeito ao cruzamento das variáveis *LAS_Score* e *Escala Visual*, verificou-se que $r=0,415$ com o $p\text{-value}=0,00$, logo inferior à significância teórica (1%), rejeitamos a H_0 , o que significa que não rejeitamos a existência de correlação entre as variáveis, ou seja, existe correlação significativa entre a experiência de controlo no trabalho de parto e a dor percebida pelas primíparas. É uma correlação positiva, logo, à medida que aumenta a dor, aumenta também o valor de *LAS_Score* que nos diz que quanto mais elevado o seu valor, menos controlo há na experiência do trabalho de parto.

5.1.6.2. Escala Visual e Bonding

Para verificar se há correlação entre a percepção da dor no trabalho de parto, medida através da variável *Escala Visual* e o envolvimento emocional da mãe/recém-nascido, utilizando a variável “*Bonding Total*” nas primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural, utilizou-se coeficiente de correlação de *Pearson R*.

Tabela 44. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a *Escala Visual* e o *Bonding_Total*

		<i>Escala Visual</i>	<i>Bonding_Total</i>
<i>Escala Visual</i>	Pearson Correlation	1,000	-0,035
	Sig. (2-tailed)		0,498
	N	385,000	385
<i>Bonding_Total</i>	Pearson Correlation	-0,035	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,498	
	N	385	385,000

No que diz respeito ao cruzamento das variáveis referidas anteriormente, verificou-se que, $r=-0,035$; $N=385$; e o $p\text{-value}=0,498$, logo superior à nossa significância teórica (5%), não rejeitamos a H_0 , o que significa que não rejeitamos a hipótese de que não existe correlação significativa entre percepção da dor e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. Quando não há associação entre as variáveis no teste de *Pearson R*, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (teste não paramétrico), que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados. Realizamos o referido teste e o resultado da não existência de associação entre as variáveis mantêm-se (Tabela 45).

Tabela 45. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a Escala Visual Analógica e o *Bonding_Total*

		<i>Bonding_total</i>	Escala Visual
Bonding_Total	Spearman's rhoCorrelation	1,000	-0,009
	Sig. (2-tailed)	.	0,865
	N	385	385
Escala Visual	Correlation Coefficient	-0,009	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,865	.
	N	385	385

5.1.6.3. Escala LAS e Bonding

Com a intenção de verificar se a experiência do parto tem correlação com o envolvimento emocional da mãe com o bebê e dando resposta à questão “há correlação entre percepção da experiência do parto e o envolvimento emocional da mãe/recém-nascido em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural”, analisamos a Tabela 45 e encontramos uma correlação negativa

significativa a 1% ($r=-0,141$; $N=385$; $p=0,006$), logo inferior à significância teórica (1%), rejeitamos a H_0 , ou seja, existe correlação significativa entre a percepção maternal do controlo durante a experiência do nascimento e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. É uma correlação negativa, logo, à medida que o valor da Escala LAS aumenta (percepção do controlo da experiência do nascimento mais negativa), diminui o “*Bonding Total*” (menos envolvimento emocional).

Tabela 46. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a *LAS_Score* e o “*Bonding Total*”

		<i>LAS_Score</i>	<i>Bonding_total</i>
<i>LAS_Score</i>	Pearson Correlation	1,000	-0,141**
	Sig. (2-tailed)		0,006
	N	385,000	385
<i>Bonding_total</i>	Pearson Correlation	-0,141**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,006	
	N	385	385,000

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Com a intenção de verificar se a percepção da experiência do parto, avaliada através da CPQ, interfere no envolvimento emocional da mãe com o bebé avaliado através do “*Bonding_Total*” e dando resposta à questão “há correlação entre percepção maternal da experiência do parto e o envolvimento emocional da mãe/recém-nascido em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural” analisamos a Tabela 47 e encontramos uma correlação positiva significativa a 1% ($r=0,198$; $N=385$; $p=0,000$). Existe correlação significativa entre a percepção da experiência do nascimento e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. É uma correlação positiva, logo, à

medida que o valor da Escala CPQ aumenta (percepção da experiência mais positiva), aumenta o “*Bonding_Total*” (mais envolvimento emocional).

Tabela 47. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre o *CPQ_Score* e o “*Bonding_Total*”

		<i>Bonding_Total</i>	<i>CPQ_score</i>
Bonding_total	Pearson Correlation	1,000	0,198**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	385,000	385
CPQ_score	Pearson Correlation	0,198**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	385	385,000

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

A Tabela 48 mostra uma correlação positiva entre a *PPQ_Score* que mede a percepção maternal da experiência pós-parto e o “*Bonding_Total*” ($r=0,145$; $N=385$; $p=0,004$), o que significa que quanto mais positiva é essa percepção, maior é o envolvimento da mãe com o bebê.

Tabela 48. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a *PPQ_Score* e o *Bonding_Total*

		<i>Bonding_Total</i>	<i>PPQ_score</i>
<i>Bonding_Total</i>	Pearson Correlation	1,000	0,145**
	Sig. (2-tailed)		0,004
	N	385,000	385
<i>PPQ_Score</i>	Pearson Correlation	0,145**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,004	
	N	385	385,000

5.1.6.4. Escala Visual e Tempo de Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto

Com a intenção de verificar se a intensidade da dor estava relacionada com a duração do tempo da fase activa do trabalho de parto realizou-se o teste de Pearson e verificamos que existe correlação positiva significativa ($r=0,355$; $N=384$; $p=0,000$) entre o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto e a percepção da dor em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural. Quanto mais demorada é a fase activa do trabalho de parto, maior é a percepção da intensidade da dor.

Tabela 49. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a Escala Visual Analógica e o Tempo de Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto

		Tempo de demora
		Fase Activa
Escala Visual		
	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,355**
	N	385,000
Tempo de demora Fase Activa	Pearson Correlation	0,355**
	Sig. (2-tailed)	1,000
	N	0,000
		384

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

5.1.6.5. Escala LAS e Demora da Fase Activa do Trabalho de Parto

Com a Intenção de verificar se o tempo de demora estava relacionado com percepção da experiência do nascimento recorremos ao teste de Pearson e obtivemos uma correlação positiva ($r=0,114$; $N=384$; $p=0,026$) em primíparas de parto por via vaginal, sem analgesia epidural. O que significa que quanto mais

tempo durar a fase activa do trabalho de parto, mais negativa é a percepção do controlo da experiência do parto.

Tabela 50. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a *LAS_Score* e Tempo de Demora da fase Activa do Trabalho de Parto

		LAS_Score	Tempo de demora da fase activa
LAS_Score	Pearson Correlation	1,000	0,114 [*]
	Sig. (2-tailed)		0,026
	N	385,000	384
Tempo de demora da fase activa	Pearson Correlation	0,114 [*]	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,026	
	N	384	384,000

*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

5.1.6.6. Escala Visual e Tipo de Parto

Com a intenção de verificar se existia associação entre a intensidade da dor e o tipo de parto analisamos a Tabela 51 e não aceitamos a H_0 , o que significa que existe associação, significativa a 1% ($r=0,330$; $N=385$; $p=0,000$), entre as duas variáveis.

Tabela 51. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a Escala Visual Analógica e o Tipo de Parto

		Escala Visual	Tipo de parto
Escala Visual	Pearson Correlation	1,000	0,330 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	385,000	385
Tipo de parto	Pearson Correlation	0,330 ^{**}	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	385	385,000

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

5.1.6.7. Escala LAS e Tipo de Parto

Com a intenção de verificar se o tipo de parto interfere na percepção da experiência do nascimento, avaliada através *LAS_Score*, recorreremos ao coeficiente de *Pearson R* e verificamos que existe associação significativa a 5% ($r=-0,115$; $N=385$; $p=0,024$) entre percepção do controlo da experiência do parto e o tipo de parto.

Tabela 52. Coeficiente de correlação de *Pearson R* entre a *LAS_Score* e o Tipo de Parto

		LAS_Score	Tipo de parto
LAS_Score	Pearson Correlation	1	0,115*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,024
	N	385	385
Tipo de parto	Pearson Correlation	0,115*	1
	Sig. (2-tailed)	0,024	
	N	385	385

*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

5.2. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados é, sem dúvida, uma etapa muito enriquecedora. Procura-se um sentido mais abrangente para os dados através da união destes com os conhecimentos já obtidos, estabelecendo uma analogia entre os dados empíricos e a teoria (Gil, 1989).

No estudo actual propusemo-nos atingir determinados objectivos, nomeadamente: 1) Caracterizar alguns aspectos sócio-demográficos e

obstétricos das primíparas; 2) Compreender a influência do Método Psicoprofiláctico na percepção da experiência vivida durante o trabalho de parto, no controlo da dor sentida durante o trabalho de parto e no envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido; 3) Analisar a relação existente entre a Preparação Psicoprofiláctica e o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto, o uso de analgésicos, o tipo de parto e o índice de Apgar do recém-nascido; 4) Verificar a correlação/associação entre as variáveis obstétricas e as Escalas LAS, CPQ, PPQ e *Bonding*, ou seja, entre o bem-estar materno-fetal, a percepção da experiência do nascimento e a relação da mãe com o filho.

5.2.1. Caracterização Geral das Primíparas

Na amostra de 385 primíparas, de nacionalidade Portuguesa, cujo nascimento do(a) filho(a) foi por via vaginal, sem analgesia epidural e realizado o parto nos serviços de obstetrícia dos hospitais de Abrantes, Barreiro, Beja, Évora e Santarém, no período de 1 de Março de 2007 e 31 de Julho 2008, fizeram PPN 178 mulheres (46%) e 207 não realizaram o Curso de Preparação para o Nascimento (54%). Embora a legislação de protecção à maternidade e paternidade reconheça a Preparação para o Nascimento como parte integrante do programa da vigilância pré-natal, ainda há insuficiência de centros de preparação e, por outro lado, a população ainda não está sensibilizada para este aconselhamento (Couto, 2003). O estudo de Loureiro, Ferreira & Freitas (2008) sobre a satisfação da puérpera com o parto hospitalar, realizado em 20 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, demonstrou que apenas 25,7% das mulheres da sua amostra realizaram PPN. A actual investigação não corrobora o referido

estudo, pois encontramos quase 50% das mulheres a frequentar o curso. O facto de todos os locais seleccionados para aplicação dos questionários terem a possibilidade de facultar à grávida o Curso de Preparação para o Nascimento, pode explicar os resultados encontrados uma vez que, existindo esta oferta e a sua adequada divulgação, a possibilidade de adesão será maior.

As participantes no estudo têm idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos. A taxa bruta de natalidade, segundo o Instituto Nacional de Estatística INE (2007), está a diminuir desde os anos 80. Em 1987, a taxa de natalidade era de 12,2%, em 2006 de 10%, e em 2007 foi de 9,7%. Esta diminuição verifica-se principalmente no grupo de idades compreendido entre os 20 e os 29 anos. Apesar dessa diminuição, na taxa bruta de natalidade nas mulheres entre os 30 e 34 anos, está a notar-se um ligeiro aumento. Segundo os dados do INE (2004), em 2003 cerca de 29,7% das mães encontram-se nos escalões 30 a 34 anos, valor que em 1991 era apenas de 19,9% e em 2000 de 32%. Os valores da amostra do actual estudo corroboram os do INE. A mesma fonte refere ainda que o escalão 35 a 39 anos (7,1% em 1991 e 12,5% em 2003), tem mostrado uma evolução significativamente crescente. Está a verificar-se, realmente, uma tendência para o adiar da maternidade. Os dados cronológicos da amostra estudada confirmam que o momento eleito para a reprodução (amostra total) se encontra no grupo etário dos 25 aos 29 anos (42,9%), que estão acima dos dados do INE (escalão dos 25 a 29 anos com 32,9% em 2003). A média de idades da nossa amostra é de 27,7 anos, apresentando-se abaixo do valor encontrado pelo INE (2007), que refere a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho como sendo os 28,4 anos. Também o recente estudo de Loureiro et. al. (2008), revelou uma média de idades das puérperas de 29,5 anos.

Cada vez mais, o projecto de vida pessoal e do casal passa por um adiamento da maternidade (Almeida et al., 2004), devido a um conjunto de alterações registadas a nível da educação e ao aumento da taxa de actividade feminina (a mais alta da Europa), mas também devido aos poucos apoios à infância e à inexistência de uma rede de suporte familiar adequada. Actualmente os jovens procuram uma maior autonomia económica e social, o papel da mulher deixou de estar confinado aos cuidados domésticos. Os primeiros anos da idade adulta são ocupados a completar a formação e a estabilizar as carreiras profissionais, passando desta forma, a decisão de ter um filho, para segundo plano.

A média mais baixa de idades da amostra do actual estudo (27,7 anos) estará relacionada, eventualmente, com o facto de o centrarmos, predominantemente em regiões do interior do país (Beja, Abrantes, Évora, Santarém) onde existem níveis mais baixos de escolarização e onde, também, a inserção no mercado de trabalho e as expectativas de carreira são, eventualmente, mais escassas que nas zonas do litoral, sempre mais desenvolvidas. Também os aspectos culturais e da tradição, poderão estar aqui a determinar este valor mais baixo, que em relação à construção de uniões matrimoniais, e depois o nascimento do primeiro filho, tendem a seguir padrões mais tradicionais.

No que se refere à PPN, é no grupo etário dos 20 aos 24 anos onde é maior a diferença de quem faz (29,9%) e não faz PPN (70,1%). Nos restantes grupos etários, as participantes estão distribuídas homoganeamente. No grupo CPPN, encontramos mais mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos (49,4). O que não está de acordo com Freitas & Freitas (1996) que

salienta que no grupo CPPN encontra uma incidência maior (40%) de mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 25 anos. O teste de *Qui-Quadrado* de Pearson ($\chi^2=16,000$; $N=385$; $p=0,000$) revelou que a opção por realizar a PPN depende da idade, sendo o Curso Psicoprofilático mais procurado por mulheres com mais de 25 anos, talvez consequência de uma maior maturidade ou por questões de uma maior estabilidade económica. Outras explicações podem estar ligadas ao desconhecimento da existência destes cursos, dificuldade de acesso aos mesmos, questão das acessibilidades no interior e dos horários de funcionamento destes, falta de formação sobre a sua importância e efeitos, apoios familiares ligados à tradição que dispensam o curso e outros, embora, para tirar conclusões a este nível, seja necessário a realização de outros estudos.

Como perfil biográfico mais característico, relativo à idade já mencionada, o estado civil foi: “casada/união de facto” (91,2%). Estes dados corroboram a realidade portuguesa em 2003 em que, segundo o INE (2004), a maioria dos nascimentos continua a acontecer dentro do casamento (73,1%). A gravidez surge habitualmente no contexto de uma relação com alguma estabilidade. Canavarro (2001), refere que continua a ser no contexto de uma relação conjugal/marital que a decisão de engravidar é tomada. O estado civil de “solteira”, apresenta um valor percentual de 6,8%, na amostra do estudo, sendo também referenciados seis casos de “separação/divórcio”. Situação conjugal instável e a gravidez/parto em mulheres solteiras, são referenciadas por vários autores (Steward & Bernard, 1954 e Eysenck, 1961 citados por Winget & Kapp, 1972) como factores de risco, quer para a vivência da gravidez e do parto, quer para o envolvimento emocional mãe/bebé. Por outro lado, o facto de viver com

companheiro é favorável para a gravidez e para a vivência no pós-parto (Costa & Katz, 1992). Quando comparamos os grupos com e sem PPN, encontramos diferenças significativas no estado civil, ($p=0,005$). Este resultado parece ser mais expressivo no estado civil "solteira" uma vez que das primíparas solteiras, 92,3% não realizaram PPN. 95,5% das mulheres que realizaram a PPN são casadas, o que está de acordo com os resultados obtidos por Cunha (2008) e Freitas & Freitas (1996).

A gravidez na mulher solteira tem implicações familiares, emocionais e económicas que atingem a grávida isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e de integração destas mulheres na sociedade. Nas regiões do interior do país estas consequências são mais notórias e podem ser a causa para que, as mães solteiras, tenham tendência para não expor a sua situação, evitando o relacionamento social, não pondo sequer em equação a frequência de um Curso de Preparação para o Nascimento.

Quanto às habilitações académicas, podemos dizer que as mulheres da amostra possuem maioritariamente (66,7%) o nível de escolaridade 12.º ano (35,8%) ou superior (30,9%), o que está de acordo ao descrito pela DGS (1999) quando refere que a escolaridade da mulher sofreu progressos após o 25 de Abril de 1974, havendo taxas mais elevadas de feminização no ensino superior.

Quanto à profissão (classificada através da Classificação Nacional de Profissões, lista INE), verificou-se que 22,3% desempenham funções de "pessoal dos serviços e vendedores" e que as situações conjuntas de "desempregada" e "doméstica", também atingem valores percentuais elevados (21,3%) o que corrobora a ideia do papel feminino e materno muito ligado aos

cuidados da família e às actividades domésticas (Badinter, 1985; Baptista, 2007). Quanto ao grupo que fez PPN, devemos salientar que o grupo profissional com maior expressão é o de “especialistas das profissões intelectuais e científicas” com 27% e que têm o curso superior 47,8%. Esta situação talvez aconteça porque, a este nível académico, o acesso aos meios de informação está mais facilitado e, provavelmente, estando mais actualizadas, procuram informação que lhes possibilite o recurso a meios que as ajude nesta sua “nova” situação.

Por outro lado evidenciam-se também as que têm maior poder económico, em concordância com os dados que dizem respeito ao nível profissional, pois verifica-se uma maior procura da PPN nas categorias profissionais de “quadros superiores e dirigentes”, “especialistas das profissões intelectuais e científicas”. Parece-nos assim que o factor económico poderá ser condicionante da acessibilidade aos Cursos de PPN. Pacheco et al. (2005), referem que as grávidas com maior grau de escolaridade valorizam mais a Preparação para o Nascimento, nomeadamente o uso de métodos de ventilação e relaxamento, talvez porque são as actividades que têm maior influência na facilitação do trabalho de parto

No que respeita ao acompanhamento das parturientes, encontramos uma elevada percentagens (81,6%) de mulheres acompanhadas durante o trabalho, havendo diferença entre os grupos CPPN e SPPN ($p=0,000$) no que respeita à parturiente estar ou não acompanhada.

Das mulheres que não estiveram acompanhadas, a maioria (73,2%) não tiveram PPN, o que é significativo. Verificámos, também, que a maioria das mulheres que fizeram PPN (93,7%), esteve acompanhada pelo marido, pelo companheiro ou pelo namorado o que aponta para uma maior participação do

pai do bebé no acompanhamento da parturiente. Este acompanhamento torna-se muito útil no desenrolar do trabalho de parto. O homem, ao participar mais no nascimento do filho, sente-se incluído em todo o processo, é muitas vezes o suporte principal da mulher, ajuda e coopera, transmite segurança e colabora nos cuidados prestados ao recém-nascido, abrindo novas perspectivas à vida familiar.

O estudo de Loureiro et al. (2008) a 440 puérperas dos serviços de obstetrícia dos hospitais públicos nacionais, revelaram que, em 78,5% dos partos normais, está presente um acompanhante e que frequentemente é o marido/companheiro (81,7%). Este estudo menciona ainda que a presença do acompanhante influenciou o índice de satisfação com os cuidados e condições durante o parto e que as mulheres acompanhadas apresentam maior satisfação com o pós-parto. Sabemos que a presença do marido/companheiro está associada a uma diminuição da ansiedade e *stress* da mulher, com consequente diminuição do uso de analgésicos, assim como uma experiência mais positiva da experiência do parto (Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1989) e Kitzinger, 1995).

A presença do pai do bebé contribui para as parturientes estarem mais calmas e relaxadas e apresentarem prazer no primeiro contacto com o bebé (Gomes Pedro, 1985). O estudo de Coutinho, Duarte, Fernandes, Gomes, & Prazeres (2008), demonstrou que as mães que estiveram acompanhadas apresentaram uma melhor qualidade da vinculação. Na mesma linha de pensamento está Maldonado ao afirmar que “o papel do pai da criança, tanto na gravidez como no parto, parece ser um dos aspectos mais relevantes entre os

factores que influenciam, não só o comportamento materno, mas também todo o processo de organização da vinculação” (1997, p.30).

Vários sinais e sintomas levam a grávida a recorrer à maternidade para o nascimento do seu (sua) filho(a). A grávida, quando devidamente informada, identifica os sinais e sintomas e o momento ideal para procurar a instituição que irá dar resposta às suas necessidades. A ida, muito antecipada ou tardia, para a maternidade pode interferir na progressão do trabalho de parto e pode afectá-lo positiva ou negativamente, reflectindo-se no bem-estar materno e fetal. Suportando estas afirmações está o estudo de McNiven, Williams, & Hodnett, realizado em 1998, em que utilizaram um grupo experimental e outro de controlo e verificaram que o grupo experimental, em que as mulheres eram encaminhadas para o hospital só a partir do início da fase activa de trabalho de parto, apresentava menor uso de analgésico, menor tempo de duração do trabalho de parto e mais partos eutócicos, assim como maior satisfação da experiência do parto.

A percentagem de grávidas que foram admitidas na maternidade, já no início do trabalho de parto, foi mais elevada (55,9%) no grupo CPPN. Por outro lado, foi maior a percentagem de grávidas que tiveram que induzir o parto nas do grupo SPPN (66,9%). Realmente, mais do dobro do número de mulheres (109) que induziram o parto pertence ao grupo SPPN, comparativamente com as 54 do grupo CPPN. Eventualmente, porque as mulheres CPPN aprenderam qual o “momento ideal” para irem para a maternidade. Netto et al. (2006), salientam que, quando psicologicamente preparadas, as mulheres são capazes de racionalmente coordenar a ida para a maternidade, assim como todas as tarefas a desenvolver durante o trabalho de parto.

O parto deverá decorrer o mais fisiologicamente possível. A indução do trabalho de parto, quer com oxitocina (diluição de 5UI em 500cc de soro glicosado isotónico a 5%), quer com prostaglandinas (gel ou comprimidos via vaginal), segundo Bobak et al. (1999), podem representar riscos fetais, tais como a asfixia fetal e a hipóxia neonatal por contracções uterinas demasiado frequentes e prolongadas (hipertonia uterina), comprometendo o fluxo útero-placentário e, conseqüentemente, o bem-estar fetal. A indução do trabalho de parto é uma prática frequente em Portugal. As indicações para a indução do trabalho de parto, assim como os protocolos utilizados, variam de maternidade para maternidade. Se a grávida, quando chega à maternidade, já está em trabalho de parto a indução não é necessária. Foi o que se verificou no grupo CPPN.

Foi também interessante verificar que, pertenciam ao grupo CPPN, todas as parturientes que estavam na fase activa do trabalho de parto (a partir dos 3 cm de dilatação e na qual o colo se dilata a um maior ritmo) quando foram admitidas nas maternidades. Esta fase é aquela que exige mais adaptações, tanto da parturiente, como do feto (Oxorn, 1989; Graça, 2005). Por isso é a que exige mais vigilância e maiores cuidados de saúde. As parturientes que estavam já na fase de transição (prestes a ocorrer o nascimento), quando deram entrada na maternidade, pertenciam todas ao grupo SPPN, correndo assim vários riscos, quer a mãe, quer o bebé. Poderá, eventualmente estar aqui presente um desconhecimento ou incapacidade de apreensão da informação durante as consultas de vigilância da gravidez ou ainda o *stress* e o medo associados às contracções incapacitando-a de agir, fazendo com que recorra tardiamente à

maternidade. A mulher que faz PPN sabe o que tem a fazer e evita a ida à maternidade por um falso alarme ou exageradamente tarde.

Graça (2005), diz-nos que a morbilidade e mortalidade perinatais estão aumentadas no parto que ocorre precipitadamente. Bobak et al. (1999) também refere que podem ocorrer complicações fetais tais como hipóxia e hemorragia intracraniana. Já segundo Oxorn (1989) e Graça (2005), um prolongamento da fase activa pode levar a um número mais elevado de partos distócicos (*fórceps*, ventosas e cesarianas) e a lesões fetais ou mesmo à morte fetal.

A fase activa do trabalho de parto tem um ritmo e duração mais previsíveis que a fase lactante (Oxorn, 1989). Segundo Bobak et al. (1999) e Graça (2005), a fase activa dura em média cinco horas, sendo que, na nossa amostra, a média é de 4:27 horas. No entanto, no grupo CPPN, a média de duração da fase activa, é realmente mais baixa (3:02 horas) comparativamente com o grupo SPPN que revela 5:40 horas de média. As parturientes com mais de 8 horas de fase activa do trabalho de parto encontravam-se no grupo SPPN. A PPN parece ter efeito a nível da duração da fase activa do trabalho de parto, provavelmente devido às grávidas estarem menos tensas, fazerem uso de uma ventilação correcta promovendo assim uma melhor circulação sanguínea e relaxamento muscular permitindo uma contractilidade uterina mais eficaz, obtendo uma dilatação rápida e controlada do colo do útero, enquanto que as mulheres não preparadas podem entrar em esgotamento pela débil condição física e por não saberem aproveitar as suas próprias forças, gastando energia com movimentos e contractilidade de músculos não necessários ao trabalho de parto.

Dados idênticos, de quase metade do tempo de duração da fase activa do trabalho de parto foram encontrados nos estudos de Frias, Chora & Lopes

(2007) e Frias & Franco (2008b). O estudo de Cunha (2008), embora considere as primíparas e múltiparas e se refira ao tempo total de demora do trabalho de parto, confirma também uma diminuição da demora desta fase nas mulheres que realizaram PPN.

Parece estar aqui evidenciada a importância da aprendizagem, nos Cursos de PPN, não só das alterações anatómicas e fisiológicas na gravidez e trabalho de parto, incluindo os sintomas e sinais de início de trabalho de parto, do momento ideal de ida para a maternidade, como dos exercícios de relaxamento e ventilação que tomam a mulher menos tensa, com uma ventilação correcta, permitindo que o útero se encontre devidamente oxigenado e “trabalhe” a um ritmo capaz e com uma eficiência que permita uma demora da fase activa do trabalho de parto menor, mas não de risco.

O estudo de correlação entre a percepção da dor e o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto, demonstrou haver correlação positiva significativa ($r=0,355$; $N=384$; $p=0,000$), mostrando que a percepção da intensidade da dor é maior, quanto mais demorada é a fase activa do trabalho de parto. A dor e a ansiedade podem reduzir a libertação de oxitocina havendo uma contractilidade uterina menos regular e uma maior duração do trabalho de parto. Este aumento do tempo do trabalho de parto cria mais ansiedade e mais dor, crescendo este ciclo e descontrolando a parturiente. É, sem dúvida, importante eliminar ou reduzir essa ansiedade e a insegurança, o que poderá ser feito através da Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento.

Na comparação dos dois grupos (CPPN e SPPN), quanto ao tempo de demora da fase activa de trabalho de parto, encontramos diferenças estatisticamente muito significativas ($p=0,000$), sendo a duração do tempo da

fase activa menor nas primíparas do grupo CPPN. Embora se encontrem poucos estudos sobre a PPN e a duração da fase activa do trabalho de parto, verificamos no estudo de Frias et al. (2007) e Frias & Franco (2008b), que o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto é menor nas grávidas que realizaram a PPN. No estudo de Cunha (2008), em grávidas que realizaram preparação, constatou-se que o tempo de demora de todo o trabalho de parto foi de cerca cinco horas em 42% das parturientes e o de Freitas & Freitas (1996), de 6 horas, embora fossem consideradas, nestes estudos, as primíparas e as multíparas.

O estudo da correlação entre a percepção da experiência de parto e o tempo de demora, demonstrou que existe correlação positiva significativa. Quanto mais negativa é a percepção do controlo da experiência do parto (menos relaxadas, mais medo, mais ansiedade) mais demorado é o trabalho de parto. Também os estudos de Garcia & Garcia, (1955); Kelly, (1962) e Levinson & Shnider, (1979), referidos por Hurtado et al. (2003), demonstraram que as mulheres com mais ansiedade e medo têm um aumento de catecolaminas, nomeadamente a noradrenalina, que provoca alterações da contractilidade uterina e da dilatação do colo do útero, causando um prolongamento do trabalho de parto. O *stress* leva também ao aumento de catecolaminas. Por outro lado, o estudo de Garcia & Garcia em 1955, referido anteriormente, evidencia níveis mais altos de catecolaminas em mulheres com um trabalho de parto complicado.

Pensando que nas grávidas que realizam PPN há uma diminuição da ansiedade e do medo e conseqüentemente uma baixa de catecolaminas na circulação sanguínea, há também um parto mais fisiológico e menos prolongado. Este parece ter sido o caso das grávidas do estudo que realizaram PPN.

A utilização de analgésicos, durante o trabalho de parto, pode também interferir na sua duração. Segundo Burroughs (1995), se o analgésico é administrado muito cedo, por exemplo na fase latente, pode atrasar o trabalho de parto. No actual estudo encontramos um predomínio dos partos eutócicos no grupo CPPN (63,2%) e dos partos distócicos (ventosas 86% e fórceps 85,7%) no grupo SPPN. No grupo CPPN tivemos um total de partos eutócicos de 89,9% e cerca de 10% de distócicos. No grupo SPPN há um predomínio dos partos por ventosa e fórceps (55,1%), talvez porque as grávidas que realizam PPN, tornam-se mais participativas no trabalho de parto, aprendem a “fazer força” para o momento da expulsão do bebé, estão mais descontraídas e relaxadas, suportam melhor as dores. Encontram-se mais preparadas, pois todos estes aspectos são treinados nas aulas de PPN.

O medo da dor e o facto da mulher não estar preparada psicologicamente para o parto, podem ser factores de aumento da ansiedade, pelo menos na primeira fase do trabalho de parto, predizendo maior duração e mais partos instrumentais (*fórceps* e ventosas). Nos resultados obtidos verificamos que há, realmente, mais partos eutócicos no grupo CPPN e há diferenças muito significativas entre os dois grupos. Martins (2002), reforça a ideia quanto à existência de relação entre o funcionamento psíquico e o fisiológico, no que se refere ao medo, à produção de catecolaminas e ao efeito sobre o processo do parto e tipo de parto.

O estudo da associação entre o tipo de parto e o controlo da experiência do nascimento, revelou que existe associação significativa. Também a correlação entre o tipo de parto e o controlo da dor demonstrou ser forte e muito significativa. Parece-nos estar aqui evidente o aumento da ansiedade, do medo

e até das preocupações causadas pelos partos instrumentais, (*fórceps* e ventosas) contribuindo para uma experiência mais negativa e um menor controlo da experiência do parto. Os estudos de Loureiro et al. (2008), embora com escalas diferentes das utilizadas no nosso estudo (avalia o auto controlo, a auto confiança, o conhecimento e a satisfação com o parto), concluíram que as mulheres com parto eutócico referiram uma experiência mais positiva do parto e menos preocupações. As submetidas a partos distócicos (*fórceps* e ventosas), referiram uma experiência menos positiva e mais preocupações.

Quase 94% das grávidas que realizaram PPN não fizeram analgésicos endovenosos (EV) ou intramusculares (IM). Por outro lado, 90% das primíparas, que referiram terem-lhes sido administrados analgésicos, pertenciam ao grupo SPPN. As diferenças encontradas são significativas apontando para maior utilização de analgésicos por parte das primíparas SPPN, evidenciando também mais medo e algum descontrolo, possível de observar através da análise de alguns itens das escalas utilizadas no estudo (LAS8; LAS22; CPQ4; CPQ18; CPQ26; CPQ33; PPQ2 e PPQ3). Estes dados sugerem o descrito por Vellay (1998), quando afirma que a dor é influenciada por factores psicológicos, tais como o medo e a tensão, que levam muitas vezes a alterações comportamentais de descontrolo e desespero. Estes comportamentos exigem frequentemente o recurso à analgesia EV ou IM. Também estudos anteriores (Frias et al., 2007, Frias & Franco, 2008b) comprovam que há menor utilização de medicamentos para alívio da dor nas parturientes que realizaram a PPN. O estudo de Freitas & Freitas (1996), onde eram avaliadas primíparas e múltiparas, não encontrou diferença estatística entre o grupo CPPN e SPPN em relação à analgesia, mas as parturientes do grupo SPPN solicitaram mais frequentemente o seu uso.

No que diz respeito ao índice de Apgar, optou-se por determinar o valor médio, máximo e mínimo. Ao 1.º e ao 5.º minuto varia, na amostra, entre 1 e 10. No grupo CPPN, os índices de Apgar mínimos e médios são superiores aos do grupo SPPN. Encontramos, realmente, bebês com pouca vitalidade mas todos eles no grupo SPPN, assim como em situação de depressão grave (IA=1). Segundo Graça (2005), a asfixia grave tem como resultado inúmeras lesões em vários órgãos, com maior incidência ao nível do cérebro e do rim, sendo que hoje é aceite, com base nos conhecimentos actuais, que muitas destas lesões se estabelecem antes do parto. Ocorrem fundamentalmente como resultado duma redução das trocas gasosas entre os compartimentos materno e fetal.

A quase totalidade dos recém-nascidos do grupo CPPN, apresentaram valores de índice de Apgar iguais ou maiores que oito (boa vitalidade), provavelmente fruto de uma boa oxigenação *in útero* aprendido com o treino de vários tipos de ventilação nas aulas práticas da PPN e colocado em prática durante o trabalho de parto. Dados idênticos foram obtidos em estudos anteriores de Cunha (2008), Freitas & Freitas (1996), Frias et al. (2007) e Frias & Franco (2008b). A média do índice de Apgar é maior ($\bar{x}=9,03$) no grupo CPPN e há diferenças significativas nas médias dos índices de Apgar nos recém-nascidos ao 1.º minuto entre os grupos CPPN e SPPN. Já ao 5.º minuto não há diferenças significativas na média do índice de Apgar entre os dois grupos.

O índice de Apgar é utilizado como critério para determinar condutas na sala de partos nos cuidados imediatos ao recém-nascido, nomeadamente, o início de manobras de reanimação. Nenhum dos recém-nascidos das primíparas do grupo CPPN necessitou de reanimação o que pode estar relacionado com a boa oxigenação útero-placentária, resultante dos exercícios respiratórios

efectuados pela parturiente durante o trabalho de parto e também devido à colaboração da mãe no período expulsivo. A PPN facilita a descida e a expulsão do feto, apressa o nascimento do bebé e permite, através da ventilação feita pela mãe, à criança obter uma boa oxigenação tecidual. Através da utilização deste método, o bebé deixa de estar exposto aos traumatismos subjacentes a um parto doloroso e não participado (Couto, 2003; Frias, 2008).

5.2.2. Percepção da Experiência do Nascimento e Controlo da Dor

Na tentativa de explorar a percepção que as primíparas têm da experiência do nascimento, aplicamos três escalas (LAS, CPQ e PPQ) e verificámos que as mães obtiveram valores da média de respostas à Escala *Labour Agency Scale* (LAS) que vão de encontro a uma percepção do controlo, durante a experiência do nascimento, bastante positiva ($\bar{X}=94,87$). Dados idênticos foram obtidos no estudo de Bramadat (1990). Há diferenças significativas entre as médias da LAS dos grupos CPPN e SPPN. O grupo CPPN tem uma média mais baixa ($\bar{X}=87,30$) correspondendo assim a uma experiência mais positiva. Relativamente ao item LAS3 "senti-me satisfeita com o meu desempenho", ao LAS6 "tive um sentimento de sucesso", LAS11 "mantive-me controlada", LAS12 "senti-me vitoriosa" e LAS18 "senti-me competente", todas elas apresentam valores de média mais baixa no grupo CPPN o que revela uma maior satisfação com a experiência do nascimento.

Relativamente à Escala *Childbirth Perception Questionnaire* (CPQ), também se verificou uma percepção da experiência do nascimento positiva, que está de acordo com os estudos de Bramadat (1990), sendo mais elevada no

grupo que realizou a PPN ($\bar{X}=124,21$). Existem diferenças significativas entre as médias da Escala CPQ nos grupos CPPN e SPPN.

A terceira escala, *Postpartum Perception Questionnaire* (PPQ), mostrou-nos que a média das respostas também é mais elevada ($\bar{X}=32,42$) nas puérperas que frequentaram o curso, revelando uma percepção da experiência pós-parto bastante positiva. Há diferenças significativas na média da CPQ entre as primíparas que tiveram aulas de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento e as que não tiveram. A média à resposta ao item PPQ1 é mais elevado no grupo CPPN (é mais positiva toda a experiência vivida no trabalho de parto), assim como a PPQ3 que refere “tive muito controlo durante o trabalho de parto”.

Relativamente à intensidade da dor, na amostra, os valores sugerem que a dor do trabalho de parto foi bastante, o que está de acordo com o estudo de Costa et al. (2003), onde foram descritos níveis elevados de dor durante o trabalho de parto. Os estudos de Melzack & Wall (1987), apesar de utilizarem uma escala diferente, a escala da dor de McGill⁴², obtiveram resultados semelhantes. De acordo com os referidos autores, a dor do trabalho de parto é a mais intensa de todas as que foram avaliadas pelo questionário de McGill e revelam que a média da dor do trabalho de parto era elevada e muitas mulheres referiam o trabalho de parto como horrível e extenuante, mas os valores individuais variavam muito: algumas primíparas descreviam o parto como fácil, quase sem dor, outras declararam a experiência como muito difícil. Ao parto esteve sempre associada dor, sofrimento e, portanto, algo indesejável. Pela sua subjectividade, a dor é considerada como um fenómeno complexo e difícil de

⁴² . Questionário de McGill, elaborado por Melzack e MacGill, fundamenta-se na adjectivação pormenorizada da dor e destina-se a determinar as suas propriedades.

compreender. É universal, multidimensional, varia entre os indivíduos e é influenciada por vários factores, nomeadamente o conhecimento, a cultura e a experiência pessoal.

Relativamente à PPN, verificamos que a intensidade da dor, medida através da *Escala Visual*, é bastante menor ($\bar{X}=4,6$) nas primíparas CPPN, que nas primíparas SPPN ($\bar{X}=7,8$). Em relação à dor sentida e apresentada na *Escala Verbal*, no grupo CPPN não houve registo de dor “pior possível” e 12,4% referiram não ter tido dor. No grupo SPPN, durante o trabalho de parto, a maioria das primíparas (48,8%) referem uma dor “intensa” e 30,9% referem dor “pior possível”. De salientar que nenhuma referiu não sentir dor. Estes valores sugerem, de um modo geral, alguma dificuldade do grupo SPPN em lidar com a dor. Sabemos que diversos factores influenciam a intensidade da dor, entre eles, os factores psicológicos, funcionais e emocionais (Vellay, 1998) e talvez aqui estejam presentes os medos e as informações incorrectas que lhe são transmitidos desde criança e evidenciados durante a gravidez. Porventura estas mulheres não tiveram a possibilidade de esclarecer as suas dúvidas e medos nem a possibilidade de aprender as técnicas de auto-controlo, nomeadamente o relaxamento e a ventilação. Encontramos diferenças significativas entre a média da dor nos grupos CPPN e SPPN. As respostas à *Escala Verbal da dor* dependem das primíparas terem tido ou não PPN.

Ao analisarmos as respostas dadas à Escala CPQ⁴³, nomeadamente o factor “lidar com a dor” no CPQ36 e CPQ33, regista-se que muitas se envergonharam com o seu comportamento na sala de partos e usaram

⁴³ De acordo com Bramadat, as 36 variáveis da escala CPQ podem ser organizadas em quatro factores, nomeadamente: apoio do companheiro; apoio da enfermagem; lidar com a dor e utilização de intervenções médicas mais mecanizadas. O factor lidar com a dor foi contemplado, nesta discussão, pela sua pertinência na temática investigada.

analgésicos ou anestésicos. Que ficaram imobilizadas com as contracções (CPQ4) e que tiveram medo de entrar em pânico (CPQ15). Estes valores sugerem, de um modo geral, alguma dificuldade em lidar com a dor por parte das primíparas. No grupo CPPN, os valores da média dos CPQ invertidos, referentes à dor, tais como: CPQ4 " fiquei imobilizada com as contracções", o CPQ18 "senti uma dor intensa", o CPQ26 " as dores das contracções foram agonizantes" e o CPQ33 "utilizei anestésico ou analgésicos", são superiores aos do grupo SPPN (quanto maior o valor, mais controlo). A resposta ao PPQ2 (como reagiu à dor do trabalho de parto), revela-nos que as primíparas do grupo CPPN, com uma média superior ($\bar{X} = 5,16$), reagiram melhor que as do grupo SPPN ($\bar{X} = 3,97$). Estes dados sugerem o descrito por Vellay: no trabalho de parto, a dor é influenciada por factores psicológicos, tais como o medo e a tensão, que levam, muitas vezes, a alterações comportamentais de descontrolo e desespero.

Constatou-se, através dos estudos anteriores (Frias & Franco, 2008b), que a Preparação para o Nascimento, pelo Método Psicoprofiláctico, influencia a forma de lidar com a dor. Os estudos de Freitas & Freitas (1996) e Cunha, (2008) apresentam percentagens elevadas, 89% e 90% respectivamente, de mulheres que não tiveram dificuldade no controlo da dor. Estudos demonstram que as mulheres que tiveram PPN não referem diminuição da dor, mas mais capacidade de controlo e maior satisfação no nascimento, do que as que não tiveram essa preparação (lowdermilk, 2008). Para Callister, Khalaf, Semenic, Kartchne, & Vehvilainen-Julkunen (2003), as variações na percepção da dor estão associadas à confiança que a parturiente tem para a suportar e na Preparação para o Nascimento, pois a percepção da dor depende das

expectativas anteriores com ela relacionadas. Também o estudo retrospectivo (até 48 horas pós-parto) das experiências de dor de McCrea & Wright (1999), em que o principal objectivo foi examinar a influência do controle pessoal sobre a satisfação das mulheres com o seu alívio durante o trabalho de parto, evidenciou que os sentimentos de controlo pessoal, influenciaram positivamente a satisfação das mulheres com o alívio da dor. Também as mulheres que se mostraram satisfeitas com a experiência do parto, demonstram capacidade para lidar com o *stress*, ansiedade e com a dor inerente ao trabalho de parto, situação que corrobora o estudo de Thune-Larsen & Pederson (1988).

Algumas investigações sobre variáveis psicológicas e sociais, demonstram que são vários os factores que interferem no bem-estar psicológico durante o trabalho de parto (Hurtado et al., 2003), assim como as diferentes estratégias ensinadas na PPN permitem diminuir o “mal-estar psicossomático”, como a ansiedade, tensão, medo, dor, entre outros (Demyttenaere , Maes, Nijs, Odendael, & Van-Assche, 1995; Frias, 2008; Van-Zuuren,1998). No estudo que Hurtado et al., realizaram, em 2003, a 138 grávidas que frequentaram o Curso de Preparação para o Nascimento, concluíram que o uso de estratégias aprendidas durante o curso, permitiu um bom controlo do “mal-estar psicossomático” obtendo os seguintes resultados: 59% das mulheres analisadas manifestaram que puderam controlar bastante o “mal-estar”. Concluíram, ainda, que a técnica mais eficaz foi a ventilação (40%), seguida da combinação da ventilação e relaxamento (32%). O estudo de Loureiro et al. (2008), revela que, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, são as puérperas com PPN que apresentam maiores índices de relaxamento. A necessidade da parturiente estar descontraída é reconhecida por vários estudos.

Frider, Kopare, Gaston-Johansson & Turner (1988) num desses estudos realizados sobre os factores associados à intensidade da dor, identificaram as mulheres que sentiam mais dores durante o trabalho de parto e relacionaram este facto com as mulheres que estavam menos descontraídas.

No que diz respeito ao cruzamento da variável Score da Escala *Labour Agency Scale* (LAS_Score) e da *Escala Visual*, verificamos que existe correlação significativa entre a experiência de controlo no trabalho de parto e a dor percebida pelas primíparas. É uma correlação positiva, logo, à medida que aumenta a dor, há menos controlo da experiência do trabalho de parto. Por isso, quanto melhor a parturiente conseguir controlar a dor sentida, através das técnicas aprendidas na PPN, nomeadamente o relaxamento e a ventilação correcta, mais positiva será a percepção da experiência do nascimento. Corroboram esta ideia autores como Frider et al (1988), McCrea & Wright, (1999) e Loureiro et al. (2008).

No presente estudo constatámos que o Método Psicofilático influencia positivamente a percepção da experiência do nascimento e o controlo da dor, em todas as escalas analisadas. Estar envolvida na tomada de decisões e o uso da ventilação e relaxamento aprendidos no Curso de PPN é fundamental para esse controlo e para a satisfação com a experiência de nascimento.

A PPN cria, na mulher, expectativas realistas de modo a que a mulher tenha a informação necessária sobre o desenrolar do trabalho de parto. Niven (1988), afirma que a dor é mais elevada nas mulheres que apresentam expectativas irrealistas a respeito do parto. As que apresentam expectativas mais realistas, são as que fizeram PPN, apresentando também um maior controlo e participação em todo o decorrer do trabalho de parto. A PPN é crucial

para alcançar o controlo da dor, o que permite uma maior satisfação da experiência. Existem também evidências demonstradas sobre a associação positiva entre a educação pré-natal realizada através da PPN, e a diminuição do medo e o aumento da satisfação na experiência do parto (Hurtado et al., 2003).

5.2.3. Envolvimento Emocional Mãe/Bebé

A análise dos dados da Escala *Bonding*, mostra-nos que as mães da nossa amostra, na sua maioria, apresentam um elevado envolvimento emocional pois apresentam um “*Bonding Positivo*” com uma média de 7,63. As investigações desenvolvidas por Risk, et al. (2001), comprovaram que muitas mães mencionam sentimentos de afeição para com filho logo no primeiro contacto. Verificamos, também, na amostra um “*Bonding Negativo*” com uma média baixa ($\bar{X}=0,52$), assim como o “*Bonding Not Clear*” ($\bar{X}=2,01$). Podemos afirmar que a dimensão que avalia estes dois últimos “*Bonding*” está pouco presente. Os resultados obtidos revelam que as mães se apresentam afectuosas, alegres e protectoras, que são as emoções correspondentes ao “*Bonding Positivo*”. As restantes emoções correspondentes ao “*Bonding Negativo*” (desiludida, ressentida, desgostosa, agressiva, zangada e triste) e ao “*Bonding Neutro*” (neutra ou sem sentimentos, possessiva e receosa) estão praticamente ausentes. Estes resultados vão, assim, ao encontro dos de outros estudos, nomeadamente de Figueiredo (2003); Figueiredo *et al* (2005) e os de Frias & Franco (2008a).

Embora utilizando outra escala, também Coutinho et al. (2008) demonstrou, na análise descritiva da escala de qualidade da vinculação mãe/filho, aplicada ao

2.º dia após o parto, a 317 puérperas em vários hospitais da região centro, que a maioria (51,8%) das mães em estudo, tinham uma qualidade de vinculação alta com o filho, no entanto em 33,5% a relação era fraca e as restantes apresentavam uma relação moderada.

Comparando os grupos CPPN e SPPN, ainda que os resultados destes estudos fossem surpreendentes, relativamente ao facto de haver diferenças no “*Bonding* Positivo” e não haver diferenças nos “*Bonding* Negativo” e no “*Bonding* Neutro”, as médias do “*Bonding* Positivo” do grupo CPPN ($\bar{X}=7,82$), são maiores que as do grupo SPPN ($\bar{X}=7,46$), logo, as emoções “protectora”, “alegre” e “afectuosa” estão mais presentes nas mães do grupo CPPN. A média no “*Bonding* Negativo” é mais baixa no grupo CPPN ($\bar{X}=0,40$), o que demonstra que emoções sentidas pela mãe, tais como: “desiludida”, “ressentida”, “desgostosa”, “agressiva”, “zangada” e “triste” estão menos presentes. Também no “*Bonding* Total”, não aparenta haver diferenças significativas entre os grupos, com uma média de 5,33 para o grupo CPPN e de 4,90 para o grupo SPPN, mas há um melhor envolvimento emocional da mãe com o filho no grupo CPPN, embora não significativo.

Eventualmente a PPN permite que a mulher se sinta mais participativa nas decisões do parto e menos cansada e isto se reflecta nas emoções do “*Bonding* Positivo” (alegre, afectuosa e protectora) mas não nas emoções negativas tais como desiludida, ressentida, desgostosa, agressiva, zangada e triste. Estes resultados são interessantes e permitem-nos pensar que quem faz PPN tem benefícios, mas quem não tem a possibilidade ou a vontade de a realizar não prejudicará o bem-estar do seu filho, pelo menos no que se refere ao envolvimento emocional imediato mãe/filho.

Encontramos situações de primíparas com um “*Bonding Pobre*” (4,7%) mas mais elevado no grupo SPPN (2,9%). Esta situação também ocorre com o “*Bonding Total Ausente*” em que a incidência de casos no grupo SPPN é o dobro dos que ocorrem no grupo CPPN. Poderá existir aqui alguma dificuldade da mãe em se ligar de imediato emocionalmente ao recém-nascido, porventura devido a partos dolorosos e difíceis e também devido ao cansaço resultante de todo o trabalho de parto. Estes valores são idênticos aos do estudo de Figueiredo et al. (2005) e de Frias & Franco (2008a). Estes casos levam-nos a reflectir sobre a necessidade de identificar tais situações e encontrar estratégias para melhorar a relação da mãe com o filho permitindo cuidados de qualidade e evitar repercussões futuras. Durante a gravidez, a mãe adquire as condições necessárias à interacção e aos cuidados do bebé. Nomeadamente cria o tal “espaço mental”, referido por Stern (1997) e por Figueiredo et al. (2005), para receber o recém-nascido. Porventura a Preparação para o Nascimento ao proporcionar o aumento dos conhecimentos, das capacidades de enfrentar o medos e as ansiedades, assim como o aumento da auto estima, facilita esta relação.

No que diz respeito ao cruzamento da percepção da dor e do envolvimento emocional, verificamos que não existe correlação significativa entre percepção da dor e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido o que não está de acordo com o referido por Burroughs (1995), quando menciona que o controlo ou diminuição da dor do trabalho de parto, proporciona um relacionamento mais positivo com a criança, eleva a auto-estima e fortalece o envolvimento emocional da mãe com o bebé. Parece-nos evidente aqui o ditado “dores paridas, dores esquecidas” pois após o nascimento surge o alívio da dor e muitas vezes a dor

de parto é facilmente “esquecida”. As puérperas referem uma sensação de paz e de excitação. Há, normalmente, urgência em tocar e ver o bebé e o testemunho de mulheres que referem ter esquecido as dores do parto no momento em que vêem o filho. A alegria é muita, experimentam-se sentimentos e emoções novas e a dor é esquecida, não interferindo no envolvimento emocional com o recém-nascido.

Embora não exista correlação entre a percepção da dor e o envolvimento emocional da mãe com o bebé, tivemos a intenção de verificar se a percepção do controlo da experiência do trabalho de parto traz repercussões nesse envolvimento e encontramos uma correlação negativa, ou seja, à medida que o valor da LAS aumenta (percepção da experiência mais negativa), diminui o “*Bonding Total*” (menos envolvimento emocional). Se a primípara tem uma participação mais activa, se está motivada, tem conhecimento do que está a acontecer, se aplica as técnicas de relaxamento e ventilação, irá ter um controlo maior da dor e estará mais satisfeita com o seu desempenho, sentindo-se mais disponível para estabelecer a relação com o filho.

Um estudo recente de 185 mulheres com experiência de dor no trabalho de parto, demonstrou que a dor pode provocar desequilíbrio psicológico, estando fortemente relacionada com a depressão, especialmente logo após o parto e interfere na relação mãe/filho, dificultando-a (Hiltunen, et al, 2004). Também Graça (2005), salienta “a dor do trabalho de parto pode ser vivida como uma experiência desagradável. Pode inclusivamente determinar perturbações emocionais no pós-parto, nalguns casos, afecta a relação mãe/filho” (p.318). Outros factores podem ter interferência na qualidade das experiências emocionais no puerpério. De salientar o ajustamento psicológico da mulher à

maternidade. O *stress* da gravidez e parto, o pouco apoio por parte do companheiro/família, a relação com a figura materna, entre outros, pode ser desencadeante da depressão pós-parto (Canavarro, 2008; O'Hara, 1997), condicionando o envolvimento mãe/filho.

Estudos de Robson & Kumas (1980) e Figueiredo (2005), revelam que algumas mães sentem indiferença para com o bebé no primeiro contacto, estando esta situação associada a partos difíceis ou dolorosos. A hormona oxitocina provoca sentimentos de protecção e proporciona à mãe um efeito tranquilizador e de bem-estar. A dor, o receio e a ansiedade pode diminuir a libertação desta hormona (Cordero, García & Gámez, 2005; Gomes Pedro, 2005) interferindo na relação mãe/recém-nascido.

Diríamos, então, que os resultados da Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento são favoráveis. Estes efeitos estiveram mais associados aos resultados maternos, salientando-se o menor uso de analgésicos, menor tempo de demora da fase activa do trabalho de parto, mais parto eutócico e maior controlo da dor. Destaca-se, ainda, o aumento na satisfação materna com a experiência vivida durante o trabalho o parto, revelando uma percepção da experiência bastante positiva, o que é congruente com os objectivos da Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, surgindo, assim, como factor de aprendizagem uma vez que a experiência desenvolvida nas aulas vai preparar a grávida para o processo do nascimento.

A partilha de saberes nos grupos de Preparação para o Nascimento, a grávida sentir-se escutada e compreendida faz com que aumente a auto-estima e a crença de autoconfiança na sua capacidade de enfrentar os medos e as ansiedades, identificando as estratégias mais adequadas para os resolver na

vivência da gravidez, parto e puerpério. Neste domínio, a Preparação para o Nascimento, nas suas mais variadas concepções, consiste numa ligação entre a grávida e o profissional de saúde de modo a melhorar a colaboração desta no nascimento, assim como a qualidade de vida da mãe e do bebé. Os autores Couto (2003); Cunha (2008); Freitas & Freitas (1996); Frias et al. (2007); Frias & Franco (2008a) e Frias & Franco (2008b), apontam uma influência positiva da Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, nas várias variáveis estudadas. Por outro lado, no actual estudo, os resultados na relação mãe/filho, parecem não ser directamente influenciados por esta intervenção. O envolvimento emocional que as primíparas do grupo CPPN têm com o seu bebé, é mais elevado, mas não há diferenças significativas das primíparas do grupo SPPN, ou seja, a PPN não parece influenciar esta variável.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontrou-se através da pesquisa bibliográfica, por experiência profissional, motivação pessoal e por se tratar de uma tema actual e pertinente o objecto do estudo: o Método de Preparação Psicoprofiláctica. Este estudo teve como objectivo fundamental contribuir para uma melhor compreensão do processo de Preparação para o Nascimento, pelo Método Psicoprofiláctico, e suas implicações no bem-estar materno e fetal. O presente estudo foi conduzido com o intuito de perceber a forma como o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato são vivenciados pela generalidade das mulheres, nomeadamente em termos da satisfação do nascimento, controlo da dor e envolvimento emocional mãe/recém-nascido.

A Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, não terá razão de existir se não for possível apresentar provas evidentes da importância da sua utilização. Pensamos que o processo do nascimento deverá ser desmitificado para que não seja feito de momentos de angústia de medo e de dor. O nascimento de um filho, principalmente, o primeiro filho, é um acontecimento que exige recurso a uma ajuda exterior e a Preparação para o Nascimento pretende mobilizar e desenvolver capacidades da grávida, da família e dos que a rodeiam para fazer face ao acontecimento, resolver as dificuldades, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos e sociais de que

dispõe. A Preparação para o Nascimento pelo Método Psicoprofilático, é entendida como um conjunto de informações, cuidados, técnicas e treinos, num processo ensino aprendizagem, que proporcionam à mulher/casal capacidades para conviver com as modificações/desafios que a parentalidade implica e que estão presentes nesta fase do desenvolvimento humano.

A dor, é um fenómeno complexo, talvez uma das experiências mais temidas, cuja vivência afecta a vida do ser humano no mundo inteiro. O seu estudo remota à antiguidade grego-romana, mas as últimas décadas têm sido decisivas para o controle efectivo da mesma (Cunha, 2002).

Para a generalidade das mulheres, a experiência de parto associa-se a níveis significativos de dor, tal como foi mostrado em diversos estudos (Figueiredo, 2001; Figueiredo, et al., 2002; Leventhal et al., 1989; Melzack & Wall, 1987; Thune-Larsen & Pedersen, 1988). Como descrito anteriormente, no referencial teórico, o significado pessoal da dor resulta das experiências ao longo da vida. Este significado provém das experiências individuais e sócio-culturais de cada pessoa. Cada pessoa experimenta e expressa a dor de forma única e acrescenta significados ou explicações pessoais às suas experiências de dor. Recordando Kitzinger (1995) e Maldonado (1997) o trabalho de parto reflecte valores sociais e culturais. A forma como a mulher em trabalho de parto percebe o parto e controla a sua dor, depende de toda a realidade psicossomática que a envolve e que a influencia.

A Preparação Psicoprofilática para o Nascimento fornece o estímulo (encorajamento) específico para lidar com a dor, havendo menor utilização de analgésicos e menos mulheres a evidenciar situações de cansaço, de dor insuportável ou de pânico. Hodnett & Osborn (1989) afirma que manter o

controle é uma necessidade básica do indivíduo e que não perder o controle é um dos componentes principais da satisfação materna face à experiência do nascimento. Segundo McCrea & Wright (1999) a sensação da parturiente de ter controle, influencia a percepção da dor, se a mulher se sente capaz de controlar a dor a sensação de dor diminui porque a auto-confiança aumenta Para Callister, et al. (2003). Uma maior participação da mulher no trabalho de parto está associada ao controle durante trabalho de parto. Este controle pessoal influencia o nível de satisfação da experiência do parto.

O envolvimento emocional da mãe com o filho foi sem dúvida um desafio mas constituiu um tema de pesquisa e investigação muito interessante. A interação mãe/filho, é uma das bases mais importantes em que o desenvolvimento da criança assenta. Esta interacção que já existe durante a gravidez continua após o parto. O bem-estar emocional da mãe também influencia o bem-estar do feto (Mendes, 2002). A qualidade da interacção que se estabelece entre mãe e filho tem repercussões nas vivências de ambos, e também em toda a família. Bowlby, afirma que o bebé adquire modelos no processo de interacção com a mãe e para se conseguir um processo de interacção bem sucedido a mãe deve estar desperta e disponível para os sinais e necessidades do bebé. Entre ele, ocorre uma troca de sentimentos caracterizada pela atracção, pela reciprocidade e pela necessidade de proximidade. Há vários efeitos do desenrolar do trabalho de parto e questões emocionais, fruto das mudanças hormonais, que interferem na disponibilidade para o envolvimento emocional da mãe ao filho (Figueiredo, 2005). O estudo da relação mãe/filho permitiu-nos conhecer o investimento afectivo dos pais, no

período imediato ao parto e a importância do profissional de saúde estar atento ao envolvimento emocional da díade/tríade.

A linha estratégica que orientou a elaboração desta investigação resume-se nas seguintes questões:

- A realização do Curso de Preparação para o Nascimento, segundo o Método Psicoprofiláctico, influencia a percepção do controlo da experiência do trabalho de parto, o controlo da dor e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido?

- A realização do Curso de Preparação para o Nascimento segundo o Método Psicoprofiláctico, influencia as variáveis obstétricas e neonatais (indução do trabalho de parto, uso de analgésico, duração do tempo da fase activa do trabalho de parto, tipo de parto e índice de Apgar do recém-nascido)?

- Existe relação/associação entre as variáveis percepção da experiência do parto, controlo da dor e envolvimento emocional entre si e entre estas e as variáveis obstétricas e neonatais?

Respondemos a estas interrogações, sintetizando os resultados:

- Responderam ao questionário 385 puérperas, que efectuaram parto por via vaginal, sem epidural; realizaram o Curso de PPN 178 grávidas (46%) e 207 não o fizeram (54%). O momento eleito para o nascimento situa-se perto dos 30 anos.

- Há diferenças significativas nos escalões das idades entre os grupos CPPN e SPPN. As mulheres mais novas (idade inferior a 25 anos) pertencem ao grupo SPPN. O grupo etário que apresenta mais mulheres que realizaram PPN é o dos 25 aos 29 anos.

- Há diferenças no estado civil das mulheres nos grupos CPPN e SPPN. O maior número de solteiras pertence ao grupo SPPN.
- Quando consideramos as habilitações literárias, encontramos diferenças significativas nas habilitações académicas entre os grupos CPPN e SPPN. As primíparas do grupo CPPN apresentam grau académico superior ao grupo SPPN.
- Há diferenças significativas quanto ao acompanhamento das parturientes. Das mulheres que não estiveram acompanhadas no parto, a maioria não fizeram PPN.
- Há diferenças significativas nas induções do trabalho de parto. As mulheres com PPN têm mais trabalho de parto espontâneo. Há mais induções nas mulheres que não realizaram PPN.
- Há diferenças significativas no uso de analgésico. As primíparas do grupo CPPN fazem menos analgésico. O que corrobora a hipótese colocada.
- Há diferenças significativas na duração da fase activa do trabalho de parto entre os dois grupos. É menor no grupo CPPN (quase metade do tempo de duração). A hipótese colocada é corroborada pelos resultados obtidos.
- Há diferenças muito significativas no tipo de parto nos grupos CPPN e SPPN. A maioria dos partos instrumentais é do grupo SPPN. Os partos eutócicos são mais frequentes nas mulheres que realizaram PPN. A hipótese colocada é aceite pois é corroborada pelos resultados obtidos.
- No índice de Apgar, ao 1.º minuto há diferenças significativas entre os grupos e ao 5.º minuto não. A maioria dos recém-nascidos com índices de Apgar 10 ao 1.º minuto é do grupo CPPN. A hipótese colocada é corroborada pelos

resultados obtidos ou seja a média dos índices de Apgar dos recém-nascidos ao 1.º minuto é mais elevada no grupo CPPN.

De maneira geral, os resultados das mulheres que realizaram a PPN são favoráveis, destacando-se:

- O aumento na satisfação materna com a experiência vivida durante o trabalho de parto, revelando as primíparas deste grupo uma percepção da experiência bastante positiva. Não rejeitamos a hipótese de que as primíparas do grupo CPPN são as que apresentam maior controlo da experiência do nascimento.

- Há diferenças significativas entre os dois grupos, no que se refere à dor. No geral, as mulheres do grupo CPPN apresentam valores médios de intensidade da dor inferiores às do grupo SPPN. Nenhuma das primíparas deste último grupo, registou “não ter tido dor” e todas as que referiram “não sentir dor” pertencem ao grupo CPPN. A hipótese de que as mulheres do grupo CPPN têm um controlo da dor superior as primíparas que não fizeram a Preparação para o Nascimento não é rejeitada.

- Existe um *Bonding* elevado na amostra do estudo e a generalidade das mães tem um envolvimento emocional positivo com o recém-nascido. A PPN não influencia o “*Bonding Total*” mas teve influência sobre o “*Bonding positivo*”, no grupo CPPN apresenta-se mais elevado, contrariamente às primíparas que não realizaram PPN. Relativamente ao “*Bonding Negativo*” não se encontraram diferenças entre os grupos. A hipótese de que as primíparas do grupo CPPN têm um envolvimento emocional com recém-nascido mais positivo não é rejeitada.

Corroborando os dados de estudos nacionais e internacionais que, ao procurar identificar se a PPN intervém na percepção da experiência de parto,

controlo da dor e na interacção mãe/bebé, percebemos que realmente esta tem influência nestas várias variáveis além de na maioria das variáveis obstétricas, também.

Os estudos das correlações/associações permitiram concluir:

- Existe correlação positiva significativa entre a experiência de controlo no trabalho de parto e a dor percebida pelas primíparas: à medida que aumenta a dor, há menos controlo da experiência do parto.
- Não existe correlação significativa entre percepção da dor e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido.
- Existe correlação negativa significativa entre a percepção da experiência do nascimento e o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. O que significa que quanto mais negativa é a experiência do nascimento menor é o envolvimento emocional.
- Existe correlação positiva significativa entre o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto e a percepção da dor. Quanto mais demorada é a fase activa do trabalho de parto maior é a percepção da intensidade da dor.
- Existe correlação positiva significativa entre a percepção da experiência do parto e o tempo de demora da fase activa do trabalho de parto. Quanto mais tempo durar a fase activa do trabalho de parto mais negativa é a percepção do controlo da experiência do nascimento.
- Existe associação forte, estatisticamente significativa entre a percepção da intensidade da dor e o tipo de parto.
- Existe associação estatisticamente significativa entre percepção do controlo da experiência do nascimento e o tipo de parto.

6.1. Implicações Práticas e Limitações

Os resultados obtidos neste estudo pretendem ser pequenos contributos para uma reflexão acerca da experiência do trabalho de parto e as possíveis repercussões que uma percepção negativa da experiência do parto poderá ter no envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido.

Os profissionais de saúde são promotores do bem-estar. É importante forma-los adequadamente para que possam informar os pais, pelas repercussões que a PPN, tem na grávida/família e sociedade.

Esperamos que esta pesquisa possa também trazer contributos para o ensino de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como para estimular os alunos a visualizarem com mais clareza a actuação do enfermeiro nesta área, contribuindo para a excelência dos cuidados e ajudando a prepará-los para a autonomia e para a identidade profissional que a categoria de enfermeiro especialista exige.

Este estudo, ao abordar o fenómeno da PPN e os efeitos a nível da experiência do nascimento, do controlo da dor e na relação mãe/bebé, pretende contribuir para um conhecimento mais alargado desta realidade. Seria interessante a elaboração de um manual de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento, para auxiliar na formação do enfermeiro especialista na área da Saúde Materna e Obstétrica.

A nível da formação da licenciatura em enfermagem os temas como as intervenções não farmacológicas no alívio da dor deverão constituir assuntos a serem desenvolvidos por quem tem o compromisso de ensinar a cuidar do outro

e para que o aluno adquira competências necessárias ao processo de cuidar nesta fase significativa do desenvolvimento humano.

Os resultados anteriormente citados permitem fundamentar recomendações e acções práticas, de modo a surgirem mudanças efectivas e melhorar a vivencia do trabalho de parto e do papel da mãe, através de programas de intervenção dirigidos à grávida e à parentalidade.

É necessária a adopção de medidas preventivas na área da Saúde Materna e Infantil, de modo a combater situações de risco para a mãe e para o bebé, tais como partos prolongados, situações de sofrimento fetal e o número de partos distócicos e de fracasso interactivo mãe/filho.

É necessário planear e executar acções preventivas no sentido de reduzir a ansiedade e o medo e de fomentar expectativas realistas do trabalho de parto, de modo que resultem numa gravidez, parto e puerpério emocional e fisicamente saudáveis, trazendo benefícios simultâneos, não só para os profissionais, mas essencialmente para a tríade mãe/filho/pai.

Possibilitar, a nível dos hospitais e Centros de Saúde, a realização de aulas de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento abrindo assim as portas também às mulheres de nível social mais baixo que não têm poder económico para o fazerem a nível do privado.

É importante a implementação, nos Cursos de PPN, de programas que despertem os pais para as competências interactivas do feto/bebé. É fundamental que a grávida reconheça as suas capacidades, aumente a auto-estima e assim se aperceba e valorize as suas competências como mãe, podendo estabelecer com o bebé interacções mais congruentes e favorecendo o desenvolvimento infantil saudável.

Pensamos que a implementação de Cursos de PPN, para todas as grávidas passa pela sensibilização, não só dos elementos constituintes de organizações, mas também das pessoas e dos profissionais de saúde e educação aos quais nos atrevemos a dirigir e sugerir que:

- Sensibilizem a população para o conhecimento da psicoprofilaxia do nascimento;
- Exijam/frequentem cursos de formação para aprofundar conhecimentos sobre o Método Psicoprofilático;
- Proponham sugestões nas instituições onde trabalham para que se criem condições para a aplicação do Método Psicoprofilático;
- Que, como educadores para a saúde, abordem o tema em acções de educação para a saúde/palestras transmitindo a sua importância e vantagens;
- Sensibilizem outros profissionais de saúde para a sua utilização e aplicação.

Um “olhar” crítico ao concluir obriga, porém, a encontrar limitações que são ao mesmo tempo pistas para investigações futuras.

A metodologia de investigação seleccionada tem limitações que devem ser consideradas. Destacamos a questão da representatividade da amostra que sendo uma amostra de conveniência, os resultados não podem ser generalizados, embora permita fundamentar propostas de intervenção adequadas à realidade em causa.

As respostas às escalas, por dificuldade das primíparas se situarem na escala de Likert, podem ter caído na categoria neutra da escala de avaliação.

Futuras investigações podem ser realizadas associando a metodologia qualitativa, uma vez que seria possível explorar as questões.

Longe de estar encerrado, o estudo aqui apresentado permite esboçar um conjunto de notas que podem constituir pistas de investigação de novos objectos de estudo, ou, também, pistas para um trabalho continuado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1969). Object relationships, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1026.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Walls, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Almeida, A. & Leite-Almeida, H. (2006). Porque é que as emoções controlam a dor? in *Ser Saúde*, 1, 66-80.
- Almeida, N., Sousa, J. Bachion, M. & Silveira, N. (2005). *Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição*. *Rev. Latino-americana de enfermagem*. [versão electrónica] Jan./Fev. 2005, 13(1), 52-58. Consultado em 26 de Setembro, 2008, a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000100009&script=sci_arttext
- Almeida, A., Vilar, D., André, I., & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e contraceção: percursos da vida reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- APM - Associação Portuguesa de Musicoterapia (2008). *Musicoterapia o que é?* Consultado em 22 de Dezembro, 2008, a partir de: <http://musicoterapia.com.sapo.pt/>
- Astley, A.(1991). A interpretação da dor ao longo dos tempos. *Nursing*. 4 (41), 18-20.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Obra original em francês publicada em 1980)
- Balaskas, J.(1986). *Parto Ativo*. São Paulo: Ground.
- Baptista, I. (2007). Trabalho e família: o avesso da maternidade. *Revista pais e filhos*. [versão electrónica] Consultado em 13 de Janeiro, 2008, a partir de

http://www.paisefilhos.iol.pt/artigo.php?id=787850&div_id=3671.

- Barbault, J. (1990). O nascimento através dos tempos e dos povos. Mem Martins: Terramar Editores.
- Barratt, M., & Roach, M. (1995). Early interactive processes: parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 97-109.
- Beaton, J. & Gupton, A. (1988). Childbirth expectations questionnaire. Unpublished instrument.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the Strange Situation: An empirical reappraisal. *Child Development*, 58, 787-795.
- Bismarck, J. A. (2003). *Biblioteca da dor: analgesia em obstetria*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4.ªed.) Loures: Lusociência.
- Bonica, J. (1990). *The management of pain*. Vol. I, (2.ª ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: *Attachment* (vol.I) New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bramadat, I. (1990). *Relationships among maternal expectations for childbirth, maternal perception of the birth experience, and maternal satisfaction with childbirth in women undergoing induction augmentation and spontaneous labour*. University of Texas at Austin: UMI Dissertation services.
- Branden, P. (2000). *Enfermagem materno-infantil*. (2.ªed.). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. (1992). *Tomar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (1995). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar..

- Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. (6ªed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cabero, R., Saldivar,D., & Cabrillo,E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Callister, L., Khalaf , I., Semenic, S., Kartchne, R. & Vehvilainen-Julkunen, K.(2003). The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women, in *Pain Management Nursing*, 4(4), 145-154. Consultado a 2 de Novembro de 2008 a partir de http://www.medscape.com/viewarticle/465812_2.
- Canavarro, C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Canavarro, C. (2006). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M., Canavarro (Eds), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (2.ª edição, pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, C. (2009). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: relatório final*. Governo Regional dos Açores: Secretaria Regional da Saúde, consultado em 18 de Junho de 2009 a partir de www.diariodosacores.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=29&Itemid=86.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-Apredizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, L. (2002). *O renascimento do parto e do amor*. *Revista de estudos Feministas*. [online]. 10(2), 521-523. ISSN 0104-026X. Consultado em 20 de Julho de 2009 a partir de <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14978.pdf>.
- Chamberlain, D. (2003). *A mente do seu recém-nascido*. Lisboa: Hugin.
- CIPE-.Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2006) versão 1.0, Lisboa: ordem dos enfermeiros. (Obra original em inglês publicada em 2005).
- Claussen, A., & Crittenden, P. (2000). Maternal sensitivity. In P. Crittenden & A. Claussen (Orgs.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (p.115-122). New York: Cambridge University Press.
- Cloherty, J.,Stark, A. & Eichenwald, E. (2005). *Manual de Neonatologia*. (5.ªed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel ,Edições Técnicas.

- Colman, A., & Colman, L. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Editora Colibri.
- Cordeiro, J. (1987). *A saúde mental e a vida*. (2.^aed.), Lisboa, Edições Salamandra.
- Cordero, M., García, C. & Gámez, P. (2005). Promoción de la lactancia materna. Ventajas y causas de abandono. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 157-167.
- Costa, G., & Katz, G. (1992). *Dinâmica das relações conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, M., & Lopez, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia Saúde e Doenças*, 4 (1), 47-68.
- Coutinho, E., Duarte, J. Fernandes, L., Gomes, M., & Prazeres, M. (2008). Vinculação mãe-filho. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 8, 25-33.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30 (5), 281-284.
- Cunha, M. (2002). Dor, entidade psicofisiológica a melhor compreender. *Informar*, VIII, (28), 46-53.
- Cunha, F. (2008). Preparação para o parto no Centro de Saúde de Ílhavo: contributo prático da vigilância pré-natal. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 8, 21-25.
- Cunningham, F., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap III, L., Hauth, J., & Wenstrom, K. (2002). *Williams: obstetrícia* (21.^a ed.). Buenos Aires: Editorial Panamericana. (Obra original em inglês publicada em 2001).
- Dale, B & Roeber, J. (1993). *Exercícios de Preparação para o Parto*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- DeCasper, A., Fifer, W.(1980). Of human bonding: newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208. 1174-1176.
- Decreto-Lei n.º 332/1995. *Diário da República Iª Série-A*. n.º 295 (23-12-1995), p.8074-8076.

- Decreto-Lei n.º 70/2000. *Diário da República 1ª Série-A*. n.º 103 (04-05-2000), p.1825-1831.
- Demyttenaere, K., Maes, A., Nijs, P., Odendael, H. & Van-Assche, F. (1995). Psychometric tests (State-Trait Anxiety Index and Utrechtse Coping Lijst) were administered to 23 primigravidae hospital. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 16 (2), 109-115.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde. (1999). *A saúde da mulher*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2003). Circular normativa n.º 9/DGCG, de 14 de Junho de 2003. Consultado em 27 de Fevereiro, 2009, a partir de <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.
- Egner, T., Jamieson, E., & Gruzielier, J. (2005). Hypnosis de couples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage*, 27, 4, 969 – 978. Consultado em 03 de Janeiro, 2006, a partir de <http://www.sciencedirect.com/science?>
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, G. (2001). Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth*, 28(1), 41-51.
- Federspiel, K. & Herbst, V. (2001). *Terapias complementares e alternativas: Utilidade e riscos*. Lisboa: proteste.(Obra original em alemão publicada em 1994)
- Feinenmann, J. (2000). *Sobreviver à depressão pós parto: Identificar, compreender e superar a depressão pós parto*. Porto: Âmbar.
- Fial, J. (2000). Uma visão biopsico-social. *Revista dor*, 8, 14-30.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo de inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3), 521-539.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal (Eds), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século. 287-314.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A.(2002). Experiência de Parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (20), 203-217.

- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2005). *Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé: Psychologicas*, 40, 133-154.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, G. & Freitas, O. (1996). *Preparação para o parto pelo método Psicoprofiláctico*. *Sinais Vitais*, 8, 41-45.
- Frias, A. (2008). Educar para o nascimento: a essencialidade do método de preparação psicoprofiláctica para o parto. In J. Bonito (Org.), *Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas*. (p. 508-515). Évora: Universidade de Évora.
- Frias, A., Chora, A., & Lopes, A. (2007). Preparação psicoprofiláctica para o parto: Gravidez saudável versus bebé saudável. In III encontro de investigação "perspectivar e investigar em saúde" e I jornadas de saúde materna e infantil "olhares sobre a prática". (p.179-183). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. (ISBN 978-972-97739-4-5)
- Frias, A., & Franco, V. (2008 a). Percepção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *Internacional journal of development and educational psychology*, 1(1), 37-46.
- Frias, A., & Franco, V. (2008 b). A Preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *Internacional journal of development and educational psychology*, 1(1), 47-54.
- Frider, F., Kopare, G., Gaston-Johansson, F., & Turner, F. (1988). Factors associated with intense labour pain. *Research in nursing and health*, 11, 117-124.
- Furnham, A., & Lee, E. (2005) Lay beliefs about, and attitudes towards, hypnosis and hypnotherapy. *Counseling and clinical psychology journal*, 2(3), 1545-4452.
- Furst, S. (1999). Transmitters involved in antinociception in the spinal cord. *Brain Research Bulletin*, 48(2), 129-141.
- García, C., & García, E. (1955). Epinephrine-like substance in the blood and their relation to uterine inertia. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 69, 812-820.
- Gentz, B. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical obstetrics and gynecology*, 44(4), 704-732.

- Géo, M., Lima, R., Menezes, A. & Soares, C. (2002). Prolapso genital. In: Baracho, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. (3.^a ed.). Editora Medsi. Rio de Janeiro. 293-305.
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. C. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: HaThe Guilford Press. 649-670.
- Ghiglione, R., Matalon, B.(1997). O inquérito: teoria e prática. (3.^aed.), Oeiras: Celta.
- Gil, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gitau, R., Menson, E., Pickles, V., Fisk, N., Glover, V. & Maclachlan. (2001). Umbilical cortisol levels as an indicator of the foetal stress response to assisted vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics e Gynaecology and Reproductive Biology*, 98, 14-17.
- Gomes Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho: A influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional da Moeda.
- Gomes Pedro, J. (1995). Desenvolvimento, identidade e educação: perspectivas para o bebé XXI. In:Textos do simpósio internacional bebé XXI: criança e família na viragem do século. Fundação Calouste Gulbenkian. 3-23.
- Graça, L. (2005). *Medicina materno-fetal*. Vol. 1. (3.^a ed.) Lisboa: Edições Técnicas Lda.
- Grubb, D. (1998). Peripheral and central mechanism of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 81(1), 8 -11.
- Guyton, A. (1988). *Fisiologia Humana*. (6.^aed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan (Obra original em inglês publicada em 1984).
- Hawthorn, J., & Redmon, K. (1998). *Pain: causes and management*. Oxford: Blackwell Science.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Edições Lusociência.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2004). Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*: 83. 257-261. Consultado em 27/7/2008 em <http://translate.google.pt/translate?hl=ptPT&sl=en&u=http://www.ingentaconnect.com/content/apl/aog/2004/00000083/00000003/a>

- Hodnett, E. & Osborn, R. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health* 12(5),289-297.
- Hodnett, E., & Simmons-Tropea, D. (1987). The Labour Agency Scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing e Health*, 10(5), 301-310.
- Houde, R. (1982). Methods for measuring clinical pain in humans. *Acta anaesth Scand*, 74. 25-29.
- Huge, B. & Kisner, C. (2005). Princípios de exercícios para a paciente obstétrica. In: Kisner, C. e Colby, L. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. (4.^a ed.). São Paulo: Editora Manole. 681-707.
- Hurtado, F., Donat, F., Escrivá, P. & Poveda, C. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuademo de medicina Psicosomatica y psiquiatria de Enlace*. 66, 32-45.
- Huskisson, E. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 9(2).1127-1131.
- IASP - International Association for the Study of Pain (2008). Pain[®]. Consultado em 27 de Novembro, 2008, a partir de <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Publications&Template=/CMHTMLDisplay.cfm&ContentID=7425,a>
- ICNP - International Classification for Nursing Practice (2008). *Translation guidelines for International Classification for Nursing Practice*. Consultado em 27 de Novembro, 2008, a partir de http://www.icn.ch/icnp_Translation_guidelines.pdf.
- IEFP- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (2001). Classificação Nacional de Profissões: Versão 1994. (2.^aed.). Lisboa: Artes Gráficas. Consultado em 22 de Junho de 2008 a partir de: http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/CAP1_INTRO.pdf.
- INE- Instituto Nacional de Estatística. (2004). Estatísticas vitais: natalidade resultados provisórios de 2003. *Destaque informação à comunicação social*. Lisboa. 1-6.
- INE- Instituto Nacional de Estatística (2007). Actualidades. Consultado em 24 de Setembro de 2009 a partir de http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_48.pdf e <http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/html/act51.html>

- Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 17, 381-387.
- Jeanson, C. (1960). Princípios e prática do parto sem dor, Lisboa: Cosmos (Obra original em francês, publicada em 1954)
- Jensen, M., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 21(1).117-126.
- Joaquim, T. (2006). *As causas das mulheres: a comunidade infigurável*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Jones, K. C., & Gaudin, A. J. (1983). *Introdução à biologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original em inglês publicada em 1977).
- Justo, J. M. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológicas*, 4 (VIII), 371-376.
- Kahr, B. (1999). *Donald Woods Winnicott: Retrato y biografía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Kant, I. (2003). *Observações referentes a sobre o órgão da alma, Kant e-Prints*, 2(7), 2-5. Consultado em 27 de Fevereiro, 2009, a partir de <ftp://ftp.cle.unicamp.br/pub/kant-e-prints/vol.2-n.7-2003.pdf>.
- Kelly, J. (1962). Effects of fear on uterine motility. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 83, 576-581.
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal*. (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Klaus, M. & Kennel, J.(1992). *Pais / bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1995). Assistência aos Pais. In: Klaus, M. & Fanaroff, A. *Alto Risco em Neonatologia*. (4ªed.), Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- Klaus, M., Kennel, J. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M., & Klaus, P.(1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Knuppel, R. & Drukker, J. (1996). *Alto risco em Obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. (2.ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Lakatos, E & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (6ªed). São Paulo: Editora Atlas.
- Landy, S., Montgomery, J., Schubert, J., Clelland, J., & Clark, C. (1983). Mother-infant interaction of teenage mothers and the effect of experience in the observational sessions on the development of their infants. *Early Child Development and Care*, 10,165-186.
- Lavelli, M., & Fogel, A. (2002). Developmental changes in mother-infant face-to-face communication: Birth to 3 months. *Developmental Psychology*, 38, 288-305.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidata,
- Leadbeater, B., & Linares, O. (1992). Depressive symptoms in black and puerto rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, 4, 451-468.
- Leal, I. (1990). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. *Análise psicológica*, 4 (VII).
- Leboyer, F. (1989). *Nascer sorrindo*. (13.ªed.). São Paulo: Brasiliense. (Obra original em Francês, publicada em 1974).
- Lei n.º 4/84. *Diário da República Iª Série A. n.º 81. (05-04-1984). P. 1149-1153.*
- Lei n.º 142/99. *Diário da República Iª Série A. n.º203. (31-08-1999). P.5996-6005.*
- Lei n.º 7/2000. *Diário da República Iª Série A. n.º 30 (12-02-2009). p.935-942.*
- Leventhal, E., Leventhal, H., Shacham, S., & Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 365-371.
- Levinson, G. & Shnider, M. (1979). Catecholamines: The effect of maternal fear and its treatment on uterine function and circulation. *Birth and The Family Journal*, 6, 167-174.
- Levy-Shiff, R., & Israelashvili, R. (1988). Antecedents of fathering: some further exploration. *Developmental psychology*, 24, 434-440.
- Lewith, G. (2000). Alternative treatments: acupuncture. In Munafó, M. e Trim, J.(2000). *Chronic pain: a handbook for nurses*. Oxford: Butterworth Heinemann. 131-153.

- Lieberman, E., & Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural anesthesia during labor: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S31-S68.
- Losio, N. (2005). *Analgesia y anestesia regional en obstetricia*. Buenos Aires: Editora Científica Interamericana.
- Loureiro, E. & Figueiredo, B. (2000). Prematuridade e Maus-Tratos à Criança. *Revista Infância e Sociedade*, 3, 48-67.
- Loureiro, R., Ferreira, M. & Freitas, P. (2008). Satisfação da mulher como parto hospitalar: a realidade nacional. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 8, 10-13.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7.ª ed.) Loures: Lusodidacta. (Obra original em inglês publicada em 2006).
- Lukas, K. (1983). *Facilitação psicológica do parto*. (3.ª ed.) São Paulo: editora Manole (Obra original em alemão s.d).
- MacFarlane, A. (1992). *A Psicologia do nascimento*. Lisboa: Edições Salamandra.
- MacFarlane, A., Smith, M. & Garrow, H. (1978). The relationship between mother and neonate. In S. Kitzinger & J.A. Davis (Eds.), *The place of birth*. New York: Oxford University Press,
- Maldonado, T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (14.ªed.). São Paulo: Saraiva.
- Mangelsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang, S., & Andreas, D. (1990). Infant proneness-to-distress temperament, maternal personality, and infant-mother attachment: associations and goodness of fit. *Child Development*, 61, 820-831.
- Martinez, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metaforas de un cuerpo fronteirizo. *Política y sociedad*, 35, 97-111.
- Martins, J. (2002). *Avaliar a dor em obstetricia. Dor (APED)*. [s.l.]. 8 (3) 7-15.
- Martins, M. (2007). *Mitos e Crenças na Gravidez: Sabedoria e Segredos Tradicionais das Mulheres de Seis Concelhos do Distrito de Braga*. Lisboa: Edições Colibri.
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês da vida da criança: Abordagens psicológicas a puérperas em isolamento e pós-parto. *Análise psicológica*, 4 (VIII), 377-388.

- Matthews, D., & McCulloch, C. (1993). Evaluating patient perceptions as short-term outcomes of periodontal treatment: a comparison of surgical and non-surgical therapy. *J Periodontol*, 64(10), 990-997.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. (3ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- McCaffery, M. (1999). Pain control. *American journal of nursing*, 99 (8), 18.
- McCrea, H., & Wright, M. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 877-884.
- McNiven, P., Williams, J., & Hodnett E. (1998). Early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*, 25, 5-10.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual models. In: Kenshalo, D. The skin senses. Springfield (Illinois): Thomas. 423-443.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. (1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J. & Boltruszko, I. (2002). Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*, 91 (12), 1301-1306.
- Millan, M. (1999). The induction of pain: an integrative review. *Progress in Neurobiology*, 57, (1), 1-164.
- Montagner, H. (1993). *A vinculação: a aurora da ternura*. Lisboa : Instituto Piaget.
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães*. Coimbra: Quarteto.
- Moon, C., & Fifer, W. (1990). Syllables as signals for 2-day-old infants. *Infants Behavior and development*, 13. 377-390.
- Motha, G., & Macleod, K. (2008). *Método para um parto suave*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Muller, M. (1992). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2), 199-215.

- Murphy-Black, T., & Niven, C. (2000). Memory for labor pain: a review of the literature, *Birth*, 27(4), 244-253.
- Nash, M., Benham, G., & Hamada, K. (2005). The truth and the thype of hypnosis. *Journal of clinical and experimental hypnosis*, 53(3), 334 – 338.
- Netto, A. Machado F., & Vilarinho, M. (2006). Vinculação afectiva e comportamentos de vinculação afectiva entre pais e filhos. *Sinais Vitais*, 65, 50-52.
- Nieman, D. (1999). *Exercício e saúde*. São Paulo: Editora Manole.
- Niven, C. (1988). Labour pain: long-term recall and consequences. *Journal of reproductive and infant psychology*, 6, 83-87.
- O'Connor, T. (2005). Attachment disturbances associated with early severe deprivation. In: S. Carter, L. Ahnert, E. Grossmann, B. Hrdy, E. Lamb, W. Porges & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis*. Dahlem Workshop Report 92. Cambridge, MA: The MIT press. 257-267.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. in: L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press. 3-34.
- Odent, M. (1999). *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (1989). Saúde dos jovens. In Assembleia Mundial de Saúde. Genebra.
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto*. (5.ª ed.). São Paulo: Roca.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista portuguesa de psicossomática*, 7(1), 7- 41.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde*. (2.ª ed.) Camarate: Lusociência.
- Pederson, D., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: a Q-sort study.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência.
- Perguiça, A., & Sobral, M. (2003). Reflexão: o enfermeiro de cuidados intensivos perante a dor. *Servir*, 51(1), 25-27.
- Perry, S. (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. (5.ªed.). Porto Alegre:

Artemed Editora.

- Pestana, H. & Gageiro, N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (2.^aed.). Lisboa: Edições Síbalo.
- Pestana, H. & Gageiro, N. (2005). *Descobrimo a regressão com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Síbalo.
- Phipps, W., Long, B., & Woods, N. (1990). *Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice*. (3.rd ed.) St. Louis: C. V. Mosby.
- Phipps, J., Sands, K., & Marek, F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica conceitos e prática clínica*. (6.^a ed.). Lisboa: Lusociência. (Obra original em inglês publicada em 2001)
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5.^a ed.). Porto Alegre: Artmed
- Precht, H. (1995). Novos conceitos em desenvolvimento fetal humano. In J. Gomes Pedro (coordenador). *Textos do simpósio internacional bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Fundação Calouste Gulbenkian. 179-188.
- Reimer, L. (2007). The post partum challenge – Get fit with a program designed for you and your baby. *American Fitness*. May/ June. 58- 61.
- Reis, A., Barrote, D., Souza, E. & Neto, J. (2002). Anatomia feminina. In: Baracho, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. (3.^a ed.). Rio de Janeiro: Editora Medsi. 1-18.
- Reis, A., & Patrício, Z. (2005). Aplicação das acções preconizadas pelo ministério da saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *ciência saúde coletiva*, 10, 221-230. Consultado em 1 de Fevereiro, 2009, a partir de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a23v10s0.pdf>.
- Rezende, J. (1999). *Obstetrícia* (8.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ribas, A. & Moura, M. (2006). Responsividade Materna: Uma investigação em contexto urbano brasileiro. *Crescimento e Desenvolvimento Humano*.16 (1). 01-11. Consultado em 22 de Julho de 2009 em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbcdh/v16n1/02.pdf>
- Ribeiro, N. (2008). *Sedentarismo... Um Vilão da Grécia Antiga*. Consultado em 25 de Setembro de 2008, a partir de <http://www.alegreonline.com/artigo/outroartigo03.html>.
- Rico, T. (1995). *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer, Portugal.

- Righetti, P., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.
- Rizk, D., Nasse, M., Thomas, L. & Ezimokhai, M. (2001). Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *J. Perinat. Med.*, 29(4), 298-307.
- Robertson, A. (2001). *The pain of labour: a feminist issue. Birth international*. Consultado em 3 de Dezembro, 2008, a partir de <http://www.acegraphics.com.au/resource/papers/painlabour.html>,2001.
- Robson, K., & Kumas, R. (1980). Delay onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Robson, K. & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.
- Rodeia, L. (1995). *A experiência de dar à luz: uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado (inédita). Lisboa: Universidade Católica.
- Rodolpho, A. (2004). *Rituais, ritos de passagem e de iniciação: uma revisão da bibliografia antropológica*. Consultado em 25 de Maio, 2008, a partir de <http://pjp.raposo.googlepages.com/AdrianeLuisaRodolphorituaisrevisobi.pdf>.
- Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Romeira, O. (1997). Ensinar a grávida ou facilitar as aprendizagens do casal. *Revista do sindicato dos enfermeiros portugueses*, 29, 31-32.
- Rubin, R. (1975). Maternal task in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Publishing Co.
- Sá, E. (1992). O dedo de ET. *In: Pais*. Lisboa, Junho, 42-45.
- Sá, E., & Cunha, M.(1996). *Abandono e adoção: o nascimento da família*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Salem, I., Fukushima, F., Nakamura, G., Ferrari, F., Navarro, L., Castiglia, Y., & Ganem, E. (2007). Efeitos adversos do sufentanil associado ao anestésico local pelas vias subaracnóidea e peridural em pacientes submetidas à analgesia de parto. *Revista brasileira de anestesiologia*, 57(2), 125-135.

- Consultada em 5 de Fevereiro, 2009, a partir de <http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n2/01.pdf>.
- Salmela-Aro, K., Saisto, T., Nurmi, J., & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*, 108(5), 492-498.
- Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press. 3-13.
- Santos, M., & Baptista, M. (2000). Importância da deambulação durante o trabalho de parto. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 2, 21-26.
- Santos, O., & Vieira, J. (1999). Articulação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica: importância atribuída pelas utentes. *Revista enfermagem*, 13, (2), 30-35.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2005). *Anatomia e fisiologia*. (6.ªed.). Lisboa: Lusociência (Obra original em inglês publicada em 2003).
- Segalen, M. (1996). *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Presença.
- Serrano, C., & Pires, P. (2000). Intervenção do enfermeiro na dor. *Nursing*, 148, 16-18.
- Schwob, M. (1994). *A dor*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Scott, J. & Huskisson, E. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2(2).175-184.
- Sharma, S., & Leveno, K. (2003). Regional analgesia and progresso of labor. *Clinical obstetrics and gynecology*, 46(3), 633-645.
- Silveira, P. (1998). *Exercício da paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simkin, P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: sistematic reviews of five methods. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S131-S159.
- Sittner, B., Hudson, D., Grossman, C., & Gaston-Johansson, F. (1998). Adolescents perceptions of pain during labor. *Clinical nursing research*, 7(1), 82-93.
- Smith, A., Collin, T., Cyna, M., & Crowther, A. (2009). Complementary and alternative therapies of pain management in labor (review). *From the cochrane library*, Vol.1, Chichester uk: John Weiley & Sons. Consultado em 9 de

- Fevereiro de 2009, a partir de: http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003521/pdf_fs.html.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (4.^a ed.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Sommer, K., Whitman, T., Borkowski, J., & Schellenbach, C. (1993). Cognitive readiness for parenting. *Developmental Psychology*, 29 (2), 389-398.
- Sousa, I. (2005). *História da problemática da mulher*. Ponta Delgada: Nova Gráfica.
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. (1.^aed.). Lisboa: Climepsi
- Squire, C. (2000). Pain relief: past and present. In M. Yerby (2000) (ed.) *Pain in childbearing*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Stern, D., Stern, N., & Freeland, A. (2005). *Nascimento de uma Mãe: A Experiência da Maternidade* (3.^a ed). Porto: Âmbar.
- Taylor, A., Littlewood, J., Adams, D., Doré, C., & Glover, V. (1994). Serum cortisol levels are related to moods of elation and dysphoria in new mothers. *Psychiatry Research*, 54, 241-247.
- Thompson, R. (1984). *Introdução à psicofisiologia*. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos.
- Thune-Larsen, K., & Moller-Pedersen, K. (1988). *Childbirth experience and postpartum emotional disturbance*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6 (4), 229-240.
- Tonnes, K., & Tilford, S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. (4.^a ed.), London: Chapman & Hall.
- Vander, A. (1980). *Parto sem dor*. (3.^a ed.). São Paulo: Mestre You.
- Van-Zuuren F. (1998). The effects of information, distraction and coping style on symptom reporting during preterm labor. *Psychology and Health*. 13 (1), 49-54.
- Veladas, M. (1997). *Ajudar na sala de partos: competências reais no momento da interação*. Lisboa: Lidel.
- Vellay, P. (1998). *A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor*. (8.^a ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Velho, C. (2000). Preparação e recuperação do parto: centro nasce em Lisboa. *Revista mããs e bebés*, 1(1), 19-21.

- Verny, T., & Kelly, J. (1988). *The secret life of the unborn child*. New York: Dell Publishing.
- Waldenstrom, U. Bergman, V. & Vasell, G (1996). The complexity of labor pain: experiences of 278 women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 17(4), 215–228.
- Watt-Watson, J. (2003). Dor e controlo da dor, in Phipps, J., Sands, K., & Marek, F. *Enfermagem médico-cirúrgica conceitos e prática clínica*. (6.^a ed.). Lisboa: Lusociência. (Trabalho original em inglês publicada em 2001), 363-388.
- Wilheim, J. (1997). *O que é psicologia fetal*. (2.^aed.), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- William, S. (2009). Quem canta, seus males espanta! Consultado em 13 de Fevereiro, 2009, a partir de <http://linux.alfamaweb.com.br/asm/AbreConteudo.php?d=24533>
- Winget, C. & Kapp, F. (1972). The relationship of the manifest content of dreamsto duration of childbirth in Primiparae. *Psychosomatic Medicine*. 34, (4), 313-320. consultado em 17 de Junho de 2009 a partir de <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/34/4/313.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2004). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. Geneva. World Health Organization.
- Yerby, M. (2000). *Pain in childbearing*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Ziegel, E., & Cranley, M. (1985). *Enfermagem Obstétrica*. (8.^a ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara. (Obra original em inglês publicada em 1984).

Anexo A

Questionário

QUESTIONÁRIO

Cara Senhora

Este questionário faz parte dos trabalhos de preparação da minha tese no âmbito do Doutoramento em Psicologia que frequento na Universidade de Évora. Pretende avaliar "A influência da Preparação Psicoprofiláctica para o Parto na experiência do nascimento, controlo da dor e interacção mãe/recém-nascido".

Para levar a bom termo esta investigação, necessito da sua colaboração. Não há respostas certas ou erradas. Apenas pretendo conhecer a sua opinião. As suas respostas serão totalmente anónimas e garantida a confidencialidade.

Espero a sua compreensão e cooperação. Muito obrigada.

Ana Frias
(anafrias@uevora.pt)

1. PERCEPÇÃO DO CONTROLO DE SENTIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Adaptação portuguesa (2005) da *Labour Agency Scale - LAS* (H. Hodnett e Simmons-Tropea, 1987),

Cada mulher vive o momento do parto como uma experiência única e indescritível. Recorde, neste momento, os sentimentos e emoções sentidos no momento do parto.

Assinale com uma cruz, numa escala de 1 (quase sempre) a 7 (raramente), o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas.

	Quase Sempre			Não Concordo Nem Discordo			Raramente
1. Senti-me desajeitada.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tive sensações de grande esforço.	1	2	3	4	5	6	7
3. Senti-me satisfeita com o meu desempenho no trabalho de parto.	1	2	3	4	5	6	7
4. Senti-me outra pessoa ou outra coisa a carregar o trabalho de parto.	1	2	3	4	5	6	7
5. Apercebi-me do que estava a acontecer.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tive um sentimento de sucesso.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tive um pleno conhecimento de tudo o que estava a acontecer.	1	2	3	4	5	6	7
8. Senti-me aterrorizada.	1	2	3	4	5	6	7
9. Senti-me relaxada.	1	2	3	4	5	6	7
10. Desconhecia o que ia acontecer a seguir.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mantive-me controlada.	1	2	3	4	5	6	7
12. Senti-me vitoriosa.	1	2	3	4	5	6	7
13. Pareceu-me que corria tudo mal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Senti-me impotente.	1	2	3	4	5	6	7

	Quase Sempre			Não Concordo Nem Discordo			Raramente
15. Senti-me muito ansiosa.	1	2	3	4	5	6	7
16. Senti que os outros se preocupavam comigo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Senti-me muito responsável.	1	2	3	4	5	6	7
18. Senti-me competente.	1	2	3	4	5	6	7
19. Senti-me presa e encurralada.	1	2	3	4	5	6	7
20. Tudo o que se passou no trabalho de parto fazia sentido.	1	2	3	4	5	6	7
21. Negocieei durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5	6	7
22. Senti-me descontrolada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Senti uma sensação de conflito.	1	2	3	4	5	6	7
24. Senti-me colaborante e receptiva.	1	2	3	4	5	6	7
25. Senti-me incompleta como se estivesse a partir-me aos bocados.	1	2	3	4	5	6	7
26. Senti-me importante.	1	2	3	4	5	6	7
27. Tudo me pareceu obscuro e irreal.	1	2	3	4	5	6	7
28. Senti-me incapaz.	1	2	3	4	5	6	7
29. Senti-me insegura.	1	2	3	4	5	6	7

2. PERCEÇÃO DO NASCIMENTO

Adaptação portuguesa (2005) do *Childbirth Perception Questionnaire - CPQ* (Beaton e Gupton, 1988).

Marque com um X, na escala de “não concordo nada” a “concordo muito”, o seu grau de concordância com os itens formulados.

	Não Concordo Nada	Não Concordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Muito
1. O meu companheiro estava feliz e entusiasmado.					
2. Os enfermeiros foram simpáticos para mim.					
3. Eu evitei pedir ajuda aos enfermeiros.					
4. Fiquei imobilizada com as contracções.					
5. Estive colaborante durante o trabalho de parto.					
6. Fiquei tranquila com a presença dos enfermeiros.					
7. Os enfermeiros despenderam algum tempo comigo.					
8. Os meus planos para o nascimento foram ignorados pelo enfermeiro.					

	Não Concordo Nada	Não Concordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Muito
9. O meu companheiro sentiu-se completamente desamparado.					
10. Foi-me pedido para ter um procedimento de rotina, mesmo que eu não desejasse.					
11. Pedi ajuda ao meu companheiro.					
12. Fiquei preocupada com a agressividade da dor no trabalho de parto.					
13. Havia pouca hipótese de vir a efectuar uma cesariana.					
14. Utilizei grande quantidade de equipamento.					
15. Tive medo de entrar em pânico.					
16. Tive a experiência do desconforto mas não uma dor insuportável.					
17. Senti-me confortada com a presença do meu companheiro.					
18. Senti uma dor intensa.					
19. Tive um parto livre de intervenção médica.					
20. Caminhei durante grande parte do trabalho de parto.					
21. Quis ter monitorização dos batimentos cardíacos do bebé					
22. Tive medo de ser covarde.					
23. Fui capaz de relaxar durante o trabalho de parto.					
24. Os enfermeiros encorajaram-me.					
25. Houve uma pequena hipótese de parto por fórceps.					
26. As dores das contracções foram agonizantes.					
27. Recebi atenção personalizada dos enfermeiros.					
28. O meu companheiro deu-me indicações acerca do que estava a acontecer.					
29. O enfermeiro permitiu-me ter uma participação activa e poder de decisão.					
30. Fiquei assustada quando pensei na dor do trabalho de parto.					
31. Poderia ter recusado qualquer procedimento que julgasse desnecessário.					
32. A minha opinião como a do meu companheiro foi considerada na maioria das decisões médicas.					
33. Utilizei anestésicos ou analgésicos.					
34. O médico tomou a maioria das decisões.					
35. Evitei dizer ao meu companheiro o que estava a sentir.					
36. Envergonhei-me com o meu comportamento.					

3. PERCEÇÃO DO PÓS-PARTO

Adaptação portuguesa (2005) do *Postpartum perception questionnaire* – PPQ (Beaton e Gupton, 1988).

Numa escala de 1 a 7, **envolva** com um o número que traduz o seu grau de concordância com as questões apresentadas.

1. Olhando para toda a experiência vivida no trabalho de parto, como a descreve?

Muito negativa 1 2 3 4 5 6 7 Muito positiva

2. Como reagiu à dor do trabalho de parto?

Muito mal 1 2 3 4 5 6 7 Muito bem

3. Qual o grau de controlo que teve durante o trabalho de parto?

Muito pouco controlo 1 2 3 4 5 6 7 Muito controlo

4. Que ajuda obteve do seu companheiro durante o trabalho de parto?

Pouquíssima ajuda 1 2 3 4 5 6 7 Muita ajuda

5. De que intervenção técnica dispôs durante o trabalho de parto (intervenção refere-se ao uso de anestésicos, procedimentos médicos como episiotomia, fórceps, monitorização cardíaca do bebé, injeções, clister, tricotomia, etc.)?

Grande quantidade de intervenções 1 2 3 4 5 6 7 Sem intervenções

6. Que apoio obteve dos enfermeiros durante o trabalho de parto?

Pouquíssimo apoio 1 2 3 4 5 6 7 Muito apoio

4. ESCALA DA DOR DE HITCHCOCK

Procure recordar, agora, a dor sentida durante o trabalho de parto de um modo geral. De acordo com a sua percepção **assinale** uma cruz sobre a linha da escala 0 _____ 10, o local que considera definir melhor a dor vivenciada.

-ESCALA DE DOR DE HITCHCOCK-

-ESCALA DE DOR-					
Escala Visual					
	0 _____ 10				
Escala Verbal	Sem Dor	Mínima	Moderada	Intensa	Pior Possível
Escala Observador	Parece sem Dor	Parece confort. C/ mov.	Parec. Desconf.	Parece Sofredor Consolável	Parece Sofredor Inconsolável

5. ESCALA DE BONDING

(B. Figueiredo, R. Costa, A. Marques, A. Pacheco e A. Pais, 2005)

De seguida, apresentam-se alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sentiu em relação ao seu (sua) filho(a), aquando do primeiro contacto com o seu bebé.

Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sentiu nesse momento.

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	DE MODO NENHUM
Afectuosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desiludida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neutra, sem sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgostosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protectora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zangada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

1- Idade: ____ anos

2 - Nacionalidade: _____

3 - Habilitações académicas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não sei ler nem escrever | <input type="checkbox"/> 1.º ciclo do ensino básico (antiga 4.ª classe) |
| <input type="checkbox"/> 2.º ciclo do ensino básico (6.º ano) | <input type="checkbox"/> 3.º ciclo do ensino básico (9.º ano) |
| <input type="checkbox"/> Ensino secundário (12.º ano) | <input type="checkbox"/> Ensino superior |

4 – Ocupação profissional:

Trabalhou fora de casa durante a gravidez? Sim Não

Se assinalou SIM na questão anterior:

A sua profissão é _____

5 - Estado civil:

- Casada/União de facto Separada/Divorciada Solteira Viúva

6 - Durante o trabalho de parto esteve acompanhada?

- Sim Não

Se assinalou SIM, indique quem a acompanhou

7 – Teve aulas de preparação para o parto?

- Sim Não

Se respondeu SIM, responda às seguintes questões:

7.1 - Que tipo de profissional a orientou?

- Enfermeiro Fisioterapeuta
 Professor de ginástica Outro. Qual? _____

7.2 - Indique o número de semanas de gravidez com que iniciou a preparação para o parto:

semanas

7.3 - Fez preparação para o parto até ao final da gravidez? Sim Não

Obrigada pela sua compreensão e colaboração!

Ana Frias

Data da admissão: ____ (dia)/____ (mês)/____(ano)

Hora: ____:____

Idade gestacional: _____ semanas.

1 - Trabalho de parto:

Espontâneo

Induzido com: Prostaglandinas Ocitocina RABA

2 - Características do colo na admissão no bloco de partos:

3 - Fez analgésico IV ou IM?

Não Sim. Qual? _____

4 - Rotura das membranas:

REBA RABA

5 - Tempo de demora da fase activa do trabalho de parto: ____:____

6 - Data do parto ____ (dia)/____ (mês)/____ (ano) **Hora:** ____:____

7 - Tipo de parto:

Eutócico Ventosa Fórceps Cesariana

8 - Recém-nascido:

Sexo: M F

Peso: ____ kg Índice de Apgar: 1.º min ____ 5.º min ____

Observações: _____

Obrigada pela sua colaboração

Ana Frias
(anafrias@uevora.pt)

Anexo B

Escalas Internacionais

LABOUR AGENCY SCALE

INSTRUCTIONS

Just as no two women are exactly alike, no two women have exactly the same experiences during labor. Please try and recall your labour as vividly as you can. Now rate the quality or nature of your experience during this time on the following scales. Of course, you probably had many different feelings, but try to remember what it was generally like for you during this time. Here is how to use these scales:

If you feel that what you experienced during labour was VERY MUCH related to one end of the scale, you should place your "X" as follows:

Almost Always $\frac{X : : : : :}{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7}$ Rarely

OR

Almost Always $\frac{: : : : : X}{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7}$ Rarely

If you feel that what you experienced during labour was QUITE CLOSELY related to one end of the scale (but not extremely), you should place your "X" as follows:

Almost Always $\frac{: X : : : : :}{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7}$ Rarely

OR

Almost Always $\frac{: : : : X : :}{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7}$ Rarely

If you feel that what you experienced during labour was ONLY SLIGHTLY related to one end of the scale, you should place your "X" as follows:

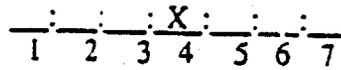
Almost Always $\frac{: : X : : : :}{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7}$ Rarely

OR

Almost Always $\frac{: : : X : :}{1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7}$ Rarely

If you feel that what you experienced during labour was NEUTRAL on the scale, (that is, both ends of the scale are equally related to your experience), you should place your "X" in the middle space:

Almost Always

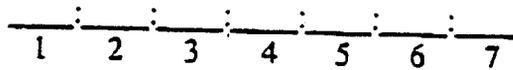


Rarely

Please try to respond to each scale independently of how you responded to the other scales. And please be frank! There are no right or wrong answers.

1. I felt awkward

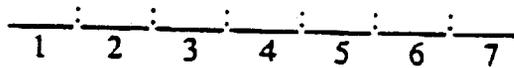
Almost Always



Rarely

2. I experienced a sense of active striving

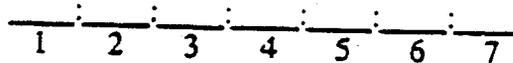
Almost Always



Rarely

3. I felt good about my behavior during labour

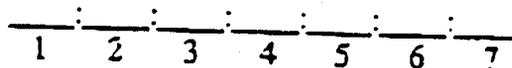
Almost Always



Rarely

4. I felt someone or something else was in charge of my labour

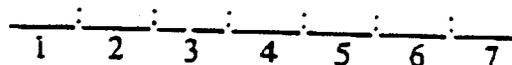
Almost Always



Rarely

5. I had a sense of perspective on what is happening

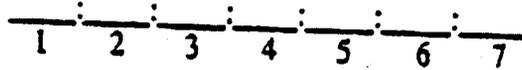
Almost Always



Rarely

6. I experienced a sense of success

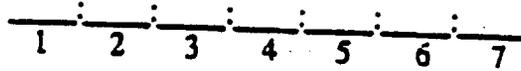
Almost Always



Rarely

7. I experienced complete awareness of everything that was happening

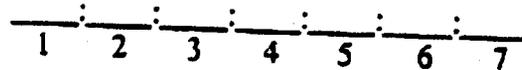
Almost Always



Rarely

8. I felt fearful

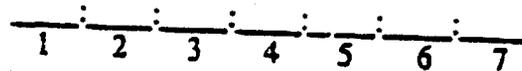
Almost Always



Rarely

9. I felt relaxed

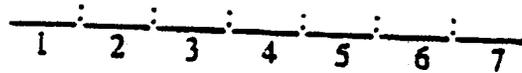
Almost Always



Rarely

10. I did not know what to expect from one moment to the next

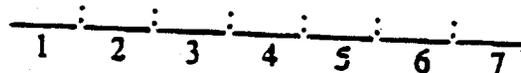
Almost Always



Rarely

11. I felt adequate

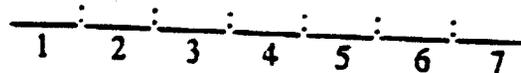
Almost Always



Rarely

12. I felt victorious

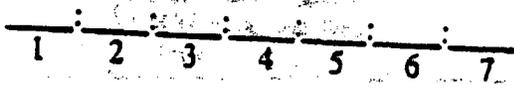
Almost Always



Rarely

13. Everything seemed wrong

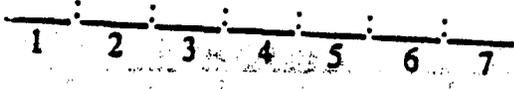
Almost Always



Rarely

14. I felt powerless

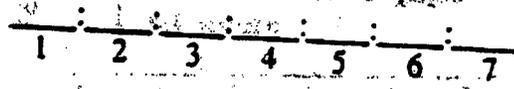
Almost Always



Rarely

15. I experienced great anxiety

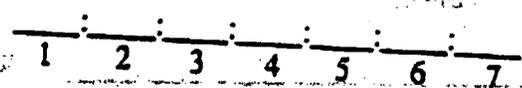
Almost Always



Rarely

16. I experienced a sense of being with others who care

Almost Always



Rarely

17. I felt very responsible

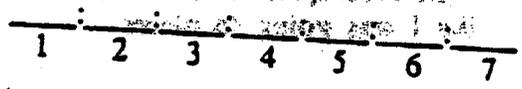
Almost Always



Rarely

18. I felt competent

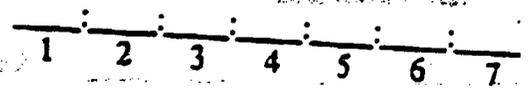
Almost Always



Rarely

19. I had a feel of constriction and of being confined

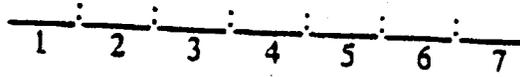
Almost Always



Rarely

20. Everything made sense

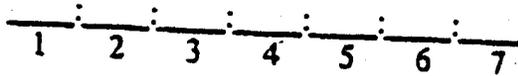
Almost Always



Rarely

21. I was dealing with labour

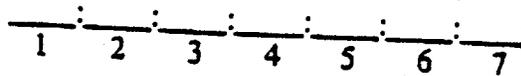
Almost Always



Rarely

22. I had a sense of not being in control

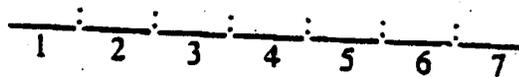
Almost Always



Rarely

23. I experienced a sense of conflict

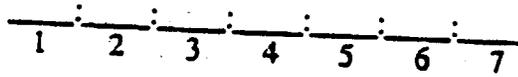
Almost Always



Rarely

24. I felt open and receptive

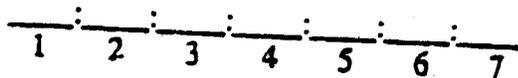
Almost Always



Rarely

25. I felt incomplete and like I was going to pieces

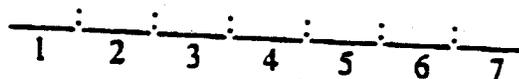
Almost Always



Rarely

26. I felt important

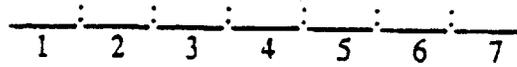
Almost Always



Rarely

27. Everything seemed unclear and unreal

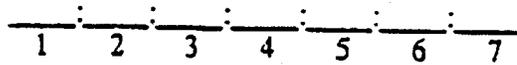
Almost Always



Rarely

28. I felt incapable

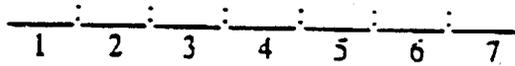
Almost Always



Rarely

29. I felt secure

Almost Always



Rarely

DATE _____

CODE: _____

CHILDBIRTH PERCEPTION QUESTIONNAIRE

This questionnaire is designed to describe women's perceptions of their labor and delivery experience. Your opinions along with those of other new mothers will be used to learn more about women and childbirth.

The questionnaire contains a number of statements, each of which says something different about your labor and delivery. We are interested in knowing what the labor and delivery experience was like for you. For each statement, decide how you agree or disagree with the view expressed. Think about the statement. Beside each statement, you will find five words used to describe your experience. There are no right or wrong answers. Your response is a matter of your personal opinion. The information you give will be completely confidential.

Thank you for your time and your help. Below are examples that may help you in completing the questionnaire.

EXAMPLES

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
A. I was very confident during labor and delivery	1	2	3	4	5
B. I needed to know more about labor and delivery than I possibly could	1	2	3	4	5

The answer to Example A, "Strongly Agree" indicates that you are quite certain that you were confident during your labor and delivery.

The answer to Example B, "Neutral" indicates that you cannot quite decide whether to agree or disagree with this statement.

Circle the number under the word(s) which come closest to your own opinion.

PLEASE BE SURE TO MARK EVERY STATEMENT

With regard to my labor and delivery experience, I found that:	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. My partner/coach was happy and excited.	1	2	3	4	5
2. The nurses were kind to me.	1	2	3	4	5
3. I avoided seeking help from the nurses.	1	2	3	4	5
4. I was immobilized by the pain of labor.	1	2	3	4	5
5. I was able to cope with labor.	1	2	3	4	5
6. I felt reassured by the nurses' presence.	1	2	3	4	5
7. The nurses spent little time with me.	1	2	3	4	5
8. My plans for birth were be ignored by the nurse.	1	2	3	4	5
9. My partner/coach felt quite helpless.	1	2	3	4	5
10. I was required to have routine procedures even if I didn't want them.	1	2	3	4	5
11. I asked my partner/coach for help.	1	2	3	4	5
12. I worried about the severity of labor pain.	1	2	3	4	5

Circle the number under the word(s) which come closest to your own opinion.

PLEASE BE SURE TO MARK EVERY STATEMENT

With regard to my labor and delivery experience, I found that:	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
13. There was little chance that I would end up having a cesarean section.	1	2	3	4	5
14. Lots of medical equipment and machinery were used.	1	2	3	4	5
15. I was afraid of panicking.	1	2	3	4	5
16. I experienced discomfort but not unbearable pain.	1	2	3	4	5
17. I felt comforted by the presence of my partner/coach.	1	2	3	4	5
18. I felt intense pain.	1	2	3	4	5
19. I had a childbirth free from medical intervention.	1	2	3	4	5
20. I was up walking around for most of my labor.	1	2	3	4	5
21. I wanted to have fetal monitoring.	1	2	3	4	5
22. I was afraid of being a coward.	1	2	3	4	5
23. I was able to relax during labor.	1	2	3	4	5
24. The nurses offered me encouragement.	1	2	3	4	5

Circle the number under the word(s) which come closest to your own opinion.

PLEASE BE SURE TO MARK EVERY STATEMENT

With regard to my labor and delivery experience, I found that:	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
25. There was little chance that forceps would be used.	1	2	3	4	5
26. The pain of labor was agonizing.	1	2	3	4	5
27. I received personal attention from the nurses.	1	2	3	4	5
28. My partner/coach told me what was going on.	1	2	3	4	5
29. The nurse allowed me to be an active participant in decision making.	1	2	3	4	5
30. I was scared when I thought about the pain of labor.	1	2	3	4	5
31. I could have refused to have any procedures I thought unnecessary.	1	2	3	4	5
32. My opinion or that of my partner/coach was sought for all major medical decisions.	1	2	3	4	5
33. I used anesthetics and/or pain killing drugs.	1	2	3	4	5
34. The doctor made most of the decisions.	1	2	3	4	5

Circle the number under the word(s) which come closest to your own opinion.

PLEASE BE SURE TO MARK EVERY STATEMENT

With regard to my labor and delivery experience, I found that:	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
35. I avoided telling my partner/coach what I was feeling.	1	2	3	4	5
36. I was embarrassed by my behaviour.	1	2	3	4	5

Anexo C

Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu abaixo assinado, concordo em participar como voluntária, da pesquisa intitulada “**A influência da Preparação Psicoprofilática para o Parto na experiência do nascimento, controlo da dor e interacção mãe / recém-nascido**” cujo o objectivo é obter dados para uma investigação para uma tese de Doutoramento em Psicologia. A minha participação consistirá em dar a opinião a respeito de como decorreu o trabalho de parto e parto, preenchendo com um X os vários itens das escalas utilizadas pela pesquisadora.

Estou ciente de que terei:

- 1) A garantia de receber esclarecimento, em qualquer momento que julgue necessário, antes e durante a pesquisa quer sobre a metodologia e/ou a minha participação;
- 2) O conhecimento de que não será realizada nenhuma intervenção, nem tratamento em mim, não havendo danos, uma vez que é um estudo sobre a minha opinião a respeito do assunto abordado.
- 3) A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência ou penalidade;
- 4) A segurança de que não serei identificada e que será mantido o carácter de anonimato das informações prestadas;
- 5) Assegurada que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão somente a apresentação e /ou publicação de trabalhos de carácter científico da área;
- 6) Trata-se de uma participação voluntária da minha parte como colaboração para a investigação científica.

A assinatura em baixo representa a minha aceitação para participar da presente investigação

_____ Local: _____ Data: ___/___/2007
(Assinatura do participante)

Contacto da pesquisadora responsável: Professora Ana Frias:

Rua António da Silveira Nº 19- 1º

7005-294- Évora

Tel: 266734719

Telemóvel: 966640111

Email: anafrias@uevora.pt

Anexo D

Autorizações para Aplicação dos Questionários



Exma. Senhora
 Dr.^a Ana Maria Aguiar Frias
 Rua António da Silveira nº 19 - 1º
 7005 - 294 Évora

Sua referência Sua comunicação de Nossa referência Data

ASSUNTO: **Envio de Informação**

Em resposta ao seu pedido, informa-se V. Ex.^a que está autorizada a aplicação do questionário "**A influência da Preparação Psicoprofilática para o Parto na experiência do nascimento, controlo da dor e interacção mãe/recém-nascido**", no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE, desde que seja mantido o anonimato, e a participação das puérperas seja voluntária.

Relativamente à colheita de dados do Processo Clínico deve ser efectuada pelo enfermeiro do serviço de Obstetrícia, sujeito a segredo profissional.

Com os melhores cumprimentos

O Director Clínico

José Reina

/SC



Rua Dr. António Fernando Covas Lima - 7801 - 849 - BEJA
 Telef. 284 310 200 / 284 322 134
 FAX: 284 322 747 (ADMINISTRAÇÃO)
 FAX: 284 324 074 (APROVISIONAMENTO)
 FAX: 284 310 280 (S. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS)
 E-mail: ca@hbeja.min-saude.pt



Largo de S. Paulo - 7830 - 386 - SERPA
 Telef. 284 544 715
 FAX: 284 544 747 (ADMINISTRAÇÃO)
 E-mail: secretariado@hserpa.min-saude.pt



Ministério da Saúde
 Administração Regional
 de Saúde do Alentejo



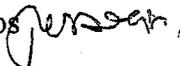
Exma. Senhora
Dra. Ana Maria Frias
Rua António da Silveira n.º 19-1º
7000-294 Évora

24 04'07 05519

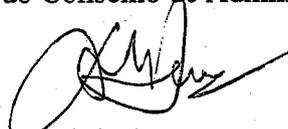
Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
	27/02/207		

ASSUNTO: *Pedido de autorização para aplicação de questionário*

De acordo com parecer do Director de Serviço e da Comissão de Ética venho informar que, na sequência da solicitação de V. Exa., foi autorizada a aplicação de questionários às puérperas no Serviço de Obstetrícia no âmbito da tese de Doutoramento em Psicologia

Com os melhores cumprimentos 

O Presidente do Conselho de Administração


António Serrano

AS/PC

Exma. Senhora

Ana Maria Aguiar Frias

Rua António da Silveira, n.º 19 - 1º

7005 - 294 ÉVORA

22 03 07 04779

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência

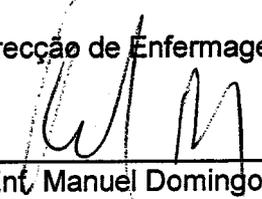
Data

Assunto: Pedido para Aplicação de Questionários.

Vimos pelo presente informar que está autorizado a aplicação de questionários sobre "A influência da preparação psicoprofilática para o parto na experiência do nascimento, controlo da dor e interacção mãe/recém-nascido", pelo que deverá contactar a enfermeira chefe da Serviço de Obstetrícia.

Com os melhores cumprimentos.

A Direcção de Enfermagem



Ent. Manuel Domingos