



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**A vivência da dor experienciada pela mulher
durante o trabalho de parto/parto**

Marta Gabriela Gil de Oliveira

Coimbra, 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto

Marta Gabriela Gil de Oliveira

Orientadora: Mestre Teresa Maria de Campos Silva
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Doutora Rosa Maria Santos Moreira
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, 2023

*“Para mim estas dores foram praticamente libertadoras,
como se... eu estivesse a renascer novamente...
porque é como se fosse uma preparação para a maternidade, digamos assim.”*

L.A., 2020.

À Leonor e às Mulheres.

Agradecimentos

Ao longo deste percurso passei por momentos agradáveis, mas também por momentos muito desafiantes que ultrapassei com o apoio e suporte de muitos que se cruzaram comigo neste caminho que é a vida e a quem quero profundamente agradecer.

Às mulheres que aceitaram participar nesta investigação pela sua disponibilidade, colaboração e entusiasmo.

Às Senhoras Enfermeiras Tutoras que me acompanharam com disponibilidade e atenção durante os estágios e prática clínica, partilhando o seu saber e experiência.

À Professora Teresa Silva, pela sua exímia orientação, rigor científico, disponibilidade e dedicação, pelas palavras de incentivo e apoio.

À Professora Doutora Rosa Moreira pela disponibilidade e dedicação na coorientação deste trabalho.

Às restantes Professoras deste VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que em muito contribuíram para o meu percurso formativo e desenvolvimento de competências.

Aos meus colegas e coordenador da UCC Maria Dias Ferreira pela disponibilidade para com a minha ausência para que pudesse concluir este objetivo.

Às minhas amigas e colegas de curso pelo espírito de entreajuda, apoio, incentivo e ânimo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e irmãos, sogros e cunhadas, por acreditarem sempre em mim transmitindo confiança e apoio principalmente nos momentos mais duros.

Ao meu companheiro de vida, Diogo, e à minha filha Leonor, por acreditarem sempre em mim, por me darem força e coragem, incentivo e ânimo, sempre ao meu lado, o que me fez ultrapassar os momentos mais difíceis, inspirando-me a ser uma pessoa e profissional melhor todos os dias.

A Deus.

A todos vocês, o meu profundo obrigada! Sem vós nada disto seria possível!

Siglas

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

BP - Bloco de Partos

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo

DIU - Dispositivo intrauterino

DPP - Data provável de parto

EEESMO - Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPE - Entidades Públicas Empresariais

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

HDFF - Hospital Distrital da Figueira da Foz

HGO - Hospital Garcia de Orta

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

OE - Ordem do Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RN - Recém-Nascido

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP - Trabalho de parto

Resumo

Introdução: A dor do trabalho de parto/parto é uma experiência individual. É uma dor desafiadora, emocional e significativa sendo muito diferente de outros tipos de dor. Fatores cognitivos, sociais e ambientais são determinantes e influenciam a dor do trabalho de parto/parto. No decorrer da prática clínica, no âmbito da assistência à mulher durante o trabalho de parto/parto, inserida na família e comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica confronta-se com o fenômeno transversal experienciado pela mulher: a dor do seu trabalho de parto/ parto, que fica gravado na memória desta e dele depende a qualidade da sua experiência, o que tem impacto a longo prazo na vida da mulher. **Objetivos:** Conhecer a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto; descrever a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto; compreender a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto. **Metodologia:** Estudo fenomenológico descritivo segundo o método de Giorgi. A amostra intencional, não probabilística por rede, tipo bola de neve, foi constituída por 22 mulheres, até 6 meses após o parto, que após consentimento informado participaram no estudo. A recolha de dados realizou-se através de entrevista semiestruturada com colheita de dados sociodemográficos e obstétricos, e questões semiabertas para a exploração do fenômeno. Procedida a análise dos dados utilizando o método de Giorgi. **Resultados:** Do discurso das participantes emergiram duas estruturas essenciais que dizem respeito à qualidade das experiências vivenciadas. Uma estrutura com características positivas e, a outra, com características negativas, tendo em consideração o foco deste estudo, a dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto. Dos dados analisados emergiram quatro diferentes contextos: *a vivência da dor do trabalho de parto/parto, necessidades da mulher, “bagagem” e o papel dos profissionais de saúde.* **Conclusão:** A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto é uma experiência individual e subjetiva. A dor pode ser vivida como positiva e como tendo um propósito. Surgiu como necessidades da mulher a presença de um acompanhante, as estratégias de alívio da dor e conforto e um ambiente seguro. Realça-se a importância do papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para uma assistência ao parto segura, promotora de experiências de parto positivas e um fator importante na forma como a mulher vivencia a dor do trabalho de parto/parto.

Palavras-chave: *Dor do parto; Trabalho de parto; Parto; Mulheres; Vivências.*

Abstract

Introduction: The pain of labor is a individual experience. It is a challenging, emotional and meaningful pain that can be very different from other types of pain. Cognitive, social, and environmental factors are determinants and influence labor pain. During the clinical practice, in the context of assistance to the woman in labor, integrated in the family and community, the midwife faces the transversal phenomenon experienced by the woman: the pain of their labor. This sticks in her memory, influence the quality of her labor experience, which has a long-term impact on her life. **Aim:** To know the experience of pain experienced by woman during her labor; to describe the experience of pain experienced by the woman during her labor; to understand the experience of pain experienced by woman during her labor. **Methodology:** Descriptive phenomenological study according to Giorgi's method. The intentional sample, non-probabilistic by net, snow ball type, consisted of 22 women, who had up to 6 months after delivery, and who after informed consent participated in the study. Data collection was performed through semi-structured interviews with collection of socio-demographic and obstetric data, and semi-open questions to explore the phenomenon. The data were analyzed using the Giorgi's method. **Results:** Two essential structures emerged from the participants' discourse that relate to the quality of their lived experiences. One structure with positive characteristics and the other with negative characteristics, taking into consideration the focus of this study, the pain experienced by women during labor. Four different contexts emerged from the analyzed data: the experience of labor pain, women's needs, "baggage" and the role of health care professionals. **Conclusion:** The experience of pain experienced by women during labor is individual and subjective. Pain can be experienced as positive and as having a purpose. The presence of a companion, pain relief and comfort strategies, and a safe environment emerged as the woman's needs. The role of the midwife is emphasized as essential for a safe assistance, capable of promoting positive labor experiences and an important factor in how the woman experiences the labor pain.

Keywords: *Labor Pain; Labor,obstetric; Delivery,obstetric; Women; Experiences.*

Lista de tabelas

Tabela 1 - Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi	79
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica.	82
Tabela 3 - Caracterização obstétrica.	83
Tabela 4 - Estratégias de alívio de dor e conforto utilizadas.	84
Tabela 5 - Apresentação da estrutura essencial relativa a experiências positivas.	85
Tabela 6 - Apresentação da estrutura essencial relativa a experiências negativas. ...	87

Lista de figuras

- Figura 1** – Representação esquemática do percurso de desenvolvimento de competências.....58
- Figura 2** – Representação esquemática dos constituintes-chave das estruturas essenciais da vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto, referente aos contextos, *vivência da dor do TP/P, necessidades da mulher, “bagagem” e papel dos profissionais de saúde*133

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
-------------------------	-----------

CAPÍTULO I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	27
--	-----------

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	29
---	-----------

1.1 - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE	29
---	----

1.2 - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE.....	31
---	----

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS PRÁTICAS CLÍNICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	34
---	-----------

2.1 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	34
--	----

2.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA.....	51
---	----

CAPÍTULO II - COMPONENTE INVESTIGATIVA: A VIVÊNCIA DA DOR EXPERIENCIADA PELA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO/PARTO.....	59
---	-----------

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	61
--------------------------------------	-----------

1.1 - A DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO.....	61
---	----

1.2 - FISIOLOGIA E FUNÇÕES DA DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO.....	62
---	----

1.3 - A CULTURA E A DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO.....	65
---	----

1.4 - EXPERIÊNCIAS DE MULHERES QUANTO À VIVÊNCIA DA DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO	68
--	----

2. METODOLOGIA.....71

2.1 - OPÇÃO METODOLÓGICA.....	71
-------------------------------	----

2.2 - CONTEXTO DO ESTUDO.....	74
-------------------------------	----

2.3 - PARTICIPANTES.....	75
--------------------------	----

2.4 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS.....	76
---	----

2.5 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS.....	78
---	----

2.6 - PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	79
--	----

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....81

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES.....	81
--	----

3.2 - ESTRUTURAS ESSENCIAIS DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS.....	85
---	----

3.3 - VIVÊNCIA DA DOR DO TRABALHO DE PARTO/PARTO	88
--	----

3.4 - NECESSIDADES DA MULHER	105
------------------------------------	-----

3.5 - “BAGAGEM”	115
-----------------------	-----

3.6 - PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	126
--	-----

3.7 - A VIVÊNCIA DA DOR DO TP/PARTO NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE - ENQUADRAMENTO COM A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS.....	134
--	-----

CONCLUSÃO140

BIBLIOGRAFIA.....145

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC.

ANEXO II - Algoritmo “Coping with labor” v2©.

APÊNDICE I - Guião orientador da entrevista.

APÊNDICE II - Consentimento informado livre e esclarecido.

INTRODUÇÃO

A dor do trabalho de parto/parto é uma experiência individual. É uma dor desafiadora, emocional e significativa sendo muito diferente de outros tipos de dor. Fatores cognitivos, sociais e ambientais são determinantes e influenciam a dor do trabalho de parto/parto (Whitburn, Jones, Davey & McDonald, 2019).

De acordo com as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Parto Normal, algumas das práticas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas (categoria A) são: “monitorizar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e parto, até ao desfecho do processo de nascimento”; e, o “apoio empático pelos prestadores de cuidados durante o trabalho de parto e parto” (WHO, 1996, p.33-34). Em 2018, a OMS, nas recomendações para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva, reitera a recomendação de que os cuidados maternos devem ser respeitosos, e a comunicação entre os profissionais de saúde e a mulher em trabalho de parto deve ser efetiva, mediante o uso de métodos adequados e culturalmente aceites (OMS, 2018).

Também, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (Regulamento n.º 391/2019), o EEESMO, no período pré-natal: “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (critério de avaliação 2.1.8) sendo a dor do trabalho de parto/parto um dos temas a ser abordado nos Cursos de Preparação para o Nascimento, conforme a Recomendação nº 2/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2012a). Durante o trabalho de parto, o EEESMO “garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” (critério de avaliação 3.1.2), “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (critério de avaliação 3.1.3), e “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (critério de avaliação 3.1.6), sendo que “ganhos em capacidades sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto” e “ganhos em capacidades sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto” apresentam-se como exemplo de indicadores de qualidade altamente sensíveis aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, segundo o

Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018a, p.11).

No decorrer da prática clínica no âmbito da assistência à mulher durante o trabalho de parto/parto, inserida na família e comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica confronta-se com um fenómeno transversal experienciado pela mulher: a dor do seu trabalho de parto/parto. De acordo com Schmid (2012), “este aspeto fica gravado em sua memória e dele depende a qualidade da sua experiência de “dar à luz” (p. 23).

Tendo por base a minha experiência profissional, como enfermeira em cuidados de saúde primários, tenho verificado que as mulheres manifestam a sua preocupação e medo em relação à dor do trabalho de parto/parto, durante a fase pré-natal, particularmente durante o terceiro trimestre, com a aproximação da data provável do parto. Haines, Rubertsson, Pallant & Hildingsson (2012) referem que os medos e atitudes das mulheres em relação ao parto podem influenciar os cuidados de saúde materna que recebem e os resultados do parto. Por outro lado, na fase pós-natal, a qualidade da experiência de parto tem impacto a longo prazo, na vida da mulher, nomeadamente no seu relacionamento com o companheiro (Brudal, 1985 como referido por Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007), os restantes filhos e o bebé (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990; Lagerkrantz, 1979; Morris-Thompson, 1992; Oakley, 1983; Simkin, 1992 como referido por Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007).

Durante o estágio realizado no bloco de partos de hospital perinatal diferenciado, no âmbito do VIII curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, fui confrontada com o fenómeno da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto, e neste contexto surgiu a inquietação sobre a forma como cada mulher vivencia esta experiência de dor, e tem necessidades diferentes a serem satisfeitas. Desde esse momento, tornou-se muito claro para mim qual a temática a tratar, emergindo assim a seguinte questão de investigação: “Qual a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto?”

O marco teórico selecionado para o enquadramento deste estudo foi a Teoria das Transições de Meleis (2010) que norteia o EEESMO a aprofundar os seus conceitos, fazer uso deles na sua prática clínica e a planear ações que favoreçam resultados positivos à saúde, o que neste estudo se reflete nos cuidados à mulher que vivenciou a experiência da dor durante o trabalho de parto/parto (Costa, 2016). Sendo que a experiência do trabalho de parto/parto muitas vezes leva a uma transformação do

autoconceito da mulher quando esta vive a transição para a parentalidade (Benedek, 1959 como referido por Jacinto & Buckey, 2013). E, a vivência da dor do trabalho de parto/parto faz parte deste processo, pois é um fenómeno transversal experienciado pela mulher, que fica gravado em sua memória e dele depende a qualidade da sua experiência de parto (Schmid 2012), qualidade essa, que tem impacto a longo prazo, na vida da mulher, como referenciado anteriormente.

Nesta perspetiva, todos aqueles que se encontram envolvidos no cuidar a mulher em trabalho de parto/parto, desde decisores políticos, aos que apoiam e assistem diretamente a mulher, beneficiam em compreender melhor os determinantes e significados do fenómeno “A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto.”

Estou convicta de que o conhecimento sobre o fenómeno em estudo contribuirá na melhoria das práticas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com a finalidade de proporcionar, à mulher durante o trabalho de parto/parto, uma experiência positiva e satisfatória.

Posto isto, este relatório final de estágio surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (publicado no Despacho nº 3410/2019, de 27 de março, e Regulamento nº42/2020, de 16 de janeiro), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ciclo de estudos conducente ao grau de mestre.

Assim, este relatório final tem como objetivos:

- 1) na componente clínica, apresentar de forma reflexiva as aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo dos estágios;
- 2) na componente de investigação:
 - Conhecer a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.
 - Descrever a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.
 - Compreender a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.

No que diz respeito à metodologia utilizada, no desenvolvimento da componente clínica, recorri às práticas clínicas nos seus respetivos contextos; às competências comuns e específicas do EEESMO emanadas pela Ordem dos Enfermeiros; ao desenvolvimento

de um projeto de aprendizagem e às reflexões críticas sobre o trabalho desenvolvido em cada contexto, de acordo com o Guia Orientador de Estágio (2019).

Relativamente à componente de investigação, a metodologia utilizada na pesquisa para o enquadramento teórico e sustentação científica do estudo foi realizada na plataforma EBSCOhost com interface com as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves, e operador booleano: em inglês, Labor Pain AND Experiences AND Woman. De forma a refinar a pesquisa, as datas de publicação foram limitadas ao espaço temporal de 2015-2021. E, o idioma selecionado foi o inglês, espanhol e português. Foram igualmente utilizados livros e publicações com diferentes anos de publicação, mas que encerram em si interesse na matéria estudada.

Esta investigação trata-se de um estudo fenomenológico descritivo segundo o método de Giorgi. A amostra intencional, não probabilística por rede, tipo bola de neve, foi constituída por 22 mulheres, até 6 meses após o parto, que após consentimento informado participaram no estudo. A recolha de dados realizou-se através de entrevista semiestruturada com colheita de dados sociodemográficos e obstétricos, e questões semiabertas para exploração do fenómeno. A análise dos dados foi realizada utilizando o método fenomenológico de Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010).

Este relatório final está dividido em duas partes. A primeira diz respeito à componente de estágio que discorre sobre a aquisição e desenvolvimento de competências da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, com uma contextualização do estágio profissional e reflexão crítica das atividades desenvolvidas, tendo em consideração as competências do EEESMO enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros. A segunda parte, refere-se à componente de investigação, na qual se destaca o seu enquadramento teórico, o percurso metodológico, e a apresentação e discussão dos resultados. Na parte final, constam as principais conclusões com uma breve análise dos contributos deste relatório final, suas implicações para a prática clínica e limitações ou dificuldades sentidas, bem como as estratégias utilizadas para as superar.

O presente documento respeita as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016).

**CAPÍTULO I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA
ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO

No âmbito da unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, realizou-se o estágio no contexto da Comunidade, que decorreu entre os dias 25 de março e 5 de julho de 2019, no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) em Abrantes e Tomar (4 semanas) e no Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF) (9 semanas), sendo que a primeira semana decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, perfazendo um total de 14 semanas de estágio. O estágio em contexto de Maternidade, realizou-se durante o período de 23 de setembro de 2019 e 21 de fevereiro de 2020, no Hospital Garcia de Orta, durante 20 semanas.

Estes estágios visam o desenvolvimento de competências, comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área da promoção da saúde, prevenção da doença, colaboração no tratamento, recuperação e reabilitação, no período pré-concepcional, gestacional e intergestacional, especificamente no domínio da saúde da mulher inserida na família e comunidade. Bem como, inclui a preparação para o nascimento e parentalidade, planeamento familiar, gravidez, parto, puerpério, período neonatal e climatério (UCP ESMOG, 2019).

Durante as primeiras semanas é fundamental integrarmo-nos nos contextos de estágio onde irá decorrer o desenvolvimento de competências do EEESMO. Importa conhecer o espaço, as equipas, as dinâmicas de trabalho, as atividades desenvolvidas bem como a forma como o contexto integra o sistema de cuidados de saúde e se relaciona com outros, ao serviço dos cidadãos. Assim, segue-se uma breve descrição dos locais de estágio onde se desenvolveu o ensino clínico especializado.

1.1 - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

Ao longo das 14 semanas realizei o estágio em duas instituições, o CHMT e o HDFF, sob orientação pedagógica da professora da ESEnfC e uma Enfermeira tutora Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de cada instituição.

Dadas as especificidades de cada uma das instituições pelos cuidados e serviços que prestam, segue-se uma breve contextualização de cada uma, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. integra três unidades hospitalares, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas, distando entre si 30 a 35 km. A população da área de abrangência do Centro Hospitalar ascende a 230 mil habitantes (de acordo com a informação disponível no portal PORDATA – População residente segundo os Censos (CHMT, EPE 2017). No que se refere à área de Obstetrícia, o CHMT dispõe de internamento de ginecologia, internamento de medicina materno-fetal, internamento de puerpério, consulta externa, bloco operatório, bloco de partos e urgência ginecológica-obstétrica.

No âmbito do referido estágio participei nas consultas de enfermagem em Ginecologia (Planeamento familiar e Menopausa), Obstetrícia (baixo e alto risco) e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) (de acordo com a aplicação da lei nº16/2007 e da portaria nº741-A/2007 (IVG até às 10 semanas). Sendo que ainda pude estar no bloco de partos durante dois turnos onde pude experienciar pela primeira vez a assistência à parturiente e recém-nascido durante o trabalho de parto/parto.

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

A área de influência do HDFF abrange os concelhos da Figueira da Foz e de Montemor-o-Velho e parcialmente, os concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal, de acordo com as redes de referência hospitalar, no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

O HDFF, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva oferece os serviços de Bloco Operatório, Consulta Externa, Ginecologia/Obstetrícia (HDFF, EPE. 2019).

Neste hospital, participei na consulta de Enfermagem de Obstetrícia, e na consulta médica em Ginecologia e Ginecologia Urológica, onde está presente uma enfermeira especialista. Aqui, também se realiza a Preparação para o Nascimento e Parentalidade sob coordenação de uma EEESMO.

Foi nestes contextos que realizei intervenções no âmbito do estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade.

1.2 - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE

Sob orientação pedagógica da Professora da ESEnfC e orientação tutorial de uma EEESMO, realizei o estágio no Hospital Garcia de Orta (HGO) durante um período de 20 semanas.

Segue-se uma breve contextualização da instituição referida, de acordo com os serviços e cuidados que presta no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e as especificidades que a caracterizam.

HOSPITAL GARCIA DE ORTA

A Maternidade do Hospital Garcia de Orta realiza em média cerca de três mil partos por ano. O Bloco de Partos (BP) e o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) situam-se no piso 1 do edifício central e prestam cuidados de saúde diferenciados à população feminina desde a abertura do Hospital. Como áreas de atividade do Serviço de Ginecologia-Obstetrícia dispõe de: Internamento de Ginecologia, que responde ao plano cirúrgico e serviço de urgência; Internamento de medicina materno-fetal; Internamento de puerpério; Consulta Externa; Bloco Operatório; Bloco de Partos e Urgência Ginecológica-Obstétrica. O núcleo de interesse do serviço é dirigido ao bem-estar da mulher no seu todo, assente numa abordagem sociofamiliar, considerando diferenças étnicas, culturais e religiosas.

Na área da obstetrícia, a Maternidade dispõe de um corpo clínico de obstetras, neonatologistas e anestesistas de competência e experiência reconhecidas; um corpo de enfermagem especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos cuidados à mulher, à grávida e ao recém-nascido; um serviço de urgência obstétrica e ginecológica disponível 24 horas por dia, ao longo de todo o ano; um Bloco de partos dotado dos recursos físicos, humanos e tecnológicos; e uma Unidade de Cuidados Neonatais; sendo toda uma equipa de profissionais apta a proporcionar uma experiência de nascimento e de parentalidade positiva. (HGO, 2019)

Trata-se de um Serviço de Referência para o Sul do País e Regiões Autónomas em Cuidados Peri-Natais Diferenciados, sendo um Hospital Amigos dos Bebés acreditado

pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância desde 2005 e, creditado pelo sistema CHKS (Acreditação do Caspe Healthcare Knowledge System), que garante a qualidade e excelência na prestação de serviços e a melhoria contínua dos processos de atuação. (HGO, 2019)

O Bloco de Partos, onde realizei o estágio, dispõe de quatro unidades individuais para parto, uma sala de dilatação com três camas, uma sala de cuidados imediatos ao Recém-nascido, duas salas operatórias e uma sala de cuidados especiais com capacidade para duas camas. São assegurados os cuidados clínicos a todas as mulheres com gravidez, parto e puerpério de baixo, médio e alto risco. Por norma, as grávidas internadas no BP são provenientes do SUOG (1º Piso) ou do Internamento de grávidas (5º Piso) para receberem cuidados especializados durante o seu trabalho de parto. Os blocos operatórios destinam-se a responder a situações de urgência/emergência no Bloco de Partos e cirurgias eletivas em gravidez e puerpério de risco. A sala de cuidados especiais é destinada ao recobro anestésico e vigilância /tratamento de mulheres com patologia na gravidez que exija vigilância hemodinâmica e tratamento intensivo.

Após o parto, as mulheres permanecem cerca de duas horas no bloco de partos antes de serem transferidas para o serviço de Internamento de Puerpério no 5.º piso.

Estes serviços são reconhecidos pela sua qualidade, uma vez que os recursos humanos regem toda a sua prestação de cuidados à população tendo como princípio que todos têm direito a receber cuidados eficientes e de qualidade, oferecidos sem discriminação de raça, nacionalidade religião ou situação socioeconómica, facilitando, assim, o acesso e a equidade na prestação de cuidados de saúde. Toda a metodologia de trabalho tem como alicerces a humanização e satisfação das mulheres e família (HGO, 2019).

Todo o trabalho de parto desenvolve-se em quartos individuais, exceto grávidas internadas no BP para vigilância, onde podem permanecer com a grávida um acompanhante da sua eleição, proporcionando assim um ambiente privado e familiar. Todas as mulheres que recorrem ao SUOG também são triadas e observadas em salas de observação individual, nas quais se respeita a confidencialidade e privacidade.

O BP dispõe de todos os equipamentos necessários ao conforto das mulheres, onde todas as salas dispõem de aparelhagens de som, permitindo levar música da sua preferência. Também é possível usufruir dos benefícios da bola de pilates, duche e panos suspensos durante o trabalho de parto. Esta unidade encontra-se equipada com cardiotocógrafos ligados a uma central de monitorização, permitindo a vigilância permanente, por telemetria ou não, do bem-estar materno-fetal sem intrusão na

privacidade do casal, o que possibilita a livre movimentação da grávida. O HGO possui também um sistema de pulseiras eletrónicas para Recém-nascidos.

É permitida, no BP, a presença de uma pessoa significativa no decurso do trabalho de parto, à escolha da grávida. No SUOG também é permitida a visita de acompanhantes a grávidas internadas no serviço de observação. Os acompanhantes devem cumprir rigorosamente todas as orientações que lhes forem transmitidas pelos membros da equipa do BP e SUOG e só podem circular nas zonas autorizadas.

O HGO recebe periodicamente visitas de grupos de grávidas que realizam preparação para o parto nos Centros de Saúde da área de influência. Estes grupos são recebidos por um/a EEESMO, que faz uma visita guiada às instalações físicas, explica o modo de funcionamento, a dinâmica do serviço e esclarece dúvidas colocadas.

Nesta unidade, incorpora-se na prática de cuidados as recomendações da Organização Mundial de Saúde promotoras do parto normal e de experiências positivas do parto.

No BP fomenta-se o contacto precoce pele a pele após o nascimento, entre a mãe e o recém-nascido, ou por impossibilidade da mãe, com o pai, bem como a amamentação precoce na primeira hora de vida, de acordo com o desejo da mãe, com vista à promoção da vinculação entre mãe e recém-nascido. Atua-se igualmente, de forma a proteger, promover e apoiar o aleitamento materno através da informação e orientação das grávidas e mães.

Nesta unidade são várias as medidas de conforto, farmacológico e não farmacológico disponíveis durante o trabalho de parto, tais como: apoio na execução dos exercícios respiratórios mais adequados; deambulação; exercícios na “bola de nascimento” (bola pilates); massagens; duche; uso de panos suspensos, estímulo a posições não supinas; banco de parto; apoio contínuo de um acompanhante; medicação endovenosa, analgesia inalatória e analgesia epidural.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS PRÁTICAS CLÍNICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia em contexto de Comunidade e Maternidade desenvolveu-se ao longo de 34 semanas no total, com o principal objetivo de desenvolver as competências comuns dos enfermeiros especialistas, plasmadas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, bem como as competências específicas do EEESMO, contidas no Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio, de modo a que me seja possível assumir este novo papel, reconhecido pelos meus pares e sociedade em geral.

Com efeito, e dando cumprimento ao objetivo da unidade curricular Estágio com Relatório de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, procurei refletir criticamente sobre o meu percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, realçando de que forma as ações contribuíram para a aprendizagem, o que foi aprendido, as dificuldades sentidas, as estratégias utilizadas para as superar, quais as dificuldades que permanecem, as razões que lhe estão subjacentes e o que possibilitaria a melhoria do desempenho.

Esta análise reflexiva irá discorrer sobre as atividades desenvolvidas e o desenvolvimento de competências, que se pretende realizar de forma crítica, sustentada na evidência científica e ações realizadas, refletindo sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Este capítulo foi escrito na primeira pessoa pelo facto de a vivência ter decorrido de forma individual e pessoal.

2.1 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

De acordo com as competências específicas do EEESMO plasmadas no Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio, irei descrever as atividades realizadas e analisar criticamente e de forma reflexiva o desenvolvimento de competências durante o meu percurso.

- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.*

Em virtude de ter experienciado as intervenções de enfermagem durante este estágio em contexto hospitalar, tive oportunidade de participar nas consultas médicas de ginecologia no âmbito do planeamento familiar. Em ambos os contextos hospitalares, não existe uma consulta de enfermagem prévia à consulta médica. As intervenções de enfermagem especializada foram desenvolvidas durante a consulta médica, das quais destaco a promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva: anatomia e fisiologia da reprodução e métodos contraceptivos, rastreios do cancro do colo do útero e autoexame da mama.

Em termos teórico-práticos, foi-nos dada a oportunidade, na escola, de treinar a realização do rastreio do cancro do colo do útero, a colocação e remoção do implante contraceptivo e do dispositivo intrauterino (DIU). No entanto, em contexto de estágio, uma vez que no contexto hospitalar este consiste num ato médico, não foi possível experienciar esta intervenção conforme o parecer da Ordem dos Enfermeiros recomenda (Parecer nº 50/2014, Parecer nº 37/2018 e Parecer nº 8/2020 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Considero que o fato de não existir uma consulta de enfermagem individualizada não criou oportunidades que me permitissem desenvolver todo o potencial de intervenção de um EEESMO no âmbito da saúde sexual e reprodutiva nomeadamente em planeamento familiar.

Contudo, considero que desenvolvi o conhecimento no âmbito do aconselhamento de métodos contraceptivos, assim como, da remoção e colocação de implante e DIU através da observação e discussão sobre este ato médico neste contexto hospitalar. Também foi possível assistir às ecografias de vigilância após colocação do DIU.

Relativamente à assistência à mulher/homem no período pré-concepcional, não tive oportunidade de experienciar em nenhum contexto intervenções de enfermagem recomendadas para o EEESMO neste âmbito (Guerreiro e Dias, 2016).

O papel do EEESMO no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional é muito importante na medida em que este implementa programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.*

Foi nesta área de assistência à mulher/homem no período pré-natal que mais desenvolvi experiências. Por um lado, tive oportunidade de realizar as consultas de enfermagem em Obstetrícia de baixo risco, conforme preconizado pela Direção Geral de Saúde no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015a), e consultas de risco. Por outro, pude realizar sessões de educação para a saúde a grupos de mulheres/casais no âmbito da preparação para o parto/nascimento conforme a recomendação da OE (OE, 2012a). Também tive oportunidade de assistir à consulta da mulher/casal no âmbito da interrupção voluntária da gravidez num contexto hospitalar do Médio Tejo, aprofundando o meu conhecimento neste domínio. Nas consultas de obstetrícia, as grávidas/casais vêm referenciadas pelo seu Centro de Saúde por necessidade de um acompanhamento especializado em obstetrícia.

No contexto hospitalar da zona centro, as consultas são realizadas segundo um protocolo em que as grávidas realizam as ecografias de datação da gravidez e, posteriormente, realizam as ecografias do primeiro, segundo e terceiro trimestres. Nesse mesmo dia, têm a consulta de enfermagem e a consulta de obstetrícia. Se a grávida no primeiro trimestre estiver com idade gestacional até as 13 semanas, realiza também o rastreio bioquímico. Nas consultas de enfermagem, o papel do EEESMO é fundamental, na medida em que potencia a saúde da mulher, detetando e tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

O protocolo do serviço deste hospital preconizava uma consulta por trimestre. Assim, nas consultas do primeiro trimestre que realizei, fazia o acolhimento da grávida/casal apresentando-me e estabelecendo uma relação terapêutica. Colhia a história clínica, com a identificação pessoal, os antecedentes clínicos pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos e obstétricos e dados da gravidez atual como a idade gestacional segundo a ecografia e a data provável de parto (DPP). Avaliava fatores de risco social. Avaliava a adaptação pessoal e familiar à gravidez. Realizava o exame físico com a avaliação dos sinais vitais, peso e aumento ponderal; o teste rápido à urina e sua avaliação para despiste de situações de risco; realizava a pesquisa de edemas, varizes, perturbações urinárias, leucorreia, hemorragias, náuseas/vómitos ou azia, obstipação, dispneia e cefaleias. Avaliava a gestão do regime terapêutico prescrito pelo médico. Informava sobre os direitos ao abono pré-natal e ao cheque-dentista. Explicava o funcionamento das consultas e dinâmica do protocolo. Esclarecia dúvidas e realizava intervenção educativa no âmbito da higiene, adaptação à gravidez, alimentação recomendada e segura, prevenção de toxoplasmose e outras infeções, sinais de alerta

que necessitam de recorrer a urgência obstétrica, e, conforme a necessidade, sobre riscos na gravidez, como substâncias aditivas ou psicoativas e automedicação. Informava sobre o rastreio bioquímico e realizava a colheita de sangue como prescrito. Encaminhava para o curso de preparação para o parto e nascimento do hospital.

Na consulta do segundo trimestre, determinava a idade gestacional segundo a ecografia do primeiro trimestre e realizava o exame físico de acordo com o descrito anteriormente. Pesquisava sobre contrações ou sinais de alarme. Realizava intervenções educativas sobre os desconfortos e adaptações do organismo à gravidez e estratégias para minimizá-los, de forma personalizada. Questionava sobre a influência do trabalho no bem-estar da grávida e aconselhava ao uso da cinta de gravidez para maior conforto, se aplicável. Aconselhava a adotar preferencialmente a posição de decúbito lateral esquerdo para se deitar. Informava sobre o desenvolvimento fetal e pesquisava movimentos ativos fetais. Realizava a avaliação dos batimentos cardíacos fetais. Informava e alertava para a importância da vacinação anti-tétano, difteria e tosse convulsa, para prevenção da tosse convulsa no recém-nascido, a ser administrada no Centro de Saúde idealmente às 32 semanas. Abordava a profilaxia da isoimunização RhD se fosse o caso, para a administração de imunoglobulina anti-D ser administrada às 28 semanas no Centro de Saúde em grávidas com fator Rh negativo e teste de Coombs indireto negativo. Verificava a inscrição da grávida no curso de preparação para o parto e nascimento.

Na consulta de terceiro trimestre determinava a idade gestacional segundo a ecografia do primeiro trimestre e realizava o exame físico de acordo com o descrito anteriormente. Pesquisava sobre contrações ou sinais de alarme. Realizava educação para a saúde sobre os desconfortos e adaptações do organismo à gravidez e estratégias para minimizá-los, de forma personalizada. Realizava intervenções educativas sobre sinais de início de trabalho de parto, plano de parto e amamentação. Também informava sobre o material a levar para a maternidade. Entre as 35 e 37 semanas informava sobre a colheita para pesquisa de estreptococos B a ser realizada pelo médico. E, a partir das 36 semanas realizava o registo cardiotocográfico e posterior avaliação do mesmo.

Durante as consultas, a minha maior dificuldade era sistematizar em tempo útil tanto a colheita de dados como a informação e educação para a saúde da grávida/casal, procurando realizar uma consulta o mais completa possível, em tempo útil. Outra dificuldade que posso registar foi a identificação da estática fetal aquando das manobras de Leopold no terceiro trimestre.

Para ultrapassar as minhas dificuldades tentei fazer sempre melhor de cada vez que realizava uma consulta, tentando refletir sobre a minha prática. Sobre a estática fetal a estratégia que utilizei foi aferir com a tutora as minhas conclusões sobre as manobras de Leopold. Com o tempo, progressivamente, fui conseguindo ser cada vez mais autónoma, completa e confiante nas minhas intervenções.

Relativamente às experiências mínimas, tendo em conta o ponto 5.1 do anexo II da Lei nº 9/2009, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, que quanto às experiências mínimas exige consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais, posso afirmar que atingi as 174 consultas de vigilância de grávidas que incluíram os respetivos exames pré-natais.

Foi no contexto hospitalar da região do Médio Tejo, que tive oportunidade de assistir a consultas no âmbito da interrupção voluntária da gravidez (IVG). De acordo com o Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, “Promover a saúde da mulher no período pré-natal e em situação de abortamento” é uma das competências do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio - Diário da República, 2.ª série — N.º 85). Neste contexto, o EEESMO em colaboração com o médico intervém na consulta prévia, na consulta para interrupção e na consulta de controlo.

Nesta consulta é fundamental o acolhimento empático e a disponibilidade para ouvir e ajudar na criação de um ambiente de confiança indispensável na assistência à mulher em situação de interrupção da gravidez. Deve-se garantir a confidencialidade e a privacidade, e adotar uma atitude isenta de juízos de valor para promover a confiança.

O EEESMO desempenha um papel muito importante no acompanhamento, orientação e aconselhamento da mulher, promovendo a decisão esclarecida no âmbito da IVG, informando e orientando para os recursos da comunidade. Na consulta de enfermagem o EEESMO fornece informação detalhada acerca dos procedimentos a realizar, do que é esperado que aconteça e das possíveis complicações, efeitos secundários e sinais de alerta, assegurando-se que a informação foi compreendida.

A gravidez indesejada pode acontecer mesmo em mulheres a fazer contraceção, daí ser indispensável analisar com a mulher os conhecimentos e comportamentos que possam ter contribuído para a gravidez. Prevenir gravidezes indesejadas é também prevenir a IVG. Informar sobre os métodos contraceptivos disponíveis e apoiar na escolha do método mais adequado é uma das importantes intervenções do EEESMO neste âmbito. Nas consultas que observei pude verificar a diversidade de histórias que cada uma das mulheres partilhava. Desde a gravidez em pós-parto por falta de

conhecimentos sobre o método anticoncepcional, até a recorrência à IVG pela segunda vez por uma adolescente que não se comprometia com um método contraceptivo.

Na verdade, considero que a grande intervenção nesta área é a de planejamento familiar, mais concretamente a orientação para a escolha e uso de um método contraceptivo.

Ainda no mesmo contexto, relativamente à assistência à mulher durante o período pré-natal, pude realizar consultas de vigilância pré-natal a grávidas com diabetes gestacional ou que tinham hipertensão arterial associada à gravidez. Relativamente à consulta de Diabetes Gestacional, para além da vigilância pré-natal recomendada a todas as grávidas, devido aos fatores de risco acrescidos pela diabetes gestacional, avaliei a autovigilância glicémica realizada pela grávida, assim como realizei intervenções educativas sobre o plano alimentar e exercício físico recomendados. Nestes casos as grávidas traziam como plano terapêutico medidas não farmacológicas como a autovigilância da glicémia, o plano alimentar e o exercício físico adequados.

Na vigilância pré-natal de mulheres com hipertensão arterial é fundamental a vigilância da tensão arterial e, por outro lado, a vigilância de fatores de risco para pré-eclâmpsia. Assim, durante as consultas avaliava a tensão arterial e a proteinúria, assim como a pesquisa de edemas ou aumento ponderal súbito. Também realizava intervenções educativas sobre a avaliação da TA em ambulatório e o seu registo, assim como dos valores de referência. Realizava ensino sobre sintomas e sinais de alerta que podem indicar a evolução para um quadro de pré-eclâmpsia, sobretudo a partir das 20 semanas (elevação da tensão arterial, cefaleias, alterações visuais, epigastralgias, edema facial e das mãos, aumento súbito de peso, náuseas/vómitos, sensação de mal-estar ou dificuldade respiratória). Realizava intervenção educativa sobre alimentação saudável e recomendava o uso de dieta hipossódica.

Durante o estágio no Hospital da região Sul e Vale do Tejo, durante a primeira semana fui integrada no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Neste serviço, pude compreender como se processa o primeiro contato da grávida com o serviço de obstetria e como decorre a sua continuidade. No SUOG, o EEESMO é responsável pela triagem após a admissão no serviço através do secretariado clínico. Esta responsabilidade atribuída ao EEESMO é muito importante e carece de um desenvolvimento de competências específicas neste âmbito. Durante esta semana pude praticar a colheita de dados e observação da grávida, o estabelecimento da prioridade e o encaminhamento necessário. Na colheita de dados é importante isolar o motivo da ida à urgência, pesquisando fatores relacionados com esse motivo. Colhi dados

relevantes da saúde da grávida como idade gestacional, data da última menstruação, índice obstétrico, grupo de sangue, estado das serologias, análises e exames de vigilância, patologias concomitantes, medicação usual e alergias. Avaliei sempre o bem-estar materno-fetal, através da colheita de sinais vitais e registo cardiotocográfico ou auscultação cardíaca fetal, de acordo com a idade gestacional, bem como, realizei o toque vaginal e observação dos genitais externos. Após observação médica e exames complementares de diagnóstico necessários, é o EEESMO que dá cumprimento ao plano terapêutico ou encaminhamento para outro serviço (bloco de partos, internamento de grávidas, ou serviço de ginecologia).

Neste âmbito, foi uma mais valia o estudo do documento “Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por EEESMO” da Ordem do Enfermeiros (2017) no sentido de garantir o atendimento com identificação adequada do nível de risco das mulheres, e respetiva intervenção assistencial ou terapêutica em tempo útil pelo EEESMO; e os encaminhamentos existentes para uma das valências de obstetrícia/ginecologia (alta/internamento ou transferência), tendo em conta o regulamento das competências específicas do EEESMO.

Uma semana é pouco para desenvolver verdadeiramente todas as competências necessárias no âmbito do SUOG. No entanto, consegui praticar esta intervenção, sentindo maior dificuldade na colheita de dados o mais completa possível e triagem em menor tempo útil. Assim, no final de uma semana, consegui ter uma noção da dinâmica neste serviço e sua importância como porta de entrada para os cuidados materno-fetais diferenciados.

Nas últimas semanas, o meu estágio de Materno-fetal foi realizado no bloco de partos, sempre que prestei cuidados a grávidas com patologia ou com desvios do padrão normal da gravidez que aí se encontravam internadas em início de trabalho de parto.

Assim, as situações mais comuns eram as Ameaças de Parto Pré-termo, principalmente em gravidezes gemelares, Hipertensão arterial crónica ou induzida pela gravidez, suspeitas de Pré-Eclampsia e Diabetes Gestacional. Também prestei cuidados a grávidas com Indução do trabalho de parto por causa materna ou fetal.

Nesta área os procedimentos eram muito baseados em protocolos do serviço no que diz respeito a medidas terapêuticas. Uma vez que os protocolos eram inicialmente desconhecidos, revelou-se complexo e desafiante realizar as intervenções necessárias.

Para superar este desafio, consultei na base de dados disponível do serviço os protocolos aí em vigor, e pesquisei bibliografia relevante para cada tema. Com o estudo

e apoio da enfermeira tutora fui progressivamente desenvolvendo maior autonomia e confiança na realização das intervenções específicas deste serviço.

- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.*

De acordo com o Regulamento nº 391/2019, do DR, 2ª série nº 85 de 3 de maio, o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, nas quais estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, nas quais estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. No que diz respeito à competência cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, é esperado que o EEESMO efetue o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

De acordo com a OE e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012), parto normal entende-se por parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.

Por norma as grávidas são admitidas no BP provenientes ou do SUOG ou do internamento de grávidas, e vêm em fase latente ou ativa do trabalho de parto. Já se torna uma prática comum os casais apresentarem na sua admissão os seus planos de parto.

Durante o estágio tive sempre em consideração o plano de parto estabelecido pela mulher/ casal, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Sempre que foi pertinente intervir ou propor uma intervenção considerada necessária, informava e esclarecia a mulher de modo a obter o seu consentimento. Considero o plano de parto uma prática muito útil, na medida em que promove a comunicação das opções e preferências do casal com a equipa de saúde. Este pode ser escrito ou verbal. Denota-se que as mulheres que têm um plano de partos, nem que seja mentalmente, são mulheres mais informadas e conscientes das características de um parto normal e das práticas recomendadas que promovem um parto mais fisiológico e harmonioso. Assim, promove-se uma comunicação efetiva entre prestadores de cuidados e mulheres através de uma linguagem simples e culturalmente adequada. (OE, 2012b; Lopes, 2018)

A promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos foi também uma das práticas desenvolvidas por mim, nomeadamente, promovendo o apoio contínuo por pessoa significativa. De acordo com a evidência científica, as mulheres que receberam apoio contínuo durante o seu trabalho de parto têm maior probabilidade de parto espontâneo, isto é, por via vaginal, sem o uso de ventosa, fórceps ou cesariana. Além disso, as mulheres podem ser menos propensas a usar analgesia farmacológica ou a ter um parto por cesariana; podem ter maior probabilidade de ficar satisfeitas e ter um trabalho de parto mais curto. Alguns estudos revelam que a depressão pós-parto é menos frequente em mulheres apoiadas durante o trabalho de parto. Também os recém-nascidos de mulheres que receberam apoio contínuo, têm menor probabilidade de ter baixos índices de Apgar ao quinto minuto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017). Assim, o apoio contínuo por uma pessoa significativa pode promover os processos fisiológicos do trabalho de parto, bem como os sentimentos de controle e confiança das mulheres em sua própria força e capacidade de dar à luz. Isso pode reduzir a necessidade de intervenção obstétrica e também melhorar as experiências das mulheres. O controlo do ambiente seguro e terapêutico através da manipulação da luz ambiente, oferta de música e de um ambiente o mais calmo e relaxante possível, contribuiu também para o conforto e bem-estar das mulheres/casais a quem prestei cuidados. (OMS, 2018)

A promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido, foi também um dos focos da minha atenção. Através da presença e participação do pai no parto, assim como, com a promoção do contato pele a pele precoce pode promover a vinculação da tríade. O contato pele a pele precoce é também uma intervenção de promoção do aleitamento materno. Segundo a evidência científica, mais mulheres que realizaram contato pele a pele continuavam a amamentar entre o primeiro e quarto mês pós-parto, em comparação com as mulheres que não tiveram esse contato. As mães que fizeram contato pele a pele também amamentaram seus bebês por mais tempo, em média 60 dias a mais, em comparação com aquelas que não fizeram esse contato. Os bebês que fizeram contato pele a pele tiveram maior probabilidade de serem amamentados com sucesso na sua primeira mamada (Moore et al, 2016). Sempre que promovia o contato pele a pele precoce as mães ficavam muito satisfeitas assim como, se possível prestava os primeiros cuidados ao recém-nascido perto da mãe e pai.

Ao nível da prevenção e controlo da dor, muitas foram as intervenções que pude realizar. Quanto a técnicas para o alívio da dor, a OMS vem recomendar técnicas de relaxamento como relaxamento muscular progressivo, respiração, música, meditação com atenção plena; e técnicas manuais como a massagem ou aplicação de compressas

mornas, para mulheres saudáveis que solicitem o alívio da dor durante o trabalho de parto de acordo com as suas preferências (OMS, 2018). Durante o estágio, pude promover a deambulação, liberdade de movimentos, o uso de bola de pilates, estímulo de posições não supinas, massagem pelo acompanhante, técnica de respiração adequada e duche.

Penso que esta é uma das grandes áreas de intervenção do EEESMO, o alívio da dor com técnicas não farmacológicas, mas que exige recursos humanos suficientes. Como estava num contexto de aprendizagem, pude muitas vezes prestar cuidados individualizados e pude pôr em prática estas técnicas que referenciei.

Por outro lado, existe a opção de analgesia farmacológica, onde pude ter a experiência de intervir com analgesia inalatória (50% oxigénio e 50% protoxido de azoto) e com a analgesia loco regional. Neste contexto, a técnica loco-regional de analgesia do neuroeixo é realizada por cateter epidural, maioritariamente por bólus intermitentes manuais. Neste caso, a deambulação não fica comprometida. Porém, a experiência que tive com PCEA e PIEB (Paciente-controlled epidural analgesia e Programmed intermitente epidural bolus) mostrou empiricamente uma menor autonomia da mulher no que diz respeito à deambulação, por bloqueio motor e parece ter aumentado a frequência de partos instrumentados. Embora os estudos nesta área revelem menores scores de dor, maior autonomia da mulher no controlo de dor, e menor carga de trabalho para o anestesiológico, com maior satisfação por parte da mulher (Teixeira, Abelha e Santos, 2016), da minha experiência, ainda que curta, este tipo de analgesia não é tão facilitadora do parto normal. Tal como para outros procedimentos e intervenções, para as técnicas farmacológicas procurei obter o consentimento informado da grávida, o que vai de encontro ao respeito pelos seus direitos.

Em suma, foi muito gratificante poder apoiar a mulher, principalmente com as estratégias não farmacológicas que se encontram na nossa área de intervenção autónoma, de forma a promover partos mais fisiológicos e harmoniosos, de acordo com as opções da mulher.

O EEESMO monitoriza o trabalho de parto e o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. A monitorização do trabalho de parto passa por identificar o início de trabalho de parto, vigiar a contratilidade uterina, vigiar a dilatação e características do colo, vigiar a descida da apresentação, e outros fatores como a apresentação em si, a variedade da apresentação, a integridade da bolsa amniótica, características do líquido amniótico em caso de rotura, e também, de forma mais subjetiva, o comportamento e expressão

corporal e verbal da mulher. O registo cardiotocográfico permite-nos avaliar o bem-estar fetal, sendo vigiado o traçado cardio-fetal e a dinâmica uterina. Toda esta avaliação realizada pelo EEESMO é muito importante, sendo uma intervenção autónoma e garantia de um parto seguro. A minha autonomia neste âmbito foi sendo desenvolvida de forma progressiva. Inicialmente parecia difícil, por exemplo, avaliar o colo, pois é necessária uma certa sensibilidade e perícia ao toque, mas a partir de determinada altura consegui identificá-lo e pesquisar as suas características. A interpretação do registo cardiotocográfico e relacioná-lo com a evolução do trabalho de parto, assegurando o bem-estar materno-fetal é fundamental para a tomada de decisões e intervenções do EEESMO. De forma gradual consegui desenvolver a minha autonomia na interpretação do registo cardiotocográfico, avaliando a sua relação com a evolução do trabalho de parto, validando sempre a minha interpretação com a avaliação da tutora.

O EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições da saúde da mãe e do feto. No que diz respeito às intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, tinha o maior foco no estímulo a posições não supinas, deambulação, liberdade de movimentos e alternância de posições, e uso de bola de pilates. Para isso, utilizava a monitorização cardiotocográfica por telemetria.

Relativamente a intervenções para prevenir o “atraso” no trabalho de parto, a OMS (2018) não recomenda o uso isolado de amniotomia, nem o uso precoce da amniotomia com condução de trabalho de parto com o uso de ocitocina, mesmo em mulheres submetidas a analgesia epidural. Estas recomendações vêm mostrar que deve ser respeitado o tempo de cada mulher e cada bebé sempre que o seu bem-estar esteja assegurado. Contudo, aprendi a avaliar a necessidade de realizar a amniotomia e a administração de perfusão de ocitocina, de forma a manter o ritmo da progressão do trabalho de parto (TP) e promover a sua evolução. Assim, realizei algumas amniotomias, sempre com a atenção de esta ser realizada com a apresentação bem apoiada ao colo, evitando o risco de prolapso do cordão. A administração de perfusão de ocitocina era vigiada com rigor no que diz respeito ao seu efeito sobre o bem-estar materno-fetal, evitando a hiperestimulação uterina e a repercussão negativa na frequência cardíaca fetal.

Relativamente à aplicação da técnica adequada na execução do parto em apresentação cefálica, esta foi muito gratificante desenvolver. Aprendi a usar as mãos. Aplicava a técnica de Ritgen para proteção do períneo tendo como objetivo a sua integridade. Em caso de circular cervical, aprendi a intervir de forma a desfazer a circular assegurando

o bem-estar do recém-nascido. Foi um longo percurso de aprendizagens, os partos são sempre únicos e, por isso, por vezes sentia avanços e recuos. Pratiquei a execução do parto a maioria das vezes com a mulher em posição semi-sentada. Mas, tive oportunidade também de praticar uma vez no banco de parto, e três vezes na posição lateralizada. Sempre por opção da mulher.

Em relação à posição para o período expulsivo, a OMS (2018) recomenda o incentivo à adoção de uma posição que seja desejada pela mulher, inclusive posições verticais, mesmo em mulheres com analgesia epidural. Esta prática não é muito comum em Portugal (APDMGP, 2015; APDMGP, 2020), embora neste contexto hospitalar esta realidade seja possível por opção da mulher. Creio que a preparação para o parto tem um papel fundamental nesta área. Por um lado, as mulheres devem conhecer as vantagens de partos mais fisiológicos, da sua atitude mais ativa e das opções que têm por exemplo, na escolha da posição mais confortável para parir, nomeadamente as posições verticais. Por outro lado, os profissionais também precisam sentir-se seguros e manter segura esta prática, daí necessitarem de formação muitas vezes teórico-prática e experiência com boas práticas, para que possam oferecer às mulheres esta assistência recomendada.

Outro aspeto que deve ser incentivado e é recomendado pelo documento, é que sejam as mulheres a seguir a sua própria necessidade de “empurrar” (OMS, 2018). No caso das mulheres com analgesia epidural, recomenda-se até atrasar esta ação de “empurrar” durante uma a duas horas depois da dilatação completa, ou até que a mulher recupere a necessidade sensorial de “empurrar”, sempre que os contextos tenham recursos disponíveis para prolongar o período expulsivo e avaliar adequadamente a hipoxia perinatal (OMS, 2018).

Sobre o método de “empurrar”, ou “fazer força”, ainda é prática nos hospitais e cursos de preparação para o parto a manobra de *Valsava* que consiste em fazer força enquanto suspende a respiração (“encha o peito de ar, suspenda a respiração e faça força”, ainda é muitas vezes ouvido). Contudo, esta é uma prática que devia ser descontinuada pelos efeitos negativos na frequência cardíaca fetal e no períneo (Bosomworth and Bettany-Saltikov como referido por Walsh, 2012; Enkin et al. 2005). Balaskas (2017), no seu livro *Parto Ativo* propõe que a mulher siga as vontades naturais do seu corpo no momento de fazer força, sem prender a respiração. Mesmo quando é necessário somar forças à contração, no caso de partos difíceis, aconselha a esperar que venha a contração, encher o peito de ar e à medida que vai soltado o ar, a mulher deve direcionar a energia para baixo. Quando a cabeça começa a coroar, aconselha a não fazer muita força pois

assim a probabilidade de rutura perineal é menor. Durante o estágio tive oportunidade de experienciar os diferentes métodos, sendo que a manobra de Valsava se mostra eficaz encurtando o período expulsivo, porém apoiar os esforços expulsivos espontâneos encorajando a mulher a escolher o seu próprio método deve ser aceite como a melhor prática (Prins, Boxem, Lucas e Hutton, 2011).

Relativamente a distócias de ombros, assisti a duas, onde contei com a intervenção da tutora e aprendi a intervir, tendo sido ambas resolvidas com a manobra de McRoberts e pressão supra-púbica após pedido de ajuda. Após a expulsão do recém-nascido, assegurei a sua avaliação imediata implementando medidas de suporte na sua adaptação à vida extrauterina. Não foi necessário realizar reanimação do recém-nascido (RN) em situação de emergência. O RN era sempre colocado em contato pele a pele com a mãe. Pratiquei sempre que oportuno a clampagem tardia do cordão umbilical, esperando no mínimo um minuto após o nascimento, para melhores resultados de saúde e nutrição para a mãe e o bebé. Na verdade, em 2013, a OMS já recomendava o clampagem tardia do cordão umbilical, realizada entre 1 a 3 minutos após o nascimento, para reservas de ferro aumentadas no momento do nascimento e menor anemia infantil; redução da hemorragia intraventricular; redução da enterocolite necrosante; redução da sepse infantil e redução das transfusões de sangue necessárias, preconizando o início simultâneo dos cuidados essenciais ao recém-nascido (OMS, 2013).

Tive oportunidade de realizar colheita do sangue do cordão tanto para criopreservação de células estaminais como para análise e tipagem do grupo sanguíneo.

Quanto à dequitação, massagem uterina e pesquisa do globo de segurança de Pinard, gradualmente desenvolvi a minha autonomia. A administração de perfusão de ocitocina endovenosa (ou intramuscular) foi realizada de forma a prevenir hemorragia pós-parto, sendo que não presenciei nenhuma nos partos que executei. Após a dequitação, avaliava a integridade do canal de parto e aplicava técnicas de reparação, referenciando as situações que estavam para além da minha área de atuação. Nesta área considero ter ainda alguma dificuldade em executar a técnica de reparação perineal, sendo mais autónoma em reparações de lacerações de grau I. Neste momento aproveitava para realizar algumas intervenções educativas sobre os cuidados a ter com o períneo. Após cada parto, falava sempre com a tutora de forma a obter feedback sobre o meu desempenho e estratégias para melhorar, o que se revelou proveitoso. No final do estágio sentia-me mais segura e com maior confiança na capacidade para executar o parto em apresentação cefálica.

Relativamente às experiências mínimas, tendo em conta o ponto 5.1 do anexo II da Lei nº 9/2009, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, que quanto às experiências mínimas exige a realização de pelo menos 40 partos em apresentação cefálica e de baixo risco, posso afirmar que atingi o objetivo, realizando 45 partos de baixo risco, em apresentação cefálica, que incluíram os respetivos cuidados à puérpera e recém-nascido, relativos ao pós-parto imediato.

- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.*

De acordo com o Regulamento nº 391/2019, do DR, 2ª série nº 85 de 3 de maio, o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Durante o estágio prestei cuidados à mulher e RN inseridos na família e comunidade, apenas no período das 2 horas pós-parto, enquanto se encontravam no serviço de BP, até à transferência para o serviço de puerpério.

Durante o puerpério imediato, o 4º estágio do parto, acontecem ajustes no organismo materno e a adaptação do RN à vida extrauterina.

No que diz respeito ao cuidado ao recém-nascido, a OMS recomenda que em recém-nascidos com líquido amniótico claro que começam a respirar por si ao nascer, não se deve realizar a aspiração da boca e do nariz. E, os recém-nascidos sem complicações devem manter-se em contato pele a pele com as suas mães durante a primeira hora depois do nascimento para prevenção da hipotermia e promoção do aleitamento materno (OMS, 2018). Relativamente ao RN, durante o período de puerpério imediato promovi o contato pele a pele e apoiei o aleitamento materno, o que aconteceu em todas as puérperas e bebés que cuidei, exceto em três, uma por infeção materna (HIV positivo) e duas por opção da mulher. O exame do RN era realizado na sala de cuidados ao RN e logo após este era vestido, sendo que os primeiros cuidados ao RN eram, sempre que possível, prestados junto dos pais.

Relativamente à puérpera, esta encontrava-se numa fase de recuperação, podendo ser um período crítico em caso de complicação, sendo que o EEESMO tem um papel fundamental no diagnóstico e prevenção de complicações, providenciando os cuidados necessários. Uma vez que neste período pode acontecer uma hemorragia pós-parto ou

atonía uterina, avalei sempre a involução uterina com a pesquisa do globo de segurança de Pinard, as perdas hemáticas vaginais, os sinais vitais, e os sinais sugestivos de hemorragia (palidez acentuada, sudorese, taquicardia, hipotensão, agitação, lipotímia ou inconsciência), pois identificação precoce destas situações previne o seu agravamento, o aparecimento de outras complicações e facilita a sua correção. Nesta fase, também vigiei o períneo, a eliminação urinária, e removi os cateteres epidurais e venosos periféricos, caso necessário.

Passadas cerca de duas horas no BP, procedia à transferência da puérpera e recém-nascido para o serviço de puerpério, garantindo sempre a continuidade dos cuidados.

Durante o estágio em contexto comunitário participei na consulta de revisão do puerpério, realizada entre a quarta e a sexta semana do pós-parto. Nela colhia dados sobre a história clínica; realizava o exame físico e avaliava o estado geral da mulher; observava as mamas, avaliava o histórico vacinal; o pavimento pélvico; os conhecimentos sobre o retorno à fertilidade no pós-parto; o suporte social ou fatores de risco familiar; o estado emocional da puérpera e da dinâmica familiar; os hábitos alimentares e de consumo de substâncias psicoativas. Informava sobre estilos de vida saudáveis, sobre o aleitamento materno ou artificial. Informava sobre exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, pesquisa de queixas como dor, fluxo vaginal (hemorragia, leucorreia), queixas urinárias, ou febre, entre outras. Aconselhava em matéria de planeamento familiar, recomendando um intervalo entre gravidezes no mínimo de 2 anos, informava e aconselhava sobre métodos contraceptivos, e o reinício da atividade sexual entre o casal (desconfortos mais comuns).

Informava e aconselhava sobre as transformações emocionais deste período. Apoiava a mãe e o pai na adaptação ao seu novo papel. Informava e aconselhava sobre grupos de recuperação pós-parto existentes na comunidade.

- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.*

Na área de assistência a mulheres no período do climatério, tive oportunidade de participar nas consultas de ginecologia mais especificamente consulta de menopausa, e igualmente prestei cuidados a mulheres no período do climatério nas consultas de ginecologia.

A intervenção da EEESMO assume um papel fundamental na prevenção e deteção precoce de situações de desajuste pessoal, conjugal e familiar durante o período de climatério. Esta consulta era realizada em conjunto com a médica.

Na prestação de cuidados à mulher durante o climatério e adaptação à menopausa, tive de ter em conta uma série de fatores não só de ordem física, como psicológica, afetiva e sexual. Para muitas mulheres a chegada da menopausa exige um processo de adaptação complexo e neste sentido é muito importante a atuação do EEESMO. Neste estágio prestei cuidados com vista à promoção da saúde da mulher e apoiei o processo de transição para a menopausa, realizava intervenções educativas sobre as alterações físicas e psicológicas que podem ocorrer durante o período de transição e adaptação à menopausa adequando às necessidades manifestadas pela mulher. A área da alimentação para prevenção da osteoporose era uma das áreas de ensino mais realizada, assim como a evicção de café, tabaco e álcool. Com a devida proteção, aconselhei as mulheres a apanhar sol para facilitar a absorção do cálcio pela síntese de vitamina D, bem como a realizar exercício físico, controlo da tensão arterial, colesterol e peso.

- *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.*

Nesta área, pude participar nas consultas de ginecologia e ginecologia urológica, sendo esta última uma consulta muito específica.

Desenvolvia atividades/intervenções que passaram pelo acolhimento da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; mostrando disponibilidade para ouvir, esclarecer dúvidas e receios, procurando reduzir o grau de ansiedade; promovendo uma relação de ajuda com a mulher. Realizei intervenções educativas adequadas às necessidades detetadas, de forma a apoiar a readaptação e o autocuidado, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações relacionadas com aparelho genito-urinário e/ou mama; prestando cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilitando a sua adaptação e autocuidado; respeitando as decisões e diferenças culturais; colaborando com a equipa multidisciplinar.

- *Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.*

Relativamente à educação para a saúde a grupos no âmbito do curso de preparação para o parto e nascimento, colaborei otimizando e realizando as sessões de forma autónoma, com supervisão da enfermeira tutora.

Desta forma, integrei o esquema de sessões em vigor. Comecei por dar continuidade ao curso que já seguia, realizando uma sessão sobre as alterações benignas do recém-nascido e prevenção de acidentes. Na semana seguinte, abordámos o tema da dor, trabalho de parto e parto. Na semana seguinte, dei início a uma turma e nesta primeira sessão, apenas foi abordado o funcionamento do curso, o desenvolvimento fetal e o método psicofilático que é utilizado no contexto hospitalar onde realizei o estágio. Nas duas semanas seguintes abordei o tema da Amamentação.

Nas sessões práticas, implementei exercícios de alongamentos, que eram novidade para as enfermeiras que já faziam a preparação para o parto, com o objetivo de aliviar desconfortos posturais, ao nível da coluna vertebral e fortalecer os músculos peitorais. Os exercícios dos membros inferiores tinham o objetivo de favorecer a circulação e retorno venoso e promover a redução de edemas. Dei continuidade aos exercícios com a execução das básculas e do relaxamento.

Numa das sessões, abordei a atualização que a Lamaze International fez ao método psicofilático de Lamaze ao preconizar 6 boas Práticas de Nascimento Saudáveis, e são elas: 1. Deixe o trabalho de parto iniciar-se por si; 2. Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto; 3. Traga alguém significativo para si, uma amiga, ou uma doula para fornecer apoio contínuo; 4. Evite intervenções que não são clinicamente necessárias; 5. Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força; 6. Mantenha Mãe e bebé juntos – é melhor para a mãe, bebé, e amamentação (Lothian e DeVries, 2017).

Numa era onde a medicalização do parto é frequente, estas práticas recomendadas vêm no alinhamento das recomendações da OMS para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva (OMS, 2018), e foram tema abordado nas sessões teóricas de preparação para ao parto.

Dando resposta ao projeto que inicialmente foi elaborado, também promovi o plano de parto e a decisão esclarecida da mulher no âmbito do seu trabalho de parto e parto, essencialmente em dois momentos: primeiro numa sessão de educação para a saúde

no âmbito do curso de preparação para o parto e, também nos momentos em que se juntavam duas mulheres para a realização do registo cardiotocográfico em consulta. Inclusivamente, deixei na consulta um folheto informativo sobre o plano de parto, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros de apoio à promoção do plano de parto. Desta forma, considero que soube promover o plano de parto e aconselhei e apoiei as mulheres na sua decisão sobre o seu trabalho de parto e parto, desenvolvendo as competências exigidas.

Outro objetivo que no projeto tinha planeado desenvolver era promover o aleitamento materno. Ao realizar duas sessões sobre aleitamento materno e informar e aconselhar nesta matéria, durante as consultas de terceiro trimestre, considero que atingi o objetivo a que me tinha proposto.

De uma forma geral, após o planeamento e preparação das sessões, a sua realização aconteceu de forma tranquila e senti-me bastante satisfeita com o resultado. Ao realizar a avaliação de satisfação das grávidas com as sessões os resultados foram bastante positivos.

Ao implementar o programa de preparação para o parto e nascimento considero que desenvolvi competências no âmbito da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal, mais concretamente em conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação para o parto e parentalidade responsável.

2.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA

De acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista plasmadas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, irei descrever as atividades realizadas e analisar criticamente e de forma reflexiva o desenvolvimento de competências durante o meu percurso.

- *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.*

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 do DR 2º Série – Nº 26 de 6 fevereiro, as competências deste domínio são: “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e

deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais”.

Logo à entrada do serviço de BP do Hospital da região Sul e Vale do Tejo existe um *roll up* a informar as mulheres sobre os seus direitos durante a gravidez e parto. Assim, toda a mulher tem direito: a proteção contra danos e maus-tratos; a informação, consentimento e recusa informada, respeito pelas suas escolhas e preferências, incluindo o direito a um acompanhante durante os cuidados maternos; a privacidade e confidencialidade; a ser tratada com dignidade e respeito; a igualdade, ausência de discriminação e equidade nos cuidados; cuidados de saúde ao mais alto nível possível; liberdade, autonomia, autodeterminação e proteção contra coerção. O respeito pelos direitos humanos constitui uma forma de ser e estar que se traduz numa prática respeitosa que promove a dignidade da mulher. Durante o estágio, sempre assumi a defesa dos direitos humanos, conforme deontologia profissional, principalmente assegurando o respeito pelo direito da mulher no acesso à informação, e garantindo a confidencialidade e privacidade da mulher. Sempre que propunha um plano terapêutico de forma a promover o parto normal explicava as opções disponíveis, benefícios, riscos e alternativas procurando o consentimento informado da mulher mesmo que oralmente.

Assim, a construção de estratégias de resolução de problemas aconteceu sempre em parceria com a mulher, sendo a tomada de decisão suportada em juízo baseado na evidência e experiência. Por vezes a construção da tomada de decisão aconteceu com a participação da equipa médica sempre que existia risco de complicação materno-fetal.

Outro aspeto que fomentava na minha prática era garantir o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas da mulher/casal nos seus diversos contextos culturais. Recordo especialmente uma mulher indiana que fazia questão de utilizar um acessório religioso pendurado ao pescoço a contornar a barriga. Quando lhe iniciei a prestação de cuidados ela já estava a usar o acessório, então procurei conhecer mais sobre as suas crenças e cultura de forma a promover um sentimento de segurança e bem-estar. Uma das coisas que utilizei também neste caso, foi a tradução da palavra “força” para incentivar o período expulsivo. Neste hospital é frequente a prestação de cuidados a mulheres de cultura africana, etnia cigana, e outros europeus. Assim considero importante assegurar sempre o respeito pelos valores, cultura, e crenças neste contexto tão multicultural.

- *Domínio da melhoria contínua da qualidade.*

Segundo o mesmo regulamento referenciado anteriormente, são competências deste domínio: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Neste âmbito, não fui dinamizadora no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais, mas colaborei em projetos já existentes, procurando sempre desenvolver práticas de qualidade participando em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, nomeadamente o Projeto “Maternidade com qualidade”.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança de paradigma, pois os casais requerem dos profissionais mais e melhores cuidados, exigem o respeito pelos seus direitos e a satisfação das suas necessidades e expectativas. Assim, o Projeto Maternidade com Qualidade procura dar resposta ao IV objetivo do Plano de Atividades e Orçamento de 2013, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, ou seja, garantir a segurança e qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício profissional com a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde; o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados; a satisfação dos EEESMO envolvidos na prática clínica; a melhoria da eficiência dos cuidados; a dotação de recursos adequada. São indicadores de evidência e medida do projeto: hidratação/ingesta em trabalho de parto; estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; episiotomia - a utilização na prática clínica; amamentação – 1ª hora de vida após o parto; alívio da dor – medidas não farmacológicas no trabalho de parto. Assim, este projeto segue as recomendações emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), classificadas como boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento, tendo sido uma oportunidade fantástica ter realizado o meu estágio neste contexto.

- *Domínio da gestão de cuidados.*

Neste âmbito, são competências deste domínio: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos a situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

A dinâmica dos cuidados a prestar num bloco de partos é muito complexa. Com a supervisão da tutora, mantive a responsabilidade pela vigilância e prestação de cuidados a uma ou duas mulheres de cada vez, sendo este o meu limite. Quando surgia um desvio da normalidade, reconhecia quando devia referenciar para outros profissionais, nomeadamente a equipa médica, sendo que partilhava primeiro com a tutora as minhas dúvidas e preocupações. Progressivamente fui sentido cada vez mais autonomia na gestão dos cuidados a prestar, colaborando nas decisões da equipa sempre com o apoio da tutora, que foi fundamental. Aprendi a delegar algumas tarefas e a avaliar a sua execução relativamente às assistentes operacionais.

- *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.*

Por último, de acordo com o Regulamento nº 140/2019 do DR 2º Série – Nº 26 de 6 fevereiro, as competências deste domínio são: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica”.

Neste âmbito, considero que detive autoconsciência por forma a desenvolver o autoconhecimento e assertividade. Ao longo deste período, tive de desenvolver um processo de autorreflexão contínuo, que permitisse a avaliação do meu desenvolvimento, procura de estratégias e resolução de dificuldades para implementação de melhorias no meu desempenho. Ao longo do estágio, fui conversando com a tutora no sentido de obter um feedback sobre o meu desempenho e de que forma poderia melhorar. Tive de reconhecer os meus recursos internos e limites pessoais e profissionais. A falta de experiência profissional na área hospitalar e a minha insegurança foram dois dos fatores que mais dificultaram o meu desempenho. A gestão da emoção também foi progressivamente trabalhada sendo que sob pressão foi, para mim, muito desafiante atuar. Contudo, considero que me esforcei de forma a melhorar o meu desempenho, procurando ter uma atitude persistente, determinada e positiva. Progressivamente consegui gerir as minhas idiossincrasias na construção cada vez mais forte de relacionamentos com os casais e dos seus processos de ajuda e planos terapêuticos.

No que diz respeito à prática clínica especializada baseada em evidência científica, embora não tenha atuado como facilitadora nos processos de aprendizagem no seio da equipa como formadora oportuna em contexto de trabalho, sempre alicercei os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento atual e pertinente, usando como base das minhas intervenções as recentes “Recomendações da OMS

para os cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva”, uma vez que nele estão contidas 56 recomendações para que possamos oferecer às mulheres e bebês experiências de parto mais positivas.

De acordo com o documento, a maioria dos nascimentos em todo o mundo, anualmente, acontece em mulheres de baixo risco de complicações no início e durante o parto. Contudo, o parto é um evento crítico para a sobrevivência das mulheres e bebês pelo risco de morbidade e mortalidade que pode aumentar se surgirem complicações.

De acordo com as metas estabelecidas pelos objetivos para o desenvolvimento sustentável, o objetivo 3 preconiza garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, tal como a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030) emite orientações para garantir que as mulheres e seus bebês não apenas sobrevivam ao parto mas que possam desenvolver e alcançar o seu potencial de saúde e vida.

O conceito de normalidade no que se refere ao trabalho de parto e parto não é universal nem pode ser padronizado. Nos últimos anos houve um aumento significativo de práticas que permitem iniciar, acelerar, regular ou monitorizar o processo fisiológico que é o trabalho de parto e parto, com o fim de melhorar os resultados, tanto para a mulher como para o seu bebê. Contudo, é a própria OMS que admite que esta crescente medicalização do parto “tende a enfraquecer a capacidade de uma mulher dar à luz e afetar negativamente a sua experiência de parto” (OMS, 2018). Este documento aborda os principais problemas e identifica as práticas mais comuns e pronuncia-se sobre a sua recomendação, a fim de estabelecer normas de boas práticas para que os trabalhos de parto e partos ocorram sem complicações. Promove o conceito de experiência da mulher no âmbito do seu parto como um aspeto central na assistência de qualidade, sendo a mulher o centro dos cuidados. É importante que as mulheres saudáveis e seus bebês saibam que o parto é um processo fisiológico e que este pode decorrer sem complicações para a maioria dos casos.

Esta recomendação da OMS reconhece que todas as mulheres têm o direito a uma experiência de parto positiva, e que este deve ser o desfecho que abrange a todas as mulheres. Assim, define uma experiência de parto positiva como uma experiência que “cumpra ou supere as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher”. O que inclui “dar à luz a bebê saudável num ambiente seguro desde o ponto de vista clínico e psicológico, contando com apoio prático e emocional contínuo, isto é, estar acompanhada no momento do nascimento e ser assistida por pessoal amável e com competências técnicas adequadas” (OMS, 2018).

Esta recomendação alerta-nos a nós profissionais da saúde, para o nosso papel de técnicos com competências adequadas, mas sobretudo para a forma como desempenhamos a nossa prática, ou seja, a relação que estabelecemos com as mulheres e casais e a forma como os tratamos. O ser amável e prestar cuidados com compaixão é uma das próprias recomendações, realizando-o de uma forma contínua ao longo de toda a assistência.

Estas recomendações baseiam-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja ter um trabalho de parto e parto fisiológicos, e desejam alcançar um sentimento de realização e controlo pessoais, através da sua participação nas tomadas de decisão, mesmo quando são necessárias ou desejam intervenções médicas. Este documento reúne recomendações novas e outras já existentes da OMS com o objetivo de garantir a qualidade da assistência por isso são baseadas na evidência científica após um processo rigoroso de elaboração de diretrizes. Foi uma experiência muito interessante o paralelo que se estabelecia entre a evidência científica e prática clínica.

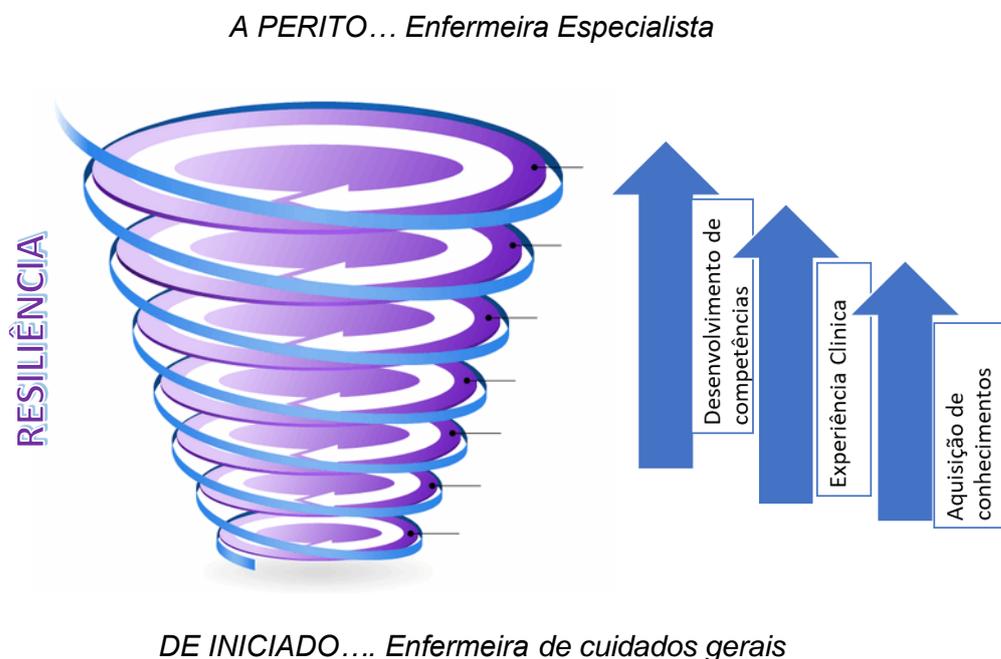
Ao elaborar este relatório que diz respeito à componente de estágio, senti necessidade de descrever as atividades desenvolvidas o que me permitiu ter uma atitude reflexiva sobre o percurso de desenvolvimento de competências. Este desenvolvimento de competências e o domínio das intervenções técnico-científicas e relacionais, foi acontecendo de forma gradual e progressiva. Inicialmente observava a tutora a realizar as intervenções de enfermagem especializada. De forma gradual e progressiva fui executando as intervenções de enfermagem tendo maior atenção na componente especializada que a diferencia dos cuidados gerais. Para um desenvolvimento mais consistente adquiri sempre uma prática reflexiva, abordando as minhas dúvidas ou questões com as tutoras, procurando receber feed-back pelo meu desempenho, identificando aspetos a melhorar. Ao longo dos estágios também recorri muito à pesquisa bibliográfica e ao estudo dos temas de saúde com os quais me deparei. Uma das minhas limitações foi a minha insegurança e medo de falhar, o que ultrapassei com o cultivo da minha determinação, persistência e resiliência. Uma outra limitação que considero existir no plano de estudos é a inexistência de um ensino clínico num serviço de puerpério. Consegui realizar apenas um turno num serviço de puerpério, o que me permitiu ter uma noção do cuidar neste período, sendo a amamentação uma área de grande intervenção e abrangência.

Ainda assim, considero que desenvolvi as competências necessárias que são exigidas ao EEESMO pelos Regulamentos profissionais, na medida em que aproveitei todas as oportunidades que me foram oferecidas para desenvolver a minha perícia técnico-científica e humanista e executei todas as intervenções de enfermagem especializada possíveis nos contextos de ensino clínico onde estive.

Segue-se uma representação esquemática do meu percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO. Represento-o com uma espiral tridimensional que significa que o desenvolvimento de competências é um contínuo em constante evolução onde a aquisição de conhecimento e a experiência clínica são a base que ao longo do tempo permitem construir a profissional competente que sou e que quero continuar a ser no futuro, sendo a resiliência uma das qualidades mais importantes ao longo do processo.

Este percurso iniciou-se desde o fim do Curso de Licenciatura em Enfermagem em 2009 e continua nos dias de hoje com desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, caminhando para o futuro onde serei uma EEESMO com responsabilidades e competências acrescidas, daí a referência a Benner (2001), de iniciado a perito.

Figura 1 – Representação esquemática do percurso de desenvolvimento de competências.



Durante o estágio realizado no bloco de partos, fui confrontada com o fenómeno da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto, e neste contexto surgiu a inquietação sobre a forma como cada mulher vivencia esta experiência de dor, e tem necessidades diferentes a serem satisfeitas. Desde esse momento, tornou-se muito claro para mim qual a temática a tratar, emergindo assim a seguinte questão de investigação: “Qual a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto?”

Neste sentido, segue-se no próximo capítulo a componente de investigação elaborada para este relatório final, onde são abordados primeiramente os aspetos teóricos do fenómeno em estudo, seguindo-se o seu percurso metodológico, apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos.

**CAPÍTULO II - COMPONENTE INVESTIGATIVA: A VIVÊNCIA DA DOR
EXPERIENCIADA PELA MULHER DURANTE O TRABALHO DE
PARTO/PARTO.**

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor do trabalho de parto/parto é uma experiência individual. É uma dor desafiadora, emocional e significativa sendo muito diferente de outros tipos de dor. Fatores cognitivos, sociais e ambientais são determinantes e influenciam a dor do trabalho de parto/parto (Whitburn, Jones, Davey & McDonald, 2019).

De forma a realizar um enquadramento teórico do fenómeno em estudo “A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto”, desenvolve-se em seguida alguns aspetos teóricos relacionados com a dor do trabalho de parto/parto.

1.1 - A DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO

A definição de dor, da International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), é referida como uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

A dor do trabalho de parto/parto, sendo uma dor diferente de outros tipos de dor, emerge durante um processo fisiológico que aumenta em intensidade associada à progressão de um trabalho de parto normal (Corli et al., 1986; Lowe, 1991 como referido por Whitburn, Jones, Davey, & Small, 2014; ICN, 2018).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019), *dor de trabalho de parto* é a sensação de dor, de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto. De acordo com Schmid (2012), “este aspeto fica gravado em sua memória e dele depende a qualidade da sua experiência de “dar a luz” (p. 23).

Neste contexto, pode-se considerar que a dor associada ao trabalho de parto/parto é um fenómeno complexo e único (Whitburn, Jones, Davey, Small, 2014; Whitburn, Jones, Davey, McDonald, 2019). Frequentemente, a dor de trabalho de parto/parto é descrita como a experiência de dor mais desafiante e intensa pela qual uma mulher poderá passar, existindo uma enorme variedade de perceções de mulheres sobre esta dor (Lowe, 2002 como referido por Whitburn, Jones, Davey, McDonald, 2019).

Sendo a dor do trabalho de parto/parto um fenómeno complexo e único, esta pode ser descrita como uma experiência paradoxal, pois poderá ser excruciante como também desejável devido ao seu resultado positivo - o nascimento de um filho (Lundgren, 1998 como referido por Whitburn, Jones, Davey, McDonald, 2019).

1.2 - FISILOGIA E FUNÇÕES DA DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO

É fundamental o conhecimento adequado sobre a dor e os seus mecanismos, para a adoção de intervenções adequadas à mulher grávida/casal de alívio da dor do TP e conforto.

Uma das características mais importantes da dor de trabalho de parto/parto é o ritmo, caracterizado por dor e pausa, contração e expansão, mal-estar e bem-estar, aceleração e desaceleração. Trata-se de um ritmo dinâmico que pode variar em função de fatores individuais, isto é, determinada pela personalidade de cada mulher, pelas experiências de cada grávida e seu bebé, sendo difícil a sua compreensão (Schmid, 2012).

De acordo com Guerra (2016), maioritariamente, a dor resulta da ativação de neurónios aferentes primários específicos - nociceptores, de lesões, disfunção dos nociceptores ou, do próprio sistema nervoso central (SNC). A dor causada por uma estimulação dos nociceptores da pele, vísceras e outros órgãos designa-se por dor nociceptiva, enquanto que a dor que resulta da disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico é designada de dor neuropática.

Assim, os nociceptores são os neurónios do sistema nervoso periférico responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos, através da transformação da energia patente nos estímulos nociceptivos em impulsos nervosos, conduzindo-os à medula espinhal. Este processo de conversão energética designa-se por transdução (Guerra, 2016). A experiência de dor envolve principalmente quatro processos neurofisiológicos complexos, são eles:

“Transdução: processo pelo qual o estímulo nociceptivo é convertido em impulso elétrico nos terminais nervosos;

Transmissão: condução dos impulsos elétricos ao sistema nervoso central, nomeadamente do corno dorsal da medula espinhal e do tálamo;

Modulação: processo de alteração da transmissão da dor, mecanismos inibitórios ou excitatórios;

Percepção: dá-se no tálamo, sendo o córtex responsável pela discriminação da experiência específica” (Guerra, 2016, p 409).

Segundo Guerra (2016), no que diz respeito à dor de trabalho de parto/parto, especificamente, esta deve-se à contratilidade uterina, à dilatação do colo uterino e à distensão do segmento inferior do útero, durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Segundo a mesma autora, durante este período, a percepção de dor envolve os segmentos espinhais de T10 a L3, responsáveis pela inervação uterina e do colo do útero. Com a progressão do trabalho de parto a dor intensifica-se e estende-se até à região infraumbilical, lombar e sacrada (Guerra, 2016). Relativamente ao segundo estágio do TP, há uma diminuição de estímulos nociceptivos nestas estruturas, embora a contratilidade e a distensão do segmento inferior se mantenham. No entanto, durante este estágio acrescenta-se a dor do períneo, relacionada com a compressão da apresentação fetal e com a distensão do períneo pela expulsão do feto. A mesma autora refere que esta é uma dor mais intensa e bem localizada, que se deve ao estiramento das fibras musculares, dos tecidos subcutâneos e pela compressão muscular. A este nível, os estímulos nociceptivos dão-se na região sacrada de S2 a S4, sendo estes responsáveis pela inervação do colo do útero, da vagina e períneo (Guerra, 2016). Nos terceiro e quarto estágios do TP, Guerra (2016) refere que a dor se associa à dequitação e à involução uterina. Com a progressão do trabalho de parto nestes estágios, os tecidos recuperam e os estímulos hiperálgicos diminuem de intensidade. Contudo, durante o puerpério imediato e tardio é possível sentir dor devido à própria involução uterina, à episiotomia ou laceração vaginal se estas estiverem presentes, ou à recuperação da lordose fisiológica (Guerra, 2016).

Envolvidos no mecanismo da dor de trabalho de parto/parto existe um elevado número de mediadores químicos da dor, e todas as terminações nervosas têm diversos recetores para as diferentes substâncias químicas. Estes neuromediadores podem ser inibidores ou estimuladores da dor (Schmid, 2012). As endorfinas e encefalinas são opióides endógenos que inibem a dor e criam a sensação de bem-estar, prazer, expansão e desejo de repetir a experiência. São produzidas em todo o sistema nervoso, e em particular no mesencéfalo e na medula espinal. A serotonina e a noradrenalina atuam também como inibidores descendentes para as células de transmissão dos estímulos ascendentes. A serotonina liberta-se no encéfalo e na medula e não se conhecem os seus mecanismos de ativação. Por outro lado, a hormona adrenocorticotrófica (ACTH), a ocitocina e as prostaglandinas atuam como estimuladores da dor. Qualquer situação de stress, contração ou hipertonia do sistema simpático pode produzir dor. Se a presença e ação destas substâncias é continuada ou

crónica (stress crónico, perfusão de ocitocina sintética ou prostaglandinas), a produção de endorfinas fica inibida e a dor aumenta de intensidade e se mantém num nível elevado (Schmid, 2012).

Como já referido anteriormente, a particularidade da dor do trabalho de parto /parto é o ritmo. Os picos de dor (stress agudo) alternados com pausas de ausência total de dor produzem, como efeito paradoxal, uma forte estimulação da produção de endorfinas. Assim, de acordo com Schmid (2012) a dor é necessária para estimular uma produção suficiente de ocitocina para o trabalho de parto ativo, e é por isso que aplicar medidas farmacológicas logo desde o início de um trabalho de parto pode ter um efeito prejudicial. Ao início do trabalho de parto, a ocitocina produz-se decorrente das alterações hormonais da placenta e da mãe, em função da estimulação do colo uterino provocado pelos movimentos fetais ativos, o que leva a uma libertação de ocitocina que é responsável pelas contrações irregulares e inconstantes, denominadas de contrações prodrómicas (Schmid, 2012; Pedro & Oliveira, 2016).

Para passar à fase ativa com as suas contrações regulares e efetivas, é necessário um estímulo adicional regular para uma produção constante e crescente de ocitocina, e esse estímulo consiste da dor intermitente. A dor provoca na mulher uma situação de stress agudo, ao qual responde com um pico de produção de catecolaminas e estimulam simultaneamente a produção de endorfinas. Desta forma, aumentam de forma gradual a contratilidade acompanhada de uma capacidade crescente de tolerância à dor. Quando as catecolaminas são produzidas de forma contínua, inibem a produção de ocitocina e das endorfinas, o que poderá levar a situações de prolongamento da fase prodrómica ou suspensão da progressão do trabalho de parto, originando um aumento da dor aguda (Schmid, 2012; Pedro & Oliveira, 2016). Logo, a dor assume um papel fundamental no trabalho de parto, o que também significa que são muito importantes os intervalos entre as contrações. O completo relaxamento entre uma contração e outra permite recuperar a tranquilidade e calma profunda, livre de stress o que ativa o sistema nervoso parassimpático preparando o organismo da mulher para a possibilidade de um novo pico de catecolaminas na contração seguinte, e assim, a um novo estímulo para a produção de ocitocina. A colaboração harmoniosa dos dois sistemas nervosos autónomos durante o trabalho de parto é particularmente importante, uma vez que o sistema simpático é responsável pela contração do útero, e o sistema parassimpático, pela distensão do segmento inferior e colo do útero. Não havendo sintonia entre estes dois sistemas é provável acontecer uma paragem na progressão do trabalho de parto e distócia (Schmid, 2012; Pedro & Oliveira, 2016). Uma vez mais, a alternância entre dor

e relaxamento no momento da pausa favorece a alternância harmoniosa destes dois sistemas.

A função das endorfinas não é somente diminuir a percepção dolorosa, mas também se encarregar de produzir, na fase final da dilatação, um estado alterado de consciência ou estado hipnótico, necessário para a inibição do córtex cerebral, da parte racional, o que permite que o sistema nervoso autónomo assuma as suas funções. Também permite à mulher o abandono do seu ego e limites para chegar à dilatação completa, facilitando a separação do seu bebé, para poder acolhê-lo com alegria. No momento da expulsão fetal, quando cessa o estímulo da dor, a mulher encontra-se com níveis elevados de endorfinas, o que lhe permitirá sentir sensações de gratificação extrema, êxtase e prazer com os quais acolherá o seu bebé e iniciará a sua experiência de pós-parto e maternidade (Schmid, 2012; Pedro & Oliveira, 2016).

Schmid (2012) também refere que a dor tem a função fisiológica de proteger o corpo de qualquer agressão, de forma a que nos faça reagir perante a mesma. O processo de criar espaço e a forte pressão sobre as articulações e terminações nervosas a nível pélvico, exercida pela progressão fetal, não é isenta de perigo nem para a mulher nem para o feto, por isso a dor constitui uma ferramenta valiosa de alerta que permite à mulher corrigir, mediante a sua ação, a situação. Assim, o movimento é a resposta fisiológica necessária à dor. Na impossibilidade de movimento espontâneo, a experiência dolorosa transforma-se num sofrimento injustificável (Schmid, 2012). A liberdade de movimentos permite à mulher adotar instintivamente as posturas mais antiálgicas, que são as de menor resistência e compressão, protegendo-se a si mesmo de danos na região pélvica, no colo do útero e períneo, protegendo também o bebé de maus posicionamentos e pressão excessiva sobre o pólo cefálico fetal, diminuindo o stress e o risco de hipoxia. Em suma, a dor pode representar um guia que indica o caminho, as formas, e através das sensações corpóreas, orienta a mulher sobre o momento em que se encontra.

1.3 - A CULTURA E A DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO

A dor do trabalho de parto/parto é tão antiga quanto a história da humanidade, sendo um dos aspetos mais relevantes no que diz respeito ao parto.

Na história da antropologia, a interpretação cultural da dor remonta às mitologias primitivas e arcaicas que tinham uma conceção dualista: bem e mal. Os humanos primitivos faziam parte da ecologia ambiental e tinham da dor uma imagem associada

ao mal e ao sofrimento, considerada ameaçadora, que provoca dano (Teixeira & Okada como referido por Pereira, Franco & Baldin 2011).

Segundo Pereira, Franco & Baldin (2011), a representação social sobre o parto, identifica-o como uma etapa dolorosa do processo fisiológico da gravidez, sendo a resposta comportamental influenciada pela dimensão emocional e ambiental. Da mesma forma, os fatores socioculturais interferem no modo como a parturiente sente e interpreta esse momento.

Ao longo dos tempos e das diferentes culturas, tradicionalmente, as mulheres grávidas estavam rodeadas de outras mulheres da família mais experientes que lhe facultavam todo o apoio e suporte na transição para a maternidade. O parto, nascimento e o pós-parto era considerado um evento familiar, rodeado de rituais familiares que transmitiam suporte durante a gravidez e parto, onde a mulher era cuidada por pessoas próximas, da sua confiança e que também a conheciam bem, desenvolvendo-se relações fortes com o seu bebé, com a família e com os cuidadores (Lothian, 2008).

Noutros tempos, as parturientes eram assistidas durante o trabalho de parto por parteiras, no conforto dos seus lares e sob os olhos atentos dos seus familiares. Estas mulheres parteiras pertenciam a um círculo de confiança, detinham um conhecimento empírico e na maioria das vezes pertenciam às classes mais populares.

No século XIX, porém, as mulheres provenientes de classes mais elevadas começaram a procurar o acompanhamento da sua gravidez e do seu parto por médicos e, na era vitoriana, inicia-se a introdução de métodos farmacológicos no trabalho de parto, nomeadamente utilizando o ópio (Rocha, 2009).

Após a segunda guerra mundial, devido às altas taxas de mortalidade materna e infantil, convencionou-se a necessidade da institucionalização do parto, passando este do domicílio para o hospital, no qual não é, ainda hoje, permitida a presença constante da família, e os cuidados prestados passaram a ser baseados em normas e procedimentos rotineiros que foram tornando as mulheres passivas face ao parto (Bruggemann, Parpinelli & Osis, 2005). Nesta perspetiva, Kitzinger (2011) refere que as mulheres eram admitidas nas maternidades, entregues a si próprias e aos cuidados das equipas do corpo clínico num ambiente que desconheciam e, por vezes, sentido como hostil, durante todo o trabalho de parto, deixando de ser o “sujeito” e passando a ser o “objeto” do seu próprio parto.

No contexto português, a partir da década de 1970, também ocorreu a institucionalização do parto (Pintassilgo, 2014). De acordo com Silva (2012), em nome da ciência, o parto hospitalar e as intervenções associadas a cada vez mais tecnologia,

e por isso mais invasivas, vieram legitimar o poder médico. Em consequência, os acontecimentos da gravidez e do parto passaram a ser publicamente discutidos, em vez de privados como anteriormente, sofrendo uma forte intervenção normativa, com os profissionais de saúde a ser, cada vez mais, os protagonistas da experiência do parto. Este processo transformou a gravidez e o parto em objetos da medicina, sobrevalorizando o progresso tecnológico e a ciência em relação à natureza. Segundo Pinheiro (2016), que cita Davis-Floyd, enquanto parte de uma ideologia tecnocrática hegemónica, a medicalização do parto constitui um forte conjunto de ideias que determinam o modo de pensar e fazer a assistência à mulher e maternidade, traduzindo-se no controlo social pelo qual os eventos naturais do ciclo vital e os desvios do corpo são considerados como doenças ou desordens que se situam sob a jurisdição médica. De acordo com a mesma autora, esta ideologia criou nas mulheres uma desconfiança acerca das suas capacidades no processo de nascimento normal sem intervenções, tornando-se inseguras e depositando nas mãos dos profissionais e das instituições todo o processo de maternidade, incluindo o parto, sendo hoje comum dados que referem muitas mulheres com medo do parto e com níveis elevados de ansiedade, culminando na solicitação do parto por cesariana, na convicção de que este é o meio mais seguro para ela e para o seu filho (Rozas, Barreira e Merino como referido por Pinheiro, 2016).

Schmid (2012) afirma que a mulher atual nega claramente a pena de viver o nascimento de um filho como castigo por um pecado, como referido anteriormente em tradições antigas. Atualmente, a mulher procura libertar-se de uma condição feminina histórica de sofrimento passivo, fazendo nascer o desejo de libertação, expressa frequentemente com a petição por um “parto sem dor”, com o recurso a analgesia epidural, sendo que esta não está disposta a padecer passivamente aos condicionamentos do passado.

Por outro lado, segundo Walsh (2012), o modelo biomédico de cuidados vigente resultou na medicalização do parto, com o aumento das taxas de analgesia epidural, existindo a suposição pré-concebida que este evento implica sofrimento, pelo que se exige a sua eliminação.

De acordo com Gibson (2014), a forma como as mulheres percecionam a dor do trabalho de parto é influenciada por fatores culturais, o que se deve ao papel social que lhe é atribuído e às expectativas sobre o seu comportamento perante essa dor. Assim, a autora afirma que as mulheres vão expressar-se de forma diferente e de acordo com a sua proveniência cultural. O que pode significar uma cultura que valoriza e enfatiza a expressão da dor, ou, por outro lado, uma cultura que valorize atitudes mais estoicas.

Para Vivilaki & Antoniou (2009), o processo de parto implica aspetos culturais muito diferentes em todo o mundo. A atitude perante a dor e o seu alívio podem influenciar a saúde das mulheres. Relativamente à dor durante o trabalho de parto, as influências culturais podem ser opressivas no que diz respeito à atitude das mulheres e dos profissionais de saúde. Estes autores afirmam ainda que as mulheres precisam desafiar os valores sociais relativamente ao alívio da dor no trabalho de parto e retomar para si o poder sobre os seus próprios corpos durante este processo feminino supremo, que é o processo de nascimento.

Já Whitburn, Jones, Davey & Small (2014) corroboram esta perspetiva, referindo que a dor do trabalho de parto/parto pode ser uma experiência paradoxal, uma vez que podendo ser dolorosa é igualmente desejável pelo seu resultado final, o nascimento de um/a filho/a. Assim, é necessário e importante compreender melhor este fenómeno que é a dor de trabalho de parto/parto, para que se reforcem abordagens que apoiem as mulheres nessa experiência, promovendo o parto fisiológico e experiências de parto positivas para as mulheres. De acordo com estes autores, existem preditores chave da experiência de dor de trabalho de parto/parto que abrangem a autoeficácia prévia das mulheres e a sua predisposição para o TP, assim como a sua tendência para catastrofizar a dor e o seu grau de ansiedade. Com efeito, o ambiente cultural, bem como as filosofias relativas ao parto e a dor do trabalho de parto/parto no local onde são assistidas, influenciam a sua experiência de parto e a gestão da dor, ou o uso de analgesia.

1.4 - EXPERIÊNCIAS DE MULHERES QUANTO À VIVÊNCIA DA DOR DE TRABALHO DE PARTO/PARTO

Curiosamente, um parto sem dor não é necessariamente mais satisfatório para a mulher (Anim-Somuah, Smyth, Jones 2011), pois muitas mulheres desejam experienciar todas as sensações de um trabalho de parto/parto, incluindo a dor (Rafalovich, 2016). Mas também existem mulheres para as quais a dor é impeditiva de uma experiência positiva de trabalho de parto/parto, e por isso solicitam as medidas farmacológicas. Neste sentido, a evidência científica demonstra que o uso de analgesia epidural durante o parto está a aumentar em todo o mundo. Embora a analgesia epidural seja reconhecidamente uma forma efetiva de alívio da dor, paradoxalmente nem sempre esta permite realçar as experiências de trabalho de parto/parto das mulheres, implicando um conjunto de intervenções por vezes rotineiras e desnecessárias, sendo que o medo da

dor durante o trabalho de parto/parto contribui para o aumento dessas intervenções (Whitburn, Jones, Davey, Small, 2014).

Na atualidade, existe uma grande diversidade de estratégias de alívio de dor durante o trabalho de parto/parto da mulher e que, idealmente, não devem impedir as suas hipóteses de um parto normal. Estudos qualitativos sobre as vivências da experiência da dor durante o trabalho de parto/parto das mulheres têm contribuído para o desenvolvimento do conhecimento sobre o fenômeno em estudo. Whitburn, Jones, Davey e Small, (2014) referem que o estado de espírito durante o trabalho de parto/parto pode preparar o terreno para o processo cognitivo e avaliativo em que a mulher constrói e dá sentido à sua experiência de dor. Estudos quantitativos e qualitativos recentes, examinam determinantes e fatores que influenciam esta intensa, emocional e significativa experiência de dor, sendo que estes fatores podem ser agrupados em três categorias: cognitivo, social e ambiental (Whitburn, Jones, Davey, McDonald, 2019). As cognições e emoções da mulher poderão influenciar a sua experiência de dor, sendo mediada por atributos físicos da mulher no seu trabalho de parto/parto, a duração do trabalho de parto/parto e a fadiga. Certos atributos como a auto-eficácia no trabalho de parto/parto, a ansiedade, padrões de vinculação e a tendência a catastrofizar podem permitir uma melhor identificação das mulheres que têm maior probabilidade de pensamentos e emoções desafiantes relativamente à dor do seu trabalho de parto/parto e que, por isso, necessitam de mais, ou de diferentes, tipos de apoio (Whitburn, Jones, Davey & McDonald, 2019).

Durante o trabalho de parto/parto existe uma grande necessidade de apoio social sendo que o tipo de apoio que a mulher recebe pode influenciar a vivência da sua dor. Uma revisão de Van der Gucht e Lewis (2015) demonstrou a importância da continuidade dos cuidados durante o trabalho de parto/parto e revela o impacto positivo que isso permite alcançar. Nesta revisão, os autores afirmam também que este fato promove a aceitação da dor durante o trabalho de parto/parto como um conceito essencial que maximiza a capacidade de lidar com esta dor. A revisão de Whitburn, Jones, Davey e McDonald (2019) revelou que conceitos que se relacionam com a forma como a mulher lida com a sua dor do trabalho de parto/parto incluem: a presença de cuidadores calmos e confiantes, um significado positivo atribuído à dor e uma atitude de aceitação do processo. Ou seja, uma mulher se se encontra face a uma falta de apoio tem maior probabilidade de sofrer, atribuir um significado negativo à sua dor do trabalho de parto/parto, e experienciar uma sensação de desamparo. Assim, o contexto onde a mulher vive o seu trabalho de parto/ parto, particularmente as práticas e as filosofias

presentes neste contexto, e que abrangem a gestão da dor do trabalho de parto/ parto, poderão influenciar a sua experiência individual.

2. METODOLOGIA

Segundo Fortin (2009) o conhecimento científico é fundamental para o progresso da disciplina e o reconhecimento das profissões. No mesmo contexto, Polit, Beck & Hungler (2004) referem que a investigação em Enfermagem enquanto processo de investigação científica, visa desenvolver e ampliar o conhecimento relativamente a áreas de interesse para os enfermeiros. Por sua vez, a maioria dos fenómenos de enfermagem constituem experiências subjetivas relacionadas com a qualidade de vida e o bem-estar da Pessoa, ao longo do seu ciclo de vida. Sob esta perspetiva a investigadora optou por explorar o fenómeno da vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.

Neste sentido, de acordo com Fortin (2009) a elaboração do processo de investigação científica é orientada por um conjunto de métodos e técnicas, designada metodologia.

Assim sendo, com este capítulo pretende-se apresentar o percurso metodológico desenvolvido ao longo deste estudo, identificando o seu objetivo, o contexto em que o mesmo foi desenvolvido e o contributo daqueles que participaram. Pretende-se fundamentar a trajetória traçada de recolha e análise de dados, tendo em consideração as questões éticas, subjacentes a uma investigação qualitativa. Este capítulo foi escrito na terceira pessoa pelo facto de ter sido desenvolvido com a orientação das professoras.

2.1 - OPÇÃO METODOLÓGICA

Pelo fenómeno em estudo, a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto, por se tratar de uma experiência vivida, individual e subjetiva, e a pesquisa efetuada ter demonstrado pouco desenvolvimento de estudos sob esta perspetiva, optou-se pela realização de um estudo fenomenológico descritivo segundo o método de Giorgi cuja análise de dados seguiu os pressupostos do mesmo autor.

A finalidade da investigação qualitativa é proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes e não para os investigadores (Streubert e Carpenter, 2013). Desta forma,

“os investigadores qualitativos enfatizam seis características importantes na sua investigação: 1) uma crença em múltiplas realidades; 2) um compromisso com uma abordagem para compreender o fenómeno em estudo; 3) um compromisso com o ponto de vista do participante; 4) a condução da investigação de modo a limitar a corrupção do contexto natural dos fenómenos de interesse; 6) e um relato dos dados num estilo literário rico incluindo o discurso dos participantes.” (Streubert e Carpenter, 2013, p. 21).

Durante a experiência clínica em contexto de estágio, a investigadora foi confrontada com o fenómeno da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto emergindo assim a seguinte questão de investigação: “Qual a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto?”

Como tal, definiram-se como objetivos desta investigação:

- Conhecer a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.
- Descrever a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.
- Compreender a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.

Tendo em conta os objetivos da investigação, optou-se pelo método fenomenológico, cuja finalidade é explorar a experiência vivida dos indivíduos e proporcionar aos investigadores um enquadramento para descobrirem como é viver uma determinada experiência (Streubert e Carpenter, 2013).

A Fenomenologia pode dizer-se como a ciência das experiências vividas. Apesar de Husserl ser considerado o precursor do método fenomenológico, vários autores desenvolveram este método de investigação, dos quais destacamos Amadeo Giorgi. Este é considerado um dos autores que mais contributos trouxe para esclarecer e demonstrar a importância da Fenomenologia no domínio da Investigação. Através do desenvolvimento do seu método, tem sido valorizado o domínio das ciências humanas, nomeadamente na área da psicologia e da saúde, sustentando uma metodologia rigorosa e sistemática que permite “analisar as experiências vividas no contexto da investigação qualitativa” (Mendes, 2007, p. 101).

A escolha do método fenomenológico para a presente investigação prendeu-se com a procura de uma metodologia que permita revelar a essência e a natureza da vivência da dor do trabalho de parto/parto tal como é experienciada pelas mulheres, pretendendo

alcançar os objetivos propostos. Segundo Giorgi e Sousa (2010), podemos estudar cientificamente uma experiência humana, neste caso a vivência da dor do trabalho de parto/parto, e o significado que este tem para quem o experiencia, ou seja, as mulheres.

De acordo com o método desenvolvido por Giorgi existem quatro passos essenciais (Giorgi e Sousa, 2010, p. 85):

- “1. Estabelecer o sentido geral;
2. Determinação das partes: divisão das Unidades de Significado;
3. Transformação das Unidades de Significado em Expressões de Caráter Psicológico;
4. Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos.”

Sendo este método aplicado à Psicologia, descreve-se de seguida o método adaptado a outras ciências humanas, neste caso, a Enfermagem, descrito por Mendes (2007, p. 115):

- “1. Obter o sentido do todo da descrição;
2. Discriminação das unidades de significado;
3. Transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica;
4. Síntese das unidades de significado transformadas numa estrutura descritiva do significado da experiência.”

Descrevemos seguidamente, de modo sucinto, as quatro etapas essenciais para a análise dos dados, desenvolvida no presente estudo, de acordo com o método selecionado, a metodologia fenomenológica de Giorgi.

Numa primeira fase, após a realização das entrevistas e sua transcrição, procurou-se obter o sentido geral do fenómeno, através da leitura integral das mesmas. Desta forma, conseguiu-se uma familiarização com as vivências experienciadas pelas mulheres, apreendendo o sentido geral do todo, ou seja, a ideia geral da vivência da dor experienciada pelas mulheres durante o seu trabalho de parto/ parto. Importa realçar que foi assumida uma atitude de redução fenomenológica. Segundo Giorgi e Sousa (2010) com esta atitude a investigadora não pretendeu focar-se em partes fundamentais e não colocou hipóteses interpretativas, apenas pretendeu ter uma compreensão geral das descrições realizadas pelas participantes, sendo o objetivo principal obter um sentido da experiência na sua globalidade.

Numa segunda fase, voltou-se às entrevistas transcritas e realizou-se novamente uma leitura, de forma demorada, identificando as transições de significado nas transcrições, assinalando-as com um sublinhado de cor. Estas transições de significado são designadas de unidades de significado, consideradas por Giorgi como constituintes do todo. Ao proceder a esta discriminação das unidades de significado assumiu-se por assunção a perspetiva disciplinar da Enfermagem, com a qual se desenvolve a investigação do fenómeno em estudo. No final desta etapa, obteve-se uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes.

Numa terceira fase, realizou-se a transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica de acordo com a perspetiva disciplinar, a Enfermagem. Nesta etapa, o objetivo foi organizar e transformar as unidades de significado e reescrevê-las, após análise, explicitando o valor disciplinar de cada unidade. Realizou-se esta transformação partindo do processo reflexivo da variação imaginativa, o que significa que é transformada a linguagem do quotidiano expressa pelas participantes para o discurso científico de acordo com o contexto disciplinar e a perspetiva fenomenológica.

Por fim, a quarta fase da análise consistiu em sintetizar e integrar as revelações que emergiram das transcrições. A partir das unidades de significado transformadas e dos seus constituintes-chave revelou-se uma descrição da estrutura essencial e geral do fenómeno em estudo, isto é, da vivência experienciada pelas mulheres participantes relativamente à dor do trabalho de parto/parto.

2.2 - CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto do estudo, diz respeito ao local de recolha de dados. Assim, o acesso à amostra foi realizado através de um convite à participação no estudo dirigido a mulheres puérperas com pertença a grupos de mães na rede social Facebook. No convite, constava a informação fundamental sobre o estudo, e a mulher puérpera interessada em participar, entrou em contacto com a investigadora por mensagem privada ou e-mail, para agendamento da entrevista com a participante.

Devido ao contexto de pandemia da doença Covid-19, o estudo inicialmente pensado teve de ser sujeito a reformulação, de forma a manter a sua viabilidade, pois o contato de proximidade para a realização das entrevistas teve de ser repensado. Assim, após a obtenção do consentimento informado das participantes (Apêndice II), optou-se pela utilização de canais digitais (plataforma Zoom através do serviço Colibri, ou Skype) de

acordo com a preferência das mesmas para a realização da entrevista, sendo utilizado para além do áudio, o vídeo, para que o contacto pudesse ser o mais próximo possível de uma entrevista presencial. Esta opção revelou-se muito benéfica, pois as participantes encontravam-se nos seus contextos naturais, com oportunidade de atender às necessidades dos seus bebés sempre que necessário. Desta forma, foi mais cómodo, conferindo um ambiente calmo, favorável à gravação áudio das entrevistas, garantindo sempre a privacidade e confidencialidade das informações recolhidas.

2.3 - PARTICIPANTES

Para uma melhor compreensão da vivência face ao fenómeno que se pretendeu conhecer, assumiu-se o envolvimento ativo das participantes. Razão pela qual foram assim designadas, participantes, em oposição a termos como sujeito ou informante que transmite uma ideia mais de ser passivo. Assim, ao longo do estudo são designadas como mulheres participantes.

A amostra intencional é não probabilística por rede, tipo bola de neve, e foi constituída por mulheres, que após consentimento informado pretenderam participar no estudo.

Consideraram-se critérios de inclusão:

- Até seis meses pós-parto;
- Gravidez de baixo risco;
- Trabalho de parto fisiológico sem recurso a indução;
- Parto eutócico de termo;
- Parto com ou sem analgesia;
- Partos assistidos por profissionais de saúde habilitados;
- Compreender e falar língua portuguesa;
- Ter preenchido e assinado o consentimento informado para participar no estudo.

Consideraram-se critérios de exclusão:

- Gravidez de risco;
- Trabalho de parto com indução;
- Parto distócico;
- Parto pré-termo;
- Gravidez com recurso a métodos de procriação medicamente assistida;
- Incapacidade de compreender e falar em língua portuguesa;

- Portadora de doença psiquiátrica diagnosticada;
- Problemas de adição ou uso drogas.

A amostra foi constituída por vinte e duas mulheres, sendo que as entrevistas decorreram entre o período de novembro de 2020 e janeiro de 2021.

2.4 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

A seleção do instrumento de recolha de dados deve ter em consideração a natureza do fenómeno a investigar, os objetivos do estudo, a metodologia e os participantes selecionados.

Bogdan e Biklen (1994, p. 134), referem que no contexto da metodologia qualitativa a entrevista é um instrumento básico que permite “recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

Para Kvale como referido por Giorgi e Sousa (2010) “o objetivo da entrevista de investigação qualitativa é o de obter descrições do mundo experiencial, do mundo da vida do entrevistado e suas explicitações de significados sobre os fenómenos descritos” (p.81).

Nesta perspetiva, tendo subjacente a natureza deste estudo, a questão orientadora da investigação e o seu objetivo, selecionou-se como método de recolha sistemática de dados a entrevista semiestruturada. A este respeito, Coughlan e Cronin como referido por Streubert e Carpenter, (2013) afirmam que se trata de uma entrevista mais flexível comparada à entrevista estruturada que contem uma lista fixa de perguntas, pois apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato.

Após a seleção do método de recolha de dados, elaborou-se um guião da entrevista (Apêndice I). A entrevista semiestruturada foi desenhada de modo a colher os dados sociodemográficos e obstétricos, e a explorar a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto. Nela constam os domínios a serem explorados através de questões semi-abertas norteadoras e de exploração do fenómeno em estudo.

Após validação do guião de entrevista por peritos – EEESMO, o estudo foi divulgado na rede social Facebook. O primeiro contacto com a investigadora partia das mulheres interessadas em participar, através de mensagem privada ou e-mail. Após este primeiro

contacto, a investigadora realizou um telefonema com as participantes interessadas, onde foram aferidos os critérios de inclusão e exclusão, e no qual solicitou a colaboração das interessadas no estudo através da realização de uma entrevista, esclarecendo acerca do tema, objetivo e contributos do presente estudo para a Enfermagem e sociedade. Foi também esclarecido o consentimento informado.

Chegou-se a um consenso sobre o local da realização das entrevistas, sendo este nos domicílios das respetivas participantes, através de videoconferência online pela aplicação Skype ou Zoom. Finalizou-se este contacto telefónico marcando a data e hora da entrevista com a participante tendo em conta a sua disponibilidade e conveniência para a realização da mesma.

Após receção dos consentimentos informados assinados e após o esclarecimento de dúvidas, realizaram-se as entrevistas que decorreram entre novembro de 2020 e janeiro de 2021.

No início das entrevistas, lembrou-se o tema do estudo e objetivo, reforçando a importância do seu contributo e dos seus direitos enquanto participante do estudo. Foi salientado às participantes o anonimato e confidencialidade da sua colaboração, sendo que os dados obtidos seriam apenas utilizados no âmbito deste estudo e divulgados no momento da apresentação dos resultados da investigação e divulgação científica. Para efeitos de anonimato e confidencialidade foi utilizada a codificação nas transcrições das entrevistas com a letra P seguida de numeração.

Para cada participante foi concedida a oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas. Foi informado que o conteúdo das entrevistas seria transcrito na íntegra pela investigadora e, ser-lhes-ia pedido posteriormente que a transcrição fosse validada, verificando se o conteúdo transcrito correspondia aos seus valores, opiniões e experiência, sendo que poderiam retificar se considerassem necessário, a fim de garantir a sua validade e fidelidade. Também informámos que após a entrega do estudo e sua discussão, todo o material recolhido seria destruído.

Seguidamente iniciou-se a realização da entrevista, cada uma com uma duração média de 50 minutos, com gravação áudio autorizada pela participante. A entrevista foi iniciada pelas perguntas norteadoras seguidas respetivamente por questões de exploração, procurando conhecer em profundidade a vivência experienciada, tendo o cuidado de não interromper o discurso das participantes de modo a facilitar a sua fluidez, permitindo à participante expressar com espontaneidade a sua vivência. A entrevista era terminada quando cada participante dava por concluída a sua participação expressando que nada

mais teria a acrescentar ao que havia relatado acerca da sua vivência da dor experienciada.

Depois da realização das entrevistas, procedeu-se à sua audição e transcrição integral, sendo esta uma das fases mais demoradas. Para além dos relatos, foram registadas expressões não verbais como o riso, choro e pausas.

Após a realização de 22 entrevistas percebeu-se que a saturação da variabilidade da informação fora alcançada sem que surgissem novos argumentos no discurso das participantes (Streubert e Carpenter, 2013).

Uma vez que se pretendeu compreender a vivência da dor experienciada pelas participantes durante o seu trabalho de parto/parto, após a recolha de dados e respetiva audição e transcrição, procedeu-se à sua abordagem fenomenológica dado que esta, enquanto investigação rigorosa, crítica e sistemática, permite revelar a natureza do fenómeno, tal como é vivenciado pelos sujeitos (Streubert e Carpenter, 2013).

2.5 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

Para o desenvolvimento da presente investigação foi importante o alinhamento com os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, no âmbito da conduta ética que deve pautar um trabalho científico.

O primeiro passo foi a elaboração de um projeto que foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da ESEnfC, o qual obteve parecer favorável (Anexo I). Desta forma foi garantida que a investigação teve em consideração os pressupostos preconizados por esta Comissão, tais como a justificação, pertinência e utilidade do estudo; foram claros os critérios de inclusão e exclusão, o instrumento de recolha de dados foi aprovado, e a garantia de participação livre, voluntária e informada das participantes. Também foi apresentada a forma como seria garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Neste projeto não foram identificados danos para as participantes.

Durante a investigação, foi assumida uma conduta de respeito pela dignidade das participantes e pelos seus valores, crenças e cultura. Desta forma, foi assumido o compromisso de não prejudicar as mulheres participantes neste estudo, salvaguardando a todo o momento a sua participação voluntária, assim como o anonimato e confidencialidade dos relatos das suas vivências.

O primeiro contacto com a investigadora partiu da iniciativa da participante respondendo ao pedido de colaboração divulgado nas redes sociais. No primeiro contacto telefónico foi transmitida a informação relativa ao estudo e esclarecidas as dúvidas existentes. Posteriormente foi enviado a cada participante o consentimento informado onde constava a informação relativa ao estudo, como o seu objetivo, e onde foi realçado a importância do contributo de cada participante para a investigação, para o desenvolvimento da Enfermagem e para a sociedade. Foi também salientado o carácter anónimo, confidencial e voluntário da participação na investigação e a total liberdade e direito de, a qualquer momento, recusar colaborar neste processo. Foi realçado o carácter anónimo e confidencial dos dados, uma vez que os relatos obtidos das vivências das mulheres participantes, apenas estão acessíveis à investigadora e às pessoas diretamente implicadas na elaboração da investigação, e serão apenas utilizados no âmbito do presente estudo e divulgados no momento da sua apresentação e divulgação científica.

Todas as participantes leram e compreenderam o consentimento informado entregue (Apêndice II), devolvendo o documento assinado no momento anterior à entrevista. Para o tratamento dos dados e divulgação do estudo, as participantes foram codificadas com a letra P, e atribuído um número pela ordem pela qual foram entrevistadas, para que seja mantido o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

2.6 - PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Iniciou-se a análise de dados após a transcrição das entrevistas de acordo com o Método de Giorgi (Giorgi e Sousa, 2010), conforme descrito anteriormente no ponto 2.1 do presente capítulo e que se sistematiza de forma resumida na seguinte tabela:

Tabela 1 - Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi (Giorgi e Sousa, 2010; Mendes, 2007).

Etapas	Descrição
1- Estabelecer o sentido geral	Leitura da transcrição completa das entrevistas, para obter o sentido do todo.
2- Determinação das partes: discriminação das unidades de significado	A investigadora volta às entrevistas transcritas, relê-as novamente, de forma demorada e, de cada vez que identifica uma

	transição de significado nas transcrições, estas são assinaladas. No final desta etapa, obtém uma série de unidades de significado, ainda expressas na linguagem comum das participantes.
3- Transformação das unidades de significado numa linguagem científica (de acordo com a perspectiva disciplinar)	Transformação da linguagem do dia-a-dia, expressa pelas participantes, numa linguagem mais rigorosa para o discurso científico, de acordo com o contexto disciplinar e com a perspectiva fenomenológica.
4- Determinação da estrutura geral de significados numa estrutura descritiva do significado da experiência	Integração das unidades de significado, transformadas em constituintes essenciais, e sintetizá-las numa descrição da(s) estrutura(s) essencial(ais) e geral(ais) da experiência vivida pelas participantes relativamente ao fenómeno em estudo.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segue-se a apresentação e discussão dos resultados deste estudo, de acordo com a abordagem fenomenológica que lhe foi aplicada pelo método de Giorgi (Giorgi e Sousa, 2010) e resultante dos discursos obtidos das participantes.

Iniciamos com a caracterização das mulheres participantes, do ponto de vista sociodemográfico e obstétrico.

Posteriormente, continuamos com a apresentação das duas estruturas essenciais que emergiram dos discursos das participantes e que dizem respeito à qualidade das experiências vivenciadas, uma com características positivas e, a outra estrutura, com características negativas, relativamente ao foco deste estudo, a dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto, relativa aos diferentes contextos identificados: a vivência da dor do trabalho de parto/parto, necessidades da mulher, “bagagem” e o papel dos profissionais de saúde.

Neste mesmo capítulo, realizamos a análise e discussão dos resultados apresentados, ou seja, dos significados atribuídos às participantes na investigação à vivência da dor do trabalho de parto/parto por si experienciadas. Iremos igualmente a este nível, confrontar os resultados desta investigação com a revisão da literatura e de outros estudos já realizados e referidos no capítulo de enquadramento teórico que sustentam a compreensão do fenómeno em estudo. Por fim, seguimos para um breve enquadramento dos resultados da vivência da dor do trabalho de parto/parto na transição para a parentalidade com a Teoria das Transições de Meleis.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, o grupo das mulheres participantes tem idades compreendidas entre os 24 e 43 anos, com uma média de idades nos 33,5 anos. No momento das entrevistas, o tempo de pós-parto compreendeu-se entre 19 e 180 dias, com uma média de 111 dias de pós-parto. Quanto ao estado civil, a maioria é casada e todas vivem com os seus companheiros e filhos/as.

Relativamente às habilitações literárias, a maioria completou o ensino superior e trabalha por conta de outrem ou é profissional por conta própria. Segue-se abaixo a tabela com a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica.

Caracterização sociodemográfica	Mulheres n=22
Idade, média, em anos	33,5
Tempo de pós-parto, média, em dias	111
Estado civil	
Casada	14
Divorciada	2
Solteira em União de facto	6
Agregado familiar	
Com companheiro/a e filhos/as	22
Habilitações literárias	
3º Ciclo do ensino básico	1
Ensino secundário	3
Licenciatura	12
Mestrado	6
Estado ocupacional	
Empregada por conta de outrem	13
Profissional liberal	5
Desempregada	4

No que diz respeito à caracterização obstétrica da amostra, quanto ao local de parto, 15 participantes tiveram o seu parto no hospital e 7 participantes tiveram um parto domiciliar. A assistência ao parto foi realizada maioritariamente por Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Quanto à paridade, 7 participantes eram primíparas e 15 múltíparas. A idade gestacional em semanas compreendeu-se entre as 37 semanas e 2 dias e as 41 semanas e 4 dias, com uma média nas 39-40 semanas. Relativamente à medicação durante o parto, 16 participantes tiveram partos fisiológicos sem recurso a qualquer medicação, e apenas 6 tiveram um parto com recurso a ocitocina sintética, sem nenhum ter sido induzido, sendo este um critério de exclusão. A duração do trabalho de parto, foi na maioria das participantes até às 6 horas, considerando-se a fase ativa do trabalho de parto. Decorrente do parto, 14 tiveram laceração da região vaginal ou períneo, sendo referidas apenas lacerações de

grau I, e apenas 3 foram sujeitas a episiotomia. Segue-se abaixo a tabela com a caracterização obstétrica da amostra.

Tabela 3 - Caracterização obstétrica.

Caracterização obstétrica	Mulheres n=22
Local do parto	
Hospital	15
Domicílio	7
Assistência ao parto	
EEESMO	18
Médico Obstetra	4
Número de partos	
Primípara	7
Múltipara	15
Idade gestacional, média, em semanas	39-40
Medicação durante o parto	
Parto fisiológico	16
Parto com uso de ocitocina	6
Duração do trabalho de parto	
<3H	6
3-6H	10
6-9H	3
21-24H	3
Episiotomia	3
Laceração	14

No que concerne às estratégias de alívio da dor e conforto utilizadas durante o trabalho de parto, distinguem-se os seguintes aspetos: a maioria das participantes teve liberdade de movimentos e recorreu à deambulação e mudança de posições durante o trabalho de parto. Onze participantes tiveram a possibilidade de apoio contínuo pelo acompanhante, 9 participantes utilizaram a água como método de alívio da dor, 18 participantes utilizaram técnicas respiratórias, e apenas 10 recorreram a analgesia epidural. Segue-se abaixo a tabela com o registo das estratégias de alívio da dor e conforto utilizadas pelas participantes durante os seus trabalhos de parto/parto.

Tabela 4 - Estratégias de alívio da dor e conforto utilizadas.

Estratégias de alívio da dor e conforto	Mulheres n=22
Métodos não farmacológicos de alívio da dor	
Nenhum	1
Liberdade de movimentos	17
Deambulação e mudança de posições	16
Bola de pilates	9
Apoio contínuo da Grávida	11
Utilização da água	
Imersão (piscina)	7
Chuveiro	9
Sacos de água quente	0
Técnicas de relaxamento	10
Massagem	6
Técnicas respiratórias	18
Acupuntura ou Acupressão	5
Estimulação nervosa elétrica transcutânea	1
Injeção de água estéril	0
Aromaterapia	4
Homeopatia	1
Hipnose	0
Hipnobirth	1
Musicoterapia	8
Silêncio	1
Cromoterapia	0
Ambiente com pouca luminosidade	3
Métodos farmacológicos de alívio da dor	
Nenhum	12
Epidural	10
Medicação Endovenosa	1
Gás inalatório	0

3.2 - ESTRUTURAS ESSENCIAIS DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS

Segue-se a apresentação das duas estruturas essenciais que emergiram dos discursos das participantes e que dizem respeito à qualidade das experiências vivenciadas, uma com características positivas e, a outra estrutura, com características negativas, relativamente ao foco deste estudo, a dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto e parto, relativa aos diferentes contextos identificados: a vivência da dor do trabalho de parto/parto, necessidades da mulher, “bagagem” e o papel dos profissionais de saúde. “*Bagagem*” foi o termo escolhido, no sentido figurado, para representar o contexto relativo aos constituintes-chave da vivência da dor experienciada por cada participante e que esta já trazia consigo, tal como serão referenciados mais à frente: a preparação, crenças e significados, e a influência sociocultural.

Tabela 5 - Apresentação da estrutura essencial relativa a experiências positivas.

Estrutura 1 - experiências positivas

A primeira estrutura que emergiu das informações recolhidas através das entrevistas refere-se às experiências positivas da vivência da dor do trabalho de parto/parto.

Quanto à *vivência da dor do trabalho de parto/parto*, emergiu das informações recolhidas uma descrição da natureza da dor de trabalho de parto/parto (TP/P), caracterizada pela sua natureza, localização, o seu ritmo e progressão da intensidade. Frequentemente pelo discurso das participantes, o trabalho de parto inicia-se com contrações ligeiras e irregulares, progredindo para contrações cada vez mais intensas, associadas a dor, localizada na região abdomino-pélvica e costas, muito comparada a dores menstruais, tipo cólica. Uma característica realçada pelas participantes, é o ritmo da dor do TP/P, que se caracteriza pelo pico da dor e contração, e por intervalos, onde estas referem sentir alívio, bem-estar e relaxamento. À medida que o TP avança os intervalos diminuem entre uma contração e outra. Na fase expulsiva, é referido pelas participantes uma dor sentida como um ardor ou referida como “anel de fogo”, localizada na região vaginal e períneo, associada a esforço expulsivos.

Os sentimentos que foram referidos pelas participantes foram mistos e vividos com alguma ambivalência, entre a felicidade e o medo ou ansiedade. Emergiram das

informações transmitidas sentimentos de tranquilidade, felicidade, confiança, prazer e entrega ao processo de trabalho de parto. Estes sentimentos estão relacionados com o desejo pelo nascimento dos/das filhos/as e a aceitação da dor como processo natural do trabalho de parto/parto. Emergiram alguns pensamentos comuns às participantes, o primeiro a referenciar é a ideia de pensar na contração e dor como uma onda que vai e vem, e que tem o propósito do nascimento de um/a filho/a. Durante o intervalo das contrações as participantes referem que aproveitavam para relaxar e tranquilizar-se, enquanto que no momento do pico da contração o pensamento era que a dor e a contração rapidamente iriam passar, seguindo-se novamente um intervalo de alívio. Um outro traço comum referenciado pelas participantes é que em determinados momentos, nos quais a intensidade da dor é elevada, emergiu o pensamento de que não seriam capazes de aguentar o trabalho de parto até ao fim, o que surge invariavelmente muito perto da fase expulsiva. Surgiu também do discurso das participantes um movimento de interiorização e vivência interna, pouco ligada ao que se passava em seu redor, momentos estes que alternavam com a ligação ao ambiente externo.

Ainda relativamente à vivência, emerge a satisfação com a experiência de parto. Nesta estrutura, a satisfação que emerge dos discursos é muito positiva. As participantes manifestam-se muito satisfeitas com as suas experiências de parto, sendo que a vivência da dor é referida como positiva, uma experiência que depois de ultrapassada traz uma satisfação, orgulho e felicidade incríveis, aumentando a sensação de confiança da mulher em si mesma, sendo este o ponto de partida para um pós-parto mais suave e saudável. A satisfação positiva das participantes relaciona-se com o desfecho positivo do parto e o encontro com as suas expectativas e preferências, assim como o tratamento respeitoso e individualizado.

No que diz respeito às *necessidades* das participantes, a maioria refere que a presença do acompanhante se revela fundamental prestando apoio e suporte tanto físico como emocional. Uma outra necessidade manifestada pelas participantes é um ambiente seguro, que se caracteriza por ambiente privado rodeado de pessoas em quem confiam, tanto os profissionais de saúde como o acompanhante. As estratégias de alívio da dor e conforto são também identificadas como uma necessidade da mulher. A maioria das participantes teve liberdade de movimentos, deambulou ou mudou de posições. Algumas participantes utilizaram a água como estratégia de alívio da dor e conforto, enquanto outras preferiram a analgesia epidural.

Para a experiência de parto cada participante leva consigo uma certa “*bagagem*”, assim como foi denominado o contexto, de onde emergiram a preparação, crenças e significados e a influência sociocultural. A maioria das participantes preparou-se para o parto, frequentando um curso, ou lendo livros, ou participando em workshops ou círculos de partilha. Nessa preparação adquiriram conhecimentos sobre estratégias para lidar com a dor, entre outros temas. A maioria das mulheres leva consigo para a experiência de parto crenças e significados positivos para a dor. É referida a crença na capacidade inata da mulher para parir. A dor é sentida como positiva e tendo um propósito, que é o nascimento de um/a filho/a. Algumas participantes consideram o parto como um renascimento, pois a mulher que surge no parto é diferente da que existia até aí. Algumas mulheres tiveram uma influência sociocultural positiva através da partilha de relatos e experiências de parto positivos.

Emerge dos discursos da maioria das participantes a importância do *papel dos profissionais de saúde*, a sua maioria EEESMO. Estas referem que o seu papel é fundamental no apoio, suporte, incentivo e na transmissão de informação e segurança durante o trabalho de parto/parto.

Tabela 6 - Apresentação da estrutura essencial relativa a experiências negativas.

Estrutura 2 - experiências negativas

Emergiu das informações recolhidas através das entrevistas, uma segunda estrutura que se refere às experiências negativas da vivência da dor do trabalho/parto.

Quanto à *vivência da dor do trabalho de parto/parto*, emergiu das informações recolhidas uma descrição da natureza da dor de TP/P como dor horrível, brutal e excruciante. Os sentimentos que foram referidos pelas participantes foram mistos, no entanto, os sentimentos que predominaram numa experiência negativa foram o medo, a ansiedade e a dor emocional, que se relaciona de forma significativa com a forma de tratamento pelos profissionais que manifesta desrespeito. Relativamente aos pensamentos, numa experiência negativa, o que sobressaiu foi uma vontade de fugir do cenário em que as participantes se encontravam. A satisfação negativa das participantes com a experiência de parto, relaciona-se com o impedimento de ter o acompanhante de sua eleição durante o trabalho de parto, numa época muito

marcada pelas restrições devido à Covid-19, e com a manifestação de desrespeito por parte dos profissionais de saúde em relação às participantes.

Relativamente às *necessidades* manifestadas pelas participantes, apesar do seu desejo de ter acompanhante, não tiveram essa possibilidade devido às restrições pandêmicas, vivenciando o trabalho de parto sozinhas, o que foi referido como um aspeto negativo.

No que diz respeito à “*bagagem*” emergiu dos discursos das participantes crenças e significados negativos, no qual a dor de parto é percecionada como um sofrimento desnecessário e dispensável. Muitas participantes admitiram uma influência sociocultural negativa através dos relatos e experiências de parto negativos. São histórias de complicações obstétricas que aumentam a crença de que o parto e a dor são um sofrimento a ser eliminado.

Dos discursos de algumas participantes, o *papel de alguns profissionais de saúde* face às mesmas, proporcionou uma experiência negativa considerando estas que o tratamento foi impróprio e manifestou desrespeito.

Após a apresentação das duas estruturas essenciais, segue-se a apresentação dos seus constituintes-chave, em cada contexto descrito em cada subtítulo, utilizando para uma melhor compreensão a transcrição das unidades de significado mais representativas. A discussão dos resultados é realizada à medida da sua apresentação.

As unidades de significado transcritas são identificadas pela letra “P” seguida de um número, que corresponde a cada participante pela ordem pela qual foi entrevistada. Esta codificação garante o anonimato e a confidencialidade das informações recolhidas.

3.3 - VIVÊNCIA DA DOR DO TRABALHO DE PARTO/PARTO

Segue-se a apresentação dos constituintes-chave que emergiram dos discursos das participantes, de acordo com o seu contexto – *Vivência da dor do trabalho de parto/parto*, utilizando para um melhor entendimento a transcrição das unidades de significado mais representativas.

- *Natureza da dor*

As mulheres participantes descreveram pelas suas próprias palavras a natureza da dor do trabalho de parto/parto, caracterizando-a quanto à sua natureza, localização, progressão da intensidade, e o ritmo, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

“Passado uma meia hora, quarenta e cinco minutos, comecei a ter contrações, e fisicamente as contrações, eu sentia como se fosse assim uma dor...primeiro, acho que foi esta dor assim... como se fosse dor de menstruação, mas mais forte, no baixo abdómen... nas costas também, um pouquinho no fundo das costas... E essas contrações vinham e iam... e no início a intensidade dessa dor era bem suportável e bem leve...” (P1).

“...no decorrer, as contrações foram ficando cada vez mais fortes, sim, cada vez mais intensas, e a dor passou a ser mais como um ardor, como se fosse um quente muito grande nas costas, um quente muito grande também nas pernas...” (P1).

“...é do género uma dor de menstruação, mas elevadas exponencialmente a mil ou qualquer coisa assim do género.” (P3).

“...fisicamente era aquela dor na barriga muito intensa, que vinha em ondas, e depois ia, e naquele momento em que ia, havia assim um grande alívio de... ok já passou, já passou, eu aguentei! E eu estou bem! E eu agora estou bem! Mas passado pouquíssimo tempo, eu nem tinha tempo de o pensamento chegar ao fim, a dor vinha outra vez... fisicamente era isto.” (P7).

“...quando vinha a contração eu não tinha hipótese, a sensação é tão avassaladora, que nós fazemos aquilo que o nosso corpo nos diz para fazer...” (P8).

“Eu entro em trabalho de parto, eu deitei-me no domingo e acordei por volta da uma, duas da manhã com umas dores que descrevo como se fosse... eu assemelho um bocado às dores menstruais, só que mais forte... a apanhar um bocadinho os rins, a ir para as costas. E a dor, eu sentia que era uma dor que se intensificava, mas depois abrandava, mas começou a ser espaçada, mas a tempo certo.” (P21).

Durante a fase expulsiva, a dor foi descrita com algumas características que a diferenciavam, referidas como um ardor associado a esforços expulsivos:

“... aí já era diferente, o ardor já não era tanto nas costas, nem no fundo da barriga, já era na vagina, já sentia assim um ardor como se fosse rasgar tudo, partir tudo, como se fosse desconstruir tudo lá em baixo a qualquer momento...” (P1).

“...de repente já estava era na base de: isto já não é dor, isto é vontade de puxar, não dói, quando se está no expulsivo, na fase de transição (...) mas suponho eu que tenha

sido na fase de transição, em que já era só vontade de empurrar pronto, não dói, ardeu depois na altura do anel de fogo, quando estava o períneo muito estendido, aí arde mas também é uma coisa muito momentânea...” (P8).

Houve uma participante que experienciou a sensação de trabalho de parto, mas teve dificuldade em atribuir a palavra dor pelo seu significado. E outra, experienciou dor ligeira ou mesmo o trabalho de parto sem dor:

“...mesmo neste parto, foi se calhar o que eu senti mais intenso dos quatro, eu consigo aplicar a palavra intenso eu consigo aplicar a palavra desafiante, mas tenho dificuldade em atribuir a palavra dor. (...) Para mim, dor é algo que necessariamente temos de aliviar, de alguma forma, e eu não sinto necessidade de eliminar aquilo que estou a sentir por qualquer tipo de meio.” (P9).

“Quando eles me reavaliaram, estava com cinco centímetros já, e sem qualquer tipo de dor. Então foi continuando a evoluir a dilatação só com as contrações de treino...” (P10).

Tendo em consideração a prática hospitalar houve também uma participante que experienciou a dor pela realização da episiotomia:

“...e ela fez a episiotomia, por causa disso, aí sim eu posso dizer que a dor maior que eu senti e que foi a mais, pronto, incomodativa e, pronto, a que mais “traumatizou” entre aspas, foi essa [dor] da episiotomia.” (P10).

Algumas das participantes descreveram a dor de trabalho de parto utilizando termos mais negativos:

“...o L. coroou ... aí pronto aí eu senti uma dor ... brutal mesmo excruciante” (P3).

“...uma dor realmente fora do normal, é uma dor horrível, mesmo de todas as dores que tive até agora posso dizer que é uma dor de nível dez.” (P4).

“...era uma dor tão intensa que eu nem consigo bem descrever, porque era assim uma dor que vinha... nem sei bem de onde, para a barriga... uma dor intensíssima na barriga toda, mas é assim uma dor que eu nunca tinha sentido, eu acho que nunca mais vou sentir aquilo, parece assim vindo do inferno...” (P7).

“...e pronto, deu-se a expulsão, pronto, aí foi relativamente rápido... não foi agradável (risos) também, teve também... houve dor...” (P11).

Quanto à vivência da dor de trabalho de parto/parto, neste estudo emergiram das informações recolhidas uma descrição da natureza da dor de TP, que se caracteriza pela sua natureza, localização, o seu ritmo e progressão da intensidade. De uma forma geral, as participantes descrevem o trabalho de parto com início de contrações ligeiras e irregulares progredindo para contrações cada vez mais intensas, associada a dor localizada na região abdomino-pélvica e costas, muito comparada a dores menstruais, tipo cólica. Uma constante característica que é importante referir é o ritmo da dor do TP. Este caracteriza-se pelo pico da dor e contração, e por intervalos de forma alternada, onde as participantes sentem alívio, bem-estar e relaxamento. Pela descrição das participantes, à medida que o TP avança os intervalos diminuem entre uma contração e outra. Na fase expulsiva, é referido pelas participantes uma dor sentida como um ardor ou referida como “anel de fogo”, localizada na região vaginal e períneo, associada a esforço expulsivos.

De acordo com Corli et al. e Lowe, como referido por Whitburn, Jones, Davey, & Small, (2014) e corroborado pelo ICN (2018) a dor do trabalho de parto/parto, sendo uma dor diferente de outros tipos de dor, surge durante um processo fisiológico que aumenta em intensidade associada à progressão de um trabalho de parto normal, descrição que emergiu neste estudo.

Igualmente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019), define a *dor de trabalho de parto* como a sensação de dor, de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto.

Não obstante, é de referir que a perceção de dor é diferente de mulher para mulher, tal como foi referido anteriormente. De fato, houve uma participante que experienciou a sensação de trabalho de parto como desafiante, mas que tem dificuldade em atribuir a palavra dor pelo seu significado negativo que é atribuído socioculturalmente, como algo a ser aliviado ou eliminado. Ainda outra participante, experienciou dor ligeira ou mesmo o trabalho de parto/parto sem dor.

De um ponto de vista mais negativo, emergiu das informações recolhidas uma descrição da natureza da dor de TP como dor horrível, brutal e excruciante.

Nesta perspetiva pode-se afirmar, tal como Mallén-Pérez, Juvé-Udina, Roé-Justiniano & Domènech- Farrarons (2015) referem, a dor do parto é uma experiência sensitivo-percetual e emocional única, que se ativa como resposta fisiológica a um estímulo orgânico produzido pelas contrações uterinas e a expulsão do feto e anexos.

As mesmas autoras referem, entre outros atributos que caracterizam a dor do trabalho de parto, o uso de estratégias de concentração ou de distração por parte da mulher, assim como a simultaneidade de emoções positivas e negativas.

- *Sentimentos*

Durante o trabalho de parto/parto as mulheres participantes vivenciam um misto de sentimentos, sentindo alguma ambivalência entre felicidade e prazer, e medo ou ansiedade:

“E foi por volta da meia noite, a minha bolsa rompeu, e eu lembro-me, na altura, foi assim um misto de felicidade, não é, porque...parece que já todos os dias eu queria que fosse o dia, então fiquei muito feliz, tipo, é agora! E ao mesmo tempo, um medo muito grande, tipo, é agora (risos)...” (P1).

“...chego a ter, dar um certo prazer, anseias tanto por aquele momento, e anseias tanto por aquela resposta do teu corpo para trazer o teu bebé, acaba por ser prazeroso! Eu não te sei explicar, eu terminava a contração a sorrir, porque, para mim, era positivo sabes, aquilo que estava a sentir, eu sabia que logo, logo iria ver o meu bebé, então chegou a ser prazeroso a nível de sensação... é uma bocado, se calhar, ao contrário que muitas mulheres sentem, mas tem haver com a experiência e tudo a volta.” (P2).

“...sentia-me tranquila, só comecei a ficar mais nervosa mesmo no final, quando estava a tremer e sentir que é agora, é a hora. Aí é que eu comecei a ficar um bocadinho mais ansiosa, mais nervosa. Mas durante o processo, sim, sentia-me tranquila, apesar da dor, sentia-me tranquila.” (P20).

Algumas participantes referem que se sentiram tranquilas. Outra participante referiu o entusiasmo como um fator que a ajudou a lidar com a dor:

“É assim, dói, ter um parto dói, mas não se pode comparar com outros que eu tive, sem epidural, desta vez eu senti-me mais tranquila.” (P13).

“Eu senti-me sempre tranquila, sempre, desde o início, muito à vontade.” (P16).

“...o que me ajudou a ser tão forte nessa dor, que continuo a dizer uma dor saudável, eu acho que era mesmo o entusiasmo de ter o meu filho nos braços. Continuo a achar que, aliás, era ele que me estava a dar aquela força, tu consegues! Nós vamos conseguir! Com o entusiasmo de o ter nos braços. Ou seja, é um objetivo que nós temos, e eu tive muito esse objetivo, desde o início. Sempre lutamos por um parto natural...” (P17).

Houve participantes que vivenciaram um sentimento de entrega ao processo fisiológico do trabalho de parto/parto:

“...nessa altura acho que é uma entrega total, já nada faz sentido, e aí é mesmo achar que já não vamos conseguir...” (P1).

“Realmente, o corpo toma conta da situação, se a gente simplesmente confiar e entregar-se, não foi um processo consciente isto do confiar e entregar-me, mas, realmente, se calhar, estava conectada mais com o meu corpo, e isso permitiu que acontecesse desta maneira.” (P14).

Emergiram dos relatos das participantes também sentimentos mais puros de medo, ansiedade e insegurança:

“la se calhar um bocadinho ansiosa, porque como eu já tenho uma filha, e esta época Covid, o meu marido ficou com a minha filha, e eu fui ... o meu pai deixou-me lá, mas depois fiquei sozinha, pronto, sem acompanhante. Não podia ter acompanhante.” (P6).

“...era um misto de sentimentos, eu por um lado, estava extremamente ansiosa, porque já me tinham dito duas vezes que eu não estava em trabalho de parto... portanto, eu não sabia, era aquela incerteza, aquela insegurança, eu não sabia se estava em trabalho de parto ou não, não sabia se deveria ir à urgência novamente ou não. Por um lado, eu achava que deveria ir, porque era a dor mais intensa que alguma vez tinha tido, mas por um lado, eu já lá tinha estado e duas vezes e duas vezes afinal “não era nada”... aquela insegurança e, por outro lado, quase que sentia mesmo medo, porque era uma dor tão, tão intensa, eu só pensava como é que eu vou conseguir aguentar isto? Tive mesmo, mesmo medo acho que medo é a palavra certa...” (P7).

“...por isso é que eu pedi a administração da epidural, tinha aquele medo, com o aumentar da dilatação que a coisa ficasse mais feia...” (P10).

Verifica-se também nos discursos de algumas participantes um conjunto de sentimentos negativos, por vezes, difíceis de descrever, que estão relacionados com a forma como os profissionais de saúde as assistiram:

“...a nível emocional, foi também uma dor um bocadinho maior, para já, em termos de estarmos em tempo de Covid, estive muito tempo sozinha e, apesar dos médicos e enfermeiros serem todos muito simpáticos, fizeram... mexeram em mim como se eu não estivesse ali... foi para ver a dilatação, não pediam, era só “abra as pernas ou com

licença”, pronto, não me explicavam as coisas que iam fazer... as águas, não tive oportunidade de me deixarem que as águas rebentassem naturalmente, foi um enfermeiro que foi lá rebentar, sem aviso, sem pedir licença, e isso começou ali... a dor emocional começou ainda a ser maior, eu parece... eu só estava ali para ter a criança pronto, só a criança nascer é que era o importante, não era o que eu estava a pedir ...” (P5).

“E nessa altura, eu fiquei mesmo super enervada comecei a chorar, estava mesmo... comecei a gritar a dizer que queria o nome do anestesista, e que ia fazer queixa deles todos, fiquei mesmo super descontrolada, e não sei se teve a ver com isso, a dor piorou mesmo imenso, imenso, imenso, eu comecei mesmo sem conseguir aguentar, parece que a dor era só uma.” (P18).

“O obstetra não me deixou olhar para o meu filho, não me deixou fazer pele a pele, foi logo de imediato para a marquesa de reanimação com a pediatra, e sim, essa parte aí é que me doeu mesmo, a nível emocional doeu-me bastante.” (P22).

“Eu senti-me destruída... por completo... mesmo... destruída... mesmo, do género, o que é que se passa aqui?... Senti-me mesmo maltratada.... e para ele parecia que era só mais uma...” (P22).

Os sentimentos que foram referidos pelas participantes foram mistos e vividos com alguma ambivalência, entre a felicidade e o medo ou ansiedade. Emergiram das informações transmitidas sentimentos de tranquilidade, felicidade, confiança, prazer e entrega ao processo de trabalho de parto/parto. Estes sentimentos estão relacionados com o desejo pelo nascimento dos/das filhos/as e a aceitação da dor como processo natural do trabalho de parto/parto. De fato, é frequente encontrar na literatura sentimentos ambivalentes, ou sentimentos de natureza positiva e/ou negativa. Na revisão de Rosa *et al.*(2021) os resultados apontam como experiências positivas a satisfação , sendo que alguns estudos referem como sentimentos experienciados a alegria, tranquilidade e segurança. No estudo de Santana *et al.* (2020) também emergiram sentimentos positivos relacionados com a gratificação, assim como no estudo de Picão *et al.* (2020) onde emergiram sentimentos de alívio, calma e bem-estar. Relacionados com estes sentimentos positivos, sobressaiu no nosso estudo a aceitação da dor como processo fisiológico do trabalho de parto, como a parte de um todo. Este aspeto é corroborado por uma revisão de estudos qualitativos de Van der Gucht & Lewis (2015), no qual se demonstra que muitas das mulheres estudadas afirmam a aceitação da dor como uma parte inevitável do parto e nascimento, o que tem como resultado um aumento da habilidade para lidar com a dor de trabalho de parto/parto. Apesar das

mulheres perceberem a dor do trabalho de parto/parto como desafiante, muitas vêm-na como essencial e com um papel benéfico no processo de nascimento, expressando a percepção positiva da dor que experienciaram.

Por outro lado, é frequente encontrar em diversos estudos sentimentos de natureza negativa, de onde se realçam o medo, ansiedade, angústia e incerteza (Rosa *et al.*, 2021; Santana *et al.*, 2020; Picão *et al.*, 2020). No nosso estudo, os sentimentos que predominam numa experiência negativa são o medo, a ansiedade e a dor emocional, que se relaciona de forma significativa com a forma de tratamento pelos profissionais de saúde. Os estudos revelam que os sentimentos estão relacionados com o ambiente, as práticas e a relação que se estabelece entre a mulher e a equipa de saúde que lhe presta cuidados durante o parto (Rosa *et al.*, 2021; Santana *et al.*, 2020; Picão *et al.*, 2020).

- *Pensamentos*

Emergiu dos discursos das participantes o pensamento relativo à contração e dor como uma onda que vai e vem, e que tem o propósito do nascimento de um/a filho/a. Durante o intervalo das contrações as participantes referem que aproveitavam para relaxar e tranquilizar-se, enquanto que no momento do pico da contração o pensamento era que a dor e a contração rapidamente iriam passar, seguindo-se novamente um intervalo de alívio.

“...esta mentalização de... nem chamar dor à contração, não é,... de reformatar todo o nosso pensamento, de como vemos o parto, não como um momento de dor, mas como um momento de chegada, e a contração como sendo ...como as ondas do mar... a vir e ir... e a cada onda, uma das ondas vai trazer o teu bebé, para haver a motivação de nós enfrentarmos a dor... então, acho que psicologicamente isso foi o que me ajudou bastante.” (P1).

“Quando há um intervalo, o pensamento é de alívio, vou aproveitar ao máximo este tempo, naquela altura automaticamente remete-me à sala de parto em que já estava quase de minuto a minuto, e aproveitar ao máximo, respirar tranquilamente e aproveitar, relaxar todos os músculos, aproveitar, respirar um pouco, aproveitar aquele momento... e depois começava a sentir os meus batimentos a acelerar e com isto comecei a perceber: “oh, oh que vem aí uma contração”... e começava-me a preparar mentalmente para a subida até aquele pico, conforme ela ia subindo tentava respirar calmamente, depois eu mentalizava-me que, ok vem um pico mas depois vai baixar, portanto entrega-te, entrega-te... houve momentos em que nem sempre é fácil esta entrega

principalmente num período de transição, em que a dor é extremamente forte, intensa e com o processo de dilatação tão rápido...” (P2).

“O facto da contração, de se saber que a seguir à contração, o saber que a seguir à contração há um momento de relaxe, ou seja, de ausência praticamente de dor, é maravilhoso! Porque permite-nos naquele minuto, minuto e meio que dura a contração, não é, saber que aquilo não é para sempre, e saber que só temos que aguentar só mais um bocadinho, e aquilo vai abrandar ou vai desaparecer é maravilhoso. Quando estou no momento de ausência de dor ou relaxe, há o contrário, eu estou aqui, mas daqui a nada isto vai voltar outra vez (risos) eu aproveitava o momento de relaxe muitas vezes para verificar se a coisa estava a evoluir.” (P12).

“...aquela questão de concentrar no intervalo das contrações, no livro mindfulness eles falam muito bem disso, e é disso que eu pensava: tenho que aproveitar, é quase um êxtase de “agora não estou a sentir nada” é quase... e é verdade não se sente nada, ou seja, se nos concentrarmos no intervalo das contrações, em vez de estarmos a pensar em que vou ter outra a seguir e vai doer, não vou aguentar e não, aproveitar aquele momento acho que ajuda bastante.” (P15).

“...tentar aplicar, do género, cada contração é um passo mais perto de conhecer o meu filho, tentar pensar assim...” (P20).

“Acho que foi mais mecanismos internos, externos não tive nada... foi mesmo mais interno, tentar respirar, tentar pensar que está a vir um pico de dor, mas vai passar. Quando passa é um alívio gigante. Portanto, depois está a vir mais outra, mais um bocadinho, estamos a sofrer mais um bocadinho, mas vai passar, já passou... foi mais numa de pensar a tal situação, de pensar que estou quase a conhecer o meu filho, isto é um sinal que estou quase lá, portanto, acho que foi mais interno.” (P20).

Um outro pensamento que surge em determinados momentos, nos quais a intensidade da dor é elevada, é o pensamento de que as participantes não serão capazes de aguentar o trabalho de parto até ao fim, o que surge invariavelmente muito perto da fase expulsiva.

“...o que eu pensei foi “oh meu deus, o que é que se está aqui a passar? tipo não vou aguentar isto mais não sei quanto tempo...” (P3).

“...achava que ainda estava muito a meio, então, pensava “isto já está muito doloroso, já não me lembro nada disto, já não me lembrava que era assim, isto está muito doloroso, eu não vou ser capaz”, quando na verdade, eu já estava muito, muito perto do fim, e quando eu percebi isso, ah ok! Só percebi quando ele nasceu...” (P14).

“Eu lembro-me de dizer: eu preciso de ajuda! Eu preciso de ajuda! Eu não consigo! E... quando conseguia perfeitamente, mas naquele momento em que estamos completamente fora do que está acontecer, passa-nos tudo pela cabeça, tudo e mais alguma coisa, e eu não estava a perceber onde o meu corpo me estava a querer levar... e de alguma forma estava a querer contrariar aquela situação, e claro que a dor me estava a assustar também, era: “isto está a doer”, mas não está doer daquela forma que eu já conhecia, o que é que eu faço com isto, não é, era o que me vinha à cabeça, era: “o que é que eu faço com isto? com esta informação que o meu corpo me está a passar... não sei?” Felizmente foi algo que passou muito rápido.” (P16).

Surgiu também dos relatos, uma participante que refere um movimento de interiorização e vivência interna, pouco ligada ao que se passava em seu redor, momentos que alternavam com a ligação ao ambiente externo.

“...e certa forma é o viajar para dentro de mim, não é...de estar ausente ou manter-me mais ausente do mundo exterior...(...) Consegui estar acordada e consciente quando preciso e, ao mesmo tempo, desligada também quando necessário. Mas sim, é uma vivência do trabalho de parto de certa forma dentro de mim e não conectado ao exterior, é mesmo idêntico ao mesmo processo da intimidade sexual como eu disse, não é... nós na intimidade sexual se for para ser prazeroso habitualmente desligamos do ambiente externo, não é, e vivemos aquilo dentro nós...” (P9).

Uma participante referiu um pensamento onde o que sobressai é uma vontade de fugir do cenário em que se encontra.

“Eu só me apetecia fugir, me apetecia ir embora.” (P5).

No que diz respeito ao processo cognitivo das mulheres durante o trabalho de parto, o estudo de Whitburn, Jones, Davey e Small, (2014) sugere dois estados mentais diferentes, definidos pelo foco onde está a atenção da mulher – se a atenção está focada no momento presente ou se está distraída do momento presente, sendo que a mulher pode alternar entre estes dois estados durante o seu trabalho de parto/parto, pois não se constitui um estado estático.

De acordo com este estudo, a mulher focada no momento presente parece estar sintonizada com o seu corpo e pode participar diretamente na experiência da dor do trabalho de parto. Apesar de experienciar dor, as mulheres vivem a experiência sem reagir negativamente ou julgar criticamente. A dor é aceite como parte de uma

experiência que é o nascimento de um/a filho/a como um todo. Assim, o ambiente físico e social pode facilitar a manutenção deste estado (Whitburn, Jones, Davey e Small, 2014).

Contudo, a mulher pode ser distraída do momento presente como resultado das distrações do meio envolvente, como por exemplo através de sons de monitores, luzes fortes, o relógio na parede, as intervenções de quem a rodeia, os seus próprios pensamentos em respostas ao evento que é o parto, tudo pode divergir a sua atenção. Assim, a mulher torna-se mais reativa a sensações físicas, conduzindo a preocupações acerca da progressão do trabalho de parto e a dor. Autoavaliações negativas levam a um sentimento de desamparo relativamente à dor e à forma de lidar com a dor. De fato, quando a atenção da mulher diverge do momento presente a sua dor torna-se mais ameaçadora (Whitburn, Jones, Davey e Small, 2014). Este estudo refere ainda que o significado da dor do trabalho de parto/parto varia entre as mulheres, e as suas descrições de dor sugerem uma mistura de sentimentos positivos, negativos e ambivalentes. Os autores afirmam também que o processo avaliativo é influenciado pelas crenças da mulher sobre a dor do trabalho de parto/parto, o seu desejo de um parto normal, as circunstâncias do momento e o que lhe é dito pelos profissionais de saúde (Whitburn, Jones, Davey e Small, 2014).

O nosso estudo vem de encontro a estes resultados encontrados na literatura. De fato, as participantes descrevem os seus pensamentos relacionados com as contrações e momentos de relaxamento, sintonizados com o momento presente. O que se relaciona com uma aceitação da dor do trabalho de parto/parto como uma parte do processo fisiológico do parto e nascimento de um/a filho/a como um todo. Numa experiência de qualidade negativa, no nosso estudo, o que sobressai é uma vontade de fugir do cenário em que se encontra o que sugere que a mulher possa estar num estado de distração do momento presente.

- *Satisfação Positiva*

A maioria das participantes manifestaram-se muito satisfeitas com as suas experiências de parto, sendo que a vivência da dor é referida como positiva, uma experiência que depois de ultrapassada traz uma satisfação, orgulho e felicidade incríveis. A satisfação positiva das participantes relaciona-se com o desfecho positivo do parto e o encontro com as suas expectativas e preferências, assim como o tratamento respeitoso e

individualizado, tal como se demonstra nas seguintes unidades de significado transcritas:

“Olha, eu estou super feliz, sempre que conto alguém a história do meu parto... por isso é que foi uma dor e não foi sofrimento... eu nem me lembro da dor (risos)... eu acho que foi tão bom passar por aquilo, e com certeza que se tiver outro filho, (...) quero que seja tudo igual, quero fazer igual, da mesma forma... natural... acho que foi bastante positivo... acho que é algo que vou recordar para sempre...” (P1).

“...eu avalio como uma experiência extremamente, extremamente positiva (...) bastante empoderador (...) esses pequenos pontos de ter sido muito respeitada, de ter sido respeitada no sentido em que me foi permitido pôr-me de pé (...) o facto de ter sido eu amparar a cabecinha, a primeira pessoa a tocar nele logo imediatamente ao expulsivo, terem entregue logo imediatamente, terem me entregue ele nos meus braços ainda de pé... tudo isso me fez olhar para esta experiência, embora não tivesse tido da forma como eu tinha idealizado, foi de uma forma extremamente positiva, extremamente positiva...” (P2).

“...eu penso que depois de ter aguentado um parto natural, eu acho que sou capaz de aguentar tudo e fazer de tudo, sinto-me completamente a supermulher, sabes? E muitas vezes fui buscar a essa vivência, quando passei por momentos difíceis na vida, e quando estou, tipo, assim, à beira do tipo vou desistir de tudo, estou farta disto etc... penso “o quê? M. tiveste três partos naturais, tipo, bora lá!” Estás a perceber? É um sentir de que conseguimos tudo, percebes? Na altura estamos quase a desistir, eu estava quase a desistir por causa da dor, mas depois penso “épah que bom! Tenho a certeza que ele mama muita bem, tipo, toda a gente estava espantada como ele mamava bem! (...) a satisfação vem daí, estás a perceber? Vem da recuperação, vem de vê-los ótimos, estás a perceber? E eu também estar ótima é de onde vem mais a satisfação...” (P3).

“Foi espetacular! A minha dor foi uma dor curta (...) eu nesse aspeto sou uma privilegiada, porque o meu parto correu super bem, foi curto, foi mágico. E, realmente, o facto de eu ter tido pouca dor ou a dor que eu tive ser controlada, e depois levar epidural, e o resto do processo ser acompanhado, sem dor, só do desconforto dessas contrações... E o meu marido ao pé de mim, ter a médica que me acompanhou à minha frente a fazer o trabalho de parto, isso tudo fez com que esse momento, para muitas é doloroso, é horrível e muitas descrevem o pior momento, e muitas delas não pensam em ter mais filhos, porque o trabalho de parto foi horrível... o meu foi mágico, foi maravilhoso, foi super rápido (...) foi bom, foi doloroso o início, mas todo o nascimento dela compensou isso tudo! E posso dizer que tive um parto fantástico! Eu digo a toda a gente que tive um parto fantástico!” (P4).

“Bom, por um lado fiquei muito contente, do parto ser naquele hospital. (...) Também fiquei contente do parto ter iniciado espontaneamente, não ter que ser provocado... (...) Só fiquei, pronto, muito... em termos de dor, foi muito pior. É uma dor que parece que ainda hoje, pensando nisso, eu ainda posso sentir alguma da dor que senti.” (P5).

“Fiquei bastante satisfeita com o trabalho de parto! Acho que, no geral, correu como eu queria, como eu desejava, como eu tinha idealizado. Tirando a questão do acompanhante, a dor foi muito intensa, mas agora de fora, não acho que a dor tenha condicionado a imagem que eu tive do meu trabalho de parto. Porque aquilo que eu tinha idealizado foi feito. Se calhar, penso que se tivesse, se calhar, tido mais alguma disponibilidade das colegas da noite, mais algum tipo apoio ou o acompanhante presente, se calhar não teria feito... pedido a epidural e se calhar não teria ficado tão assustada ali em determinado momento que... a achar que alguma coisa não estava bem mas, os sentimentos em relação ao parto são positivos...” (P6).

“Eu estou satisfeítíssima com o meu parto, o meu parto foi dez! (risos) Eu escrevi uma carta para o hospital a agradecer, portanto, pelo cuidado que eu senti no meu parto, portanto... Apesar da dor, eu tive uma experiência muito positiva, e quando as pessoas perguntam, foi muito difícil passares pelo parto? Eu digo sempre, não. Difícil foi aqueles dois dias antes, em que eu não sabia o que ia acontecer nem quando (risos)... O parto em si, eu acho que foi uma experiência muito bonita, tive um parto muito bonito! Não tenho assim... foi dez! Foi ótimo! Apesar de eu ter levado a epidural, que eu não queria (risos), mas pronto, foi como tinha que ser... eu acho que sim, foi assim e tinha que ser assim, foi ótimo como foi!” (P7).

“Ó pá sinto, para além do alívio momentâneo, sinto-me muito feliz por ter conseguido ultrapassar, (risos) muito feliz! Quando vês o teu filho é uma sensação espetacular mesmo! É a epidural nos píncaros (risos), quando olhas para ele ficas logo, fica logo o efeito máximo (risos).” (P11).

“Eu acho que aquele calorzinho, quando nós sentimos aquele ser tão pequenininho de dentro de nós, no nosso colo, na nossa barriga, realmente, é uma satisfação... sim, claro, compensa qualquer dor.(...) Este parto foi o meu melhor parto, em termos de dor, portanto, se fossem todos assim era super pacífico... claro que tive dor, mas foi uma dor tolerável e claro que compensa perfeitamente. (...) Em termos de dor, foi muito mais controlado, eu tive algum tempo para me preparar para o parto, coisa que no anterior não tinha tido, portanto eu tive tempo, tive tempo sem dor tive, tive uma dor mesmo no próprio parto, uma dor suportável, tinha epidural, não é, e tinha uma equipa que me trouxe confiança, segurança e tranquilidade, portanto, neste aspeto, foi sem dúvida, foi o melhor parto.” (P13).

“A satisfação acho que é a satisfação máxima (...) a satisfação é ainda maior agora, não é, também porque correu tudo bem (...) Portanto, é uma satisfação máxima, porque eu

sinto que, de facto, o que idealizei esteve muito perto do que aconteceu (...) A dor é capaz de ser a única coisa que pode não me dar a pontuação máxima à satisfação, apesar de eu ter dito satisfação máxima, porque eu agora já estou esquecida, mas na altura, nos primeiros dias é pá... eu fui apanhada na curva da dor, de ser tão intensa...” (P14).

“Agora que experienciei, como era algo que eu queria muito e que preparei, só tenha a dizer que a dor foi positiva, porque me trouxe o meu filho, não é, de uma forma que eu queria mesmo... gostava mesmo de ser eu pegar nele (...) O mais essencial que eu queria aconteceu, e eu sabia que para ter isso ia ter que lidar com a dor, ou com o desconforto ou com as ondas, gosto mais de dizer ondas (risos) (...) Como me preparei tão bem, eu gostei da dor, tanto que fiquei surpreendida com o período expulsivo, porque, sinceramente, eu não senti dor, era mesmo um alívio, aquilo estava bom... a satisfação de “ah posso fazer força” e depois de saber que ele estava quase aí, ainda mais. Por isso, esta vivência da dor como eu já tinha pensado, contribuiu para uma muito boa experiência do parto, basicamente é isso, adorei! (risos). (...) Uma pessoa recorda mesmo com felicidade, não é, primeiro aquela sensação de consegui! Também dá sempre outra capacidade à Mulher, não é, mas... por isso eu também acredito que qualquer mulher consegue se assim o quiser. E tanto a satisfação, como o ter o filho nos braços, faz valer a pena a dor que se possa ir sentindo, pronto, mas lá está, focando no objetivo e sabendo que a dor é normal.” (P15).

Eu senti a dor, não é, senti na mesma aquilo que nós chamamos o círculo de fogo, não é, ou o anel de fogo, se não estou em erro, e eu já tinha comentado isto com alguém, até aquela dor, para mim foi boa (risos) até aquela dor me soube bem, porque a experiência foi toda tão positiva, tão bonita, que não me incomodou minimamente. Uma semana depois do meu filho ter nascido, eu dizia: “ó pá, só me apetece ter outro (risos) para ter outro parto igual, só me apetece ter outro parto igual a este”, mas na verdade, a dor que eu senti naquele momento quando já estava mentalizada que está tudo bem, e vai tudo acontecer agora, foi uma dor positiva, que foi... acho que não posso dizer melhor do que isso. Foi algo para mim muito positivo, muito positivo mesmo. (...) Eu acho que é mesmo isso, um orgulho tremendo, por as coisas terem corrido exatamente como nós planeámos, e por ter conseguido gerir a questão da dor, tão bem, se calhar, até melhor do que eu estava à espera. “ (P16).

“É simples, senti-me muito feliz em ter a dor do parto, porque consegui acompanhar, digamos, o percurso do nascimento do meu filho, inclusive, a parte expulsiva porque senti mesmo ele a sair de dentro de mim. (...) O que me faz sentir muito orgulhosa (risos), devo dizer que sim (...) Posso dizer que foi o parto que realmente tinha que vir, para me fazer ver que eu, como mulher, sou capaz de suportar a dor do parto.” (P17).

“Eu acho que é o nascimento em si, eu sinto que desta vez fui super respeitada, no sentido em que eu quis pegar logo no bebê e ficar com ele, quis que não o limpassem, e não senti o mínimo, sei lá, às vezes as pessoas tomam esta decisão e sentem um bocado de resistência ou um bocadinho de escárnio, quase de “ah”... Nada, zero... deram-me a vitamina K com ele ao meu colo, tudo, esteve coberto de vérnix colado a mim, todo nojento e, portanto, essa parte foi a que eu mais gostei, obviamente, por sentir que, no fundo, que eu é que tinha feito o trabalho todo, e que estava ali só eu e o bebê, e o pai da criança. (...) Portanto foi uma experiência extremamente positiva!” (P19).

Alguns relatos referem um aumento da sensação de confiança da mulher em si mesma, sendo este o ponto de partida para um pós-parto mais suave e saudável:

“O meu parto, a maneira como nós tivemos a nossa bebé, foi tão positiva (...) tivemos a possibilidade, que era impossível neste ano, que era de ter a visita dos nossos pais, do meu filho ter vindo imediatamente ter connosco e de se ligar logo a irmã, dos meus sogros terem trazido jantar, e tudo isso... não só... o ter conseguido, ter cumprido o meu intuito, até também em termos de casal, porque também houve ali uma ligação muito forte, e como eu disse, nós parimos os dois juntos, não é, tudo isso levou a que eu me sentisse muito bem! (...) A experiência foi tão boa, tão positiva, foi completamente diferente o pós-parto, transformou tudo, pronto, sim... acho que não podia ter acontecido melhor (...) o nosso parto permitiu que depois os tempos a seguir fossem muito mais fáceis e muito mais felizes!” (P8).

“O que sobra depois dos partos é um nível de, realmente, de satisfação e de prazer que é indescritível. Portanto, muito orgásmico ou muito parecido com o depois do evento sexual realmente orgásmico. E o que sobra também habitualmente de um parto que é vivido desta forma, é que o pós-parto tende a ser maravilhoso, não é, há muito menos desafios, muito menos dor, mesmo quando eles existem são limitados e nós temos muito mais energia para lidar com eles (...) quando se vive um parto desta forma, o que nós sentimos é uma energia abismal, capaz de lidar com o que quer que seja, não é, portanto, as noites mal dormidas, o choro do bebê, os desafios que podem até existir, são vividos de uma forma muito mais fácil e portanto o pós-parto torna-se mais saudável e mais prazeroso.” (P9).

“Traz uma força muito grande, e uma noção de que conseguimos muito mais do que alguma vez achámos que era possível conseguir, e eu acho que isso é importante. Porque depois, o ter a vida cá fora, não é, ter o bebê cá fora, todos os ajustes que são necessários, todos os desafios, todas as privações... acho que se eu não tivesse tido a vivência do parto que tive, ... o pós-parto iria ser imensamente mais desafiante, porque ... porque eu não tinha conhecido que os meus limites, que são diferente do que eu achava que eram. (...) Sim, de ser, de sentir, de capacidade de adaptação de, de

resistência quer física, quer emocional, permite-nos mergulhar muito fundo em nós, e perceber isso tudo, sair da experiência com muito mais poder do que antes de a ter. (...) Pelo autoconhecimento, pela autoconfiança que é dada, pela a libido também, aumenta o próprio prazer, ou seja, o orgasmo é muito melhor, parece que houve uma série de camadas retiradas e que permitem uma vivência mais autêntica e mais poderosa do que antes da experiência do parto.” (P12).

- **Satisfação Negativa**

Emerge de alguns discursos das participantes uma satisfação negativa, num todo ou em parte, com o parto, o que se relaciona com o impedimento de ter o acompanhante de sua eleição durante o trabalho de parto/parto, numa época muito marcada pelas restrições devido à Covid-19, e o tratamento por parte dos profissionais de saúde que manifestou desrespeito:

“A satisfação com o parto... eu não fiquei satisfeita com o parto. Eu não recorro o parto com alegria, porque houve demasiadas coisas... (...) Eu passei muito tempo no jardim, mas eu quando me lembro do parto eu lembro-me é de quando estava no hospital sozinha, portanto, eu no global eu não avalio como uma experiência positiva. Ainda agora, é raro o dia em que eu não pense no parto. Ainda está tudo super, super presente, apesar de já ter feito... ter ido a uma psicóloga falar do assunto e tudo, porque achei que estava mesmo a lidar mal com as questões do parto, ainda não consigo... e acho que não vou conseguir, porque fico mesmo... estou mesmo revoltada. Ajudou a fazer queixa dos profissionais, não sei ...mas não...acho que dificilmente me vou recordar com uma experiência positiva. Mas não por causa da dor, a dor não influencia nada disso, a dor não tornou a experiência negativa. Foi mesmo o acompanhamento e o facto de ter estado sozinha.” (P18).

“Eu fiquei orgulhosa de mim própria, confesso. (...) É assim, eu tenho sempre que dividir estes dois acontecimentos, confesso. Porque não consigo, eu acho que é mesmo o oito e o oitenta. Eu estou felicíssima pelo trabalho de parto que fiz, mas digo e refiro, sem querer, porque eu inconscientemente fiz algo maravilhoso, e que me orgulho. E a outra parte, a nível de profissionais e de assistência no trabalho de parto em si, que infelizmente fica um pouco a desejar...” (P21).

“A experiência de parto foi positiva até ao momento em que eu fui para o hospital, porque eu tinha tudo para ter um parto perfeito, se tivesse sido com as pessoas corretas... mas infelizmente, por causa do Covid, por causa de maus profissionais, aconteceu isso... e o parto, a parte do momento expulsivo não foi o que eu sonhei, não foi como eu quis... e foi terrível, essa parte, sim. Mas de resto, o facto de eu ter estado no meu ambiente

em casa, e ter feito as minhas coisas todas normais, ter estado com o meu filho, ter estado com o meu marido, foi ótimo, foi ótimo, foi ótimo...” (P22).

Indo ao encontro da literatura pesquisada, temos a revisão integrativa de Lucena *et al.* (2021) que destaca como principal resultado que a satisfação no atendimento recebido pelas mulheres está diretamente relacionado ao acolhimento, e que as redes de assistência e intervenção promovem a humanização dos cuidados no trabalho de parto e puerpério imediato, corroborando o nosso estudo. Realça-se que, estudos no Brasil quanto à satisfação da mulher no trabalho de parto e puerpério imediato, estão relativamente associados à qualidade da assistência e comunicação com os profissionais de saúde, a forma como vivenciaram o processo de nascimento, e a presença do acompanhante de sua escolha como componentes que indicam a satisfação recebida. Enfatiza-se, portanto, que a satisfação das mulheres só foi alcançada a partir do assistir holístico, respeitando as necessidades individuais dessas mulheres (Lucena *et al.*, 2021).

Em Portugal, o que se encontra mais recente relativamente à satisfação das mulheres quanto a sua experiência de parto, é a 2ª edição do Inquérito Experiências de Parto em Portugal realizado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP, 2020), com uma amostra de 7555 mulheres que partilharam a sua experiência de parto respondendo ao inquérito, sendo que estas experiências remontam ao período de 1 de janeiro de 2015 e 31 de Dezembro de 2019. De acordo com a APDMGP (2020) 32,14% das mulheres que tiveram cesariana com trabalho de parto, 59,31% das mulheres que tiveram cesariana sem trabalho de parto, e 58,16% das mulheres que tiveram um parto vaginal avaliaram a sua experiência de parto quanto à satisfação entre 8 e 10 valores, em que 10 significa muito bom, numa escala de 0 a 10.

Os dados revelam uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e a satisfação com a experiência de parto. Com o recurso à análise efetuada pelos autores, é possível identificar uma correlação negativa entre a cesariana com trabalho de parto e a satisfação com o parto. Nestes casos, as inquiridas terão avaliado de forma menos positiva o seu parto. Da mesma análise, verifica-se que os partos vaginais são os que apresentam uma relação mais positiva com a satisfação com a experiência de parto. Os autores realçam que esta satisfação extrapola o momento do parto, assume também um impacto significativamente positivo na autoperceção da mulher. Outro dado relevante deste inquérito, é que da referida análise, verifica-se que a associação entre desrespeito, abuso ou discriminação sentidas e a satisfação com a experiência de parto

são estatisticamente significativos, registrando-se uma correlação relativamente forte e negativa entre as duas variáveis. Ou seja, as situações de desrespeito, abuso ou discriminação influenciaram negativamente a experiência de parto das inquiridas, o que vem corroborar o nosso estudo com resultados semelhantes.

3.4 - NECESSIDADES DA MULHER

Segue-se a apresentação dos constituintes-chave que emergiram dos discursos das participantes, de acordo com o seu contexto – *Necessidades da mulher*, utilizando para uma melhor compreensão a transcrição das unidades de significado mais representativas.

- *Presença do acompanhante*

A maioria das participantes manifesta como necessidade a presença do acompanhante, que se revela fundamental prestando apoio e suporte tanto físico como emocional, transmitindo tranquilidade e confiança à mulher, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

“Eu acho que ele estar lá, desde o início até ao fim, foi ótimo. (...) Então, acho que tê-lo lá era assim uma ajuda, nem que fosse só uma palavra... (...) Eu acho que foi mais um apoio emocional do que físico...” (P1).

“...uma amiga minha teve comigo, portanto, nisso foi impecável! Sim, ter ali alguém ao pé de nós, conhecido, com quem podemos ir conversando e dizendo que nos dói e rindo um bocado da situação e, pronto, brincando, etc é ótimo! Ou tipo para fazer massagem aqui ou ali é fantástico!” (P3).

“...o meu hospital de referência (...) nesta altura de pandemia não permitia a presença do pai, e esta questão para mim era muito importante, senti que precisava muito do meu marido ao pé de mim. Tanto que eu passei assim a minha gravidez um bocadinho numa forma doida, a mandar emails para os hospitais, a telefonar à procura do hospital que eu considerasse que ia de encontro ao que eu sentia que precisava, o meu marido também sentia que precisava, e que nós precisávamos enquanto família...” (P7).

“...e também do meu companheiro que teve sempre ali comigo e quase que nós parimos juntos, ele esteve sempre a fazer força na minha anca (...) ele acabou por entrar [na

piscina], ele também esteve ali muito envolvido também no parto em si, parimos juntos.” (P8).

“Durante a noite, foi uma mais valia, porque uma pessoa está ali sozinha, não podes sair do quarto, não podes sair da cama sequer, não é, tendo companhia é outro luxo, né... Porque efetivamente se ele não estivesse lá seria... seria diferente... seria... não sei como é que seria... basicamente, apesar de não ser um alívio, tu tens a dor, não é, mas psicologicamente é uma ajuda muito grande, porque se sente que está ali alguém e minimiza-te o desconforto.” (P11).

“...o meu marido é o meu braço direito, quer num parto quer no outro, e é muito importante que ele esteja presente, porque nós vivenciamos as duas gravidezes como não era só eu que estava grávida, portanto, nós vivenciamos a coisa sempre a dois. E para nós, fez sempre sentido ele estar presente e fazer parte do processo ao meu lado (...) é importante ele estar lá e eu poder sentir o colo dele e o carinho, e a segurança, não é, a segurança... qualquer coisa que eu possa precisar, eu posso lhe pedir e que ele me conseguirá isso, faz acontecer o que eu precisar.” (P12).

“... deu-me ainda mais segurança apesar de eu achar que lá está, ele está à altura sempre destas situações, mas assim ainda melhor, eu lembro-me de me agarrar a ele...” (P14).

“Então ele também sabia de que forma é que me podia ajudar. Quando eu pedi para entrar na água, ele entrou logo comigo, e ele estava ali nem que fosse para me segurar quando eu precisava de fazer uma, ou de estar numa posição diferente. Precisava de apoio físico e ele estava lá, precisava de me segurar a alguma coisa, sei lá, para fazer força, ou porque naquele momento estava a ter uma contração, e precisava de apoio físico mesmo, ele estava lá. Fisicamente foi importante, obviamente que foi a presença dele lá, e emocionalmente também.” (16).

“...quando nós estamos com alguém que nos transmite aquela sensação de nos proteger: “está tudo bem, eu estou aqui, vai correr tudo bem” ...ou seja, transmitiu-me essa tranquilidade, também lá está, passou-me aquela sensação que eu e o nosso bebé éramos capazes, e daí também nos ajudasse a suportar mais a dor.” (P17).

“Ele ajudou-me, principalmente a acalmar-me e a respirar, e a retomar as respirações... que naquele momento de ansiedade, eu já estava completamente descontrolada... E o facto de ele depois ter conseguido ficar com o nosso filho de imediato, também me sossegou um bocado, dado que estava lá naqueles prantos do pós-parto imediato, e pronto, foi crucial mesmo, não imagino o que tivesse sido se ele não estivesse lá.” (P22).

- *Sem presença do acompanhante*

Por outro lado, devido às restrições no âmbito da pandemia Covid-19, algumas participantes vivenciaram o trabalho de parto/parto sozinhas, sem direito a acompanhante, o que se revelou um aspecto negativo da experiência de parto:

“...e eu: “ok, mas é que eu não estou assim tão aflita, eu só preciso é que, quando vem a contração, eu fico aflita, e preciso de vocalizar, mas eu estou bem, não estou a sofrer”... eu até dizia... “só estou a sofrer só por estar sozinha, não é por causa das dores, se deixassem entrar o meu marido eu já não estava a sofrer, porque a dor é a dor, mas o sofrimento é diferente”, tinha que estar assim a explicar.” (P18).

“Essa foi a parte negativa de um parto este ano, não é, eu estava completamente sozinha, estava na sala de espera, à espera, só havia uma enfermeira a fazer admissões e acompanhamento...” (P19).

“Pronto, é assim, acho que foi uma boa experiência de trabalho de parto, mas por outro lado, faltava-me o pai, foi-me retirada essa possibilidade de ter o meu marido ao pé de mim, por causa desta situação do Covid.” (P20).

“... a outra dor que também... eu acho que também senti, é a dor psicológica... é de não ter tido o meu namorado comigo, devido à pandemia.” (P21).

A maioria das participantes desta investigação manifesta como necessidade a presença do acompanhante, que se revela fundamental, prestando apoio e suporte tanto físico como emocional. Esta é uma prática recomendada pela OMS (2018), que no nosso estudo surge como uma necessidade e como um requisito para uma experiência de parto satisfatória para as mulheres.

De acordo com a evidência científica, as mulheres que recebem apoio contínuo durante o seu trabalho de parto têm maior probabilidade de parto espontâneo, isto é, por via vaginal, sem o uso de ventosa ou fórceps. Além disso, as mulheres podem ser menos propensas a usar analgesia farmacológica ou a ter um parto por cesariana; podem ter maior probabilidade de ficar satisfeitas e ter um trabalho de parto mais curto. Alguns estudos revelam que a depressão pós-parto é menos frequente em mulheres apoiadas durante o trabalho de parto. Também os recém-nascidos de mulheres que receberam apoio contínuo, têm menor probabilidade de ter baixos índices de Apgar ao quinto minuto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017). Assim, o apoio contínuo por uma pessoa significativa pode promover os processos fisiológicos do trabalho de

parto, bem como os sentimentos de controle e confiança das mulheres em sua própria força e capacidade de dar à luz. Isso pode reduzir a necessidade de intervenção obstétrica e também melhorar as experiências das mulheres.

Na revisão de estudos qualitativos de Van der Gucht & Lewis (2015), o tema mais importante revelado nos estudos foi a necessidade de suporte e apoio contínuo e individualizado durante a experiência de parto e nascimento, e o seu impacto na forma ou capacidade como a mulher lida com essa experiência. As mulheres descrevem esta necessidade de forma explícita, através do desejo por um sentimento de segurança contínua pelos profissionais de saúde e relações familiares, ou de forma implícita, pelo desejo da simples permanência dos profissionais de saúde no seu ambiente de parto.

Frequentemente o acompanhante nas experiências de parto relatadas pelas participantes deste estudo é o companheiro, o que nos conduz a uma reflexão. A participação do homem/pai na vigilância pré-natal, parto e puerpério, é hoje uma realidade. E esta participação promove, sem dúvida, a paternidade ativa e envolvida, estimulando o sentimento paterno pelo/a filha/o. (Promundo, 2015)

Neste contexto, os resultados encontrados no artigo de Braide *et al.* (2018), revelam um panorama de novas possibilidades para a percepção do homem no mundo. O envolvimento e participação ativa do homem/pai no parto/nascimento e pós-parto, contribui para o fortalecimento do vínculo pai-filha/o e para o significado cultural de ser pai. A experiência vivida pelo pai durante o pré-natal e nascimento, permitiu a possibilidade da resignificação da masculinidade do ser pai, transcendendo, desta forma, as crenças sociais. A partir do momento que foram Pais, os participantes do estudo revelam que a sua vida mudou, afirmando que, ser homem é participar, fazer um pouco de tudo e ser um bom pai, o que provoca neles um sentimento de integridade e plenitude no seu papel de homem e pai. Os resultados demonstram como os modos de construção da identidade paterna contribuem para a resignificação do papel social masculino (Braide *et al.*, 2018).

- *Ambiente seguro*

Uma outra necessidade manifestada pelas participantes é um ambiente seguro, que se caracteriza por um ambiente privado rodeado de pessoas em quem confiam, tanto os profissionais de saúde, como o acompanhante:

“...acho que o ambiente e o acompanhante são super importantes, e também, se calhar, ter uma relação com o profissional que nos está a acompanhar.” (P1).

“...lembro-me quando entrei a sala estava cheia de pessoas, e isso fazia-me alguma confusão. Eu não queria me expressar ali, sabes, houve alguns momentos em que eu me privei de me expressar precisamente por isso... depois, assim que cheguei à sala de partos: “uau finalmente” e comecei a acomodar os cantinhos, e percebi qual era o canto que eu podia ficar para me entregar finalmente, e então achei o cantinho da cama...”(P2).

“O estar envolta num ambiente seguro e familiar, ou seja, eu poder estar à vontade, inclusivamente, verbalizar isso, não ser julgada por isso e ser acolhida, ou seja, ver o que eu verbalizei ser ouvido e ser aceite digamos assim...” (P12).

“...eu diria que a dor foi muito intensa desta vez, muito, muito intensa, mas que estava com o ambiente perfeito para ultrapassar, e com o mindset perfeito, digamos assim, para ultrapassar, com as pessoas certas... o ambiente em si.” (P14).

“...a mulher deve ter o parto no sítio onde se sente mais segura, só isso, isso faz a vivência do parto, faz toda a diferença para a vivência do parto, não é...” (P15).

“...talvez o facto de estar em casa, de estar num espaço que era meu, de estar à vontade, não é, eu sei que aqui estou à vontade, e estou como quero, digamos assim, me tenha ajudado a sentir mais tranquila também. E isso, de alguma forma, ajudava-me a lidar bem com as dores que eu estava a sentir...” (P16).

“... se calhar, aquelas duas horas para mim, que eu fiz de fase ativa, foram tão rápidas, porque eu senti-me em casa. E como eu me senti bem, eu tinha a privacidade, porque estava só eu e o meu marido, se calhar, isso ajudou com que o trabalho de parto fosse tão rápido...” (P17).

“...estar num ambiente completamente familiar, não é, porque eu tinha a minha prima a fazer o parto, tinha uma enfermeira lá, e o meu marido. No fundo só tinha uma pessoa que eu não conhecia, portanto, essa parte ajudou (...) acho que essa parte de lidar com a dor, exteriorizando, tem a ver também com o contexto em que eu me encontrava, um bocadinho semelhante ao se estivesse em casa, por exemplo. Em que podia estar a gritar, quer dizer, não é que eu não pudesse, se não fossem pessoas conhecidas, eu é que me sentia completamente à vontade, não sei se noutra contexto se me sentiria, mas sim, claramente que isso me ajudou.” (P19).

Nesta perspetiva, os estudos referenciados vêm corroborar os nossos resultados, reforçando que um ambiente privado e a permanência de suporte e apoio contínuo, seja por profissionais de saúde, seja pelo acompanhante de sua eleição, influencia a forma

como a mulher lida com a experiência de parto impactando na sua satisfação com a mesma (Van der Gucht & Lewis, 2015).

- *Estratégias de alívio da dor e conforto*

As estratégias de alívio da dor e conforto são também identificadas como uma necessidade da mulher. A maioria das participantes teve liberdade de movimentos, deambulou ou mudou de posições. Algumas participantes utilizaram a água como estratégia de alívio da dor e conforto, enquanto outras preferiram a analgesia epidural. Outras estratégias também referenciadas foram a respiração, a vocalização, a massagem, a bola de pilates, o calor e uma participante utilizou a estimulação nervosa elétrica transcutânea, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

“...nessa altura e no trabalho de parto todo, eu movi-me bastante, andava... fui para a cozinha, fui para a sala, ia para o quarto, andava sempre de um lado para o outro (...) o que me ajudou bastante foi a água, fui muitas vezes para a banheira, muitas vezes para o chuveiro, e na água eu sentia que relaxava completamente. Só que houve uma altura que eu já só queria ficar lá na banheira (risos)...” (P1).

“O que é que eu utilizei como método para aliviar: a vocalização e máxima concentração, portanto, desligava completamente, e tentava entrar... mergulhar naquela dor, para dessa forma, a sentir com menos intensidade porque eram extremamente fortes.” (P2).

“...eu aliviei um bocado a dor na bola...” (P3).

“...tomei banho com água quente, a lombar começou-me a doer, usei chuveiro para também aliviar um bocadinho a minha lombar e também um banho, já ao som da música para me concentrar...(...) quando ela me deu a opção, “a menina quer levar a epidural?”, para chamar a anestesista, disse “sim quero por favor...” (P4).

“Bom, eu levei a epidural, não aliviou totalmente, mas aliviou qualquer coisa...” (P5).

“...quando fui questionada se queria epidural ou não, eu disse que ia tentar não, mas depois estava com muita dor e acabei por pedir (...). Tive no duche como medida de alívio da dor... tive no duche algum tempo com liberdade de movimento com água, entretanto pedi para me deitar...” (P6).

“...mas pronto, fui gerindo, estava em casa com o meu marido, com a bola de pilates, com os banhos quentes... o meu marido foi fazendo umas massagens, aquelas coisinhas todas que eu aprendi no curso de preparação para a parentalidade e que foi ajudando, conseguindo gerir. (...) Me fizeram uma dose de walking epidural, acho eu, pelo menos

continuei a ter liberdade de movimentos, que era uma coisa que para mim era muito importante (...) foi uma coisa muito instintiva, portanto, a contração vinha e eu instintivamente mudava a posição e ia-me ajustando na tentativa de encontrar algum conforto, e que eu acho que foi sendo mais ou menos eficaz. Portanto, não quer dizer que a pessoa fique sem dor, não fica. Eu tinha sempre dor antes de fazer a analgesia epidural, mas a troca de posições, não sei bem explicar, é como se troca de posição e a maneira como eu ia mexendo, de certa forma, me ajudasse a passar pela contração... não sei bem.” (P7).

“...além de vocalizar eu pedi-lhe para fazer pressão na anca na parte de trás (...) depois, mal entrei na piscina, percebi que a água estava muito baixa... o nível da água estava muito baixa, porque eu como já estava a sentir necessidade de ter ali algum abraço na minha anca, eu baixei-me e dobrei logo muito os joelhos, para ver se a água me ficava a envolver aí nesse sítio onde eu sentia mais necessidade de apoio...”(P8).

“...para mim a liberdade de movimentos é fundamental, e foi de facto o que tornou estes partos especiais, porque de facto podia fazer, ou podia mobilizar como eu bem entendesse e usei também a vocalização...” (P9).

“...a única coisa que eu fazia mesmo era a respiração, lá está, que me tinha sido ensinada, então era aquilo que me estava a agarrar, mas não havia liberdade de movimentos...” (P10).

“...a anestesista ainda lá foi... ainda foi dar um bólus, mas o bólus não surtiu rigorosamente efeito nenhum, foi como se ela lá tivesse ido, mexeu na bomba infusora e foi embora, porque não houve mesmo alívio nenhum...” (P11).

“...a água ajuda muito na suavização da dor, as contrações estavam muito intensas, quando se entra dentro de água a coisa estabiliza. A dor está lá, mas ela não ultrapassa um nível do insuportável, digamos assim, portanto ela é bastante forte, mas a água ajuda, ajuda a que a coisa fique mais... mais suave.” (P12).

“...eu gostava de experimentar um parto com epidural de verdade, a fazer efeito. Então, sempre tive na minha mente que se tivesse oportunidade faria (...) foi-me logo perguntado isso, e eu disse que sim. (...) Técnica, nós sabemos né, que é respirar e inspirar, e depois libertar devagarinho, mas... é fisiológico, quer dizer, para mim acaba por ser natural e, quer dizer, houve vezes em que eu soprei a vela mais lenta outras mais, com um bocadinho mais de força, conforme o momento, mas... não sei, não sei se não tivesse aprendido, se faria desta forma, ou não, mas eu sinto-me aliviada realmente quando respiro (...) para mim é natural.” (P13).

“Eu lembro-me que elas me faziam, ou ela ou o A., faziam assim pressão na zona em que doía, e eu às vezes já dizia: “ai vem aí outra, vem aí outra, massagem, massagem”... como eu já estava antever que vinha a contração, eu já estava a pedir, no fundo aquilo

funcionou como uma analgesia, não é, vá digamos assim. (...) Esse silêncio ou essa possibilidade de silêncio foi muito bom, o deixarem-me em paz, eu diria talvez o mais importante, a água foi bom também, foi um grande alívio...” (P14).

“...até que me lembrei de ir aquecer a almofada, uma que tenho que tem alfazema, no micro-ondas, para me ajudar e assim na zona lombar, para aliviar um bocado (...) o meu marido ia-me fazendo também pressão na zona lombar e isso também aliviava bastante e sabia bastante bem. (...) tanto a posição para o período expulsivo, como o resto de movimentar-me pela casa e assim, foi muito importante para vivenciar esta dor...” (P15).

“...tolerei tudo muito bem, eu não usei qualquer tipo de controlo da dor, a não ser uma TENS Machine que tinha minha, do meu primeiro parto. (...) Foi um parto na água, portanto, quando eu comecei a sentir mais dores pedi para ir para dentro de água imediatamente, água quente, morna, que de alguma forma eu sinto que me ajudou (interrupção) porque dores eu só senti mesmo ali quinze, vinte minutos antes da expulsão, e acho que isso foi magnífico! (risos)” (P16).

“...eu tentei controlar a dor com as respirações e as técnicas de respiração que eu tinha aprendido nas preparações, na preparação para o parto, fui controlando a respiração, as contrações eram acessíveis (...) Porque também tive a liberdade de movimentos, e eu continuo a achar, e cada vez tenho mais certeza disso, que quando nos dão uma liberdade de movimentos, sem dúvida alguma nós não temos noção de tanta dor que estamos a passar.” (P17).

“Depois vim para a sala, fiz uns exercícios com a bola, ajudava muito vocalizar, quando vinha a contração, porque eu tenho um bocado tendência quando tenho dores de me contrair muito, e eu não queria isso e ficar sem respirar, então comecei a vocalizar e isso ajudava mesmo muito. (...) Ele deu epidural que fez logo efeito, e eu adormeci, e deixei de sentir dor, adormeci, e depois só pedi para tirar a epidural na altura do expulsivo...” (P18).

“Depois tive basicamente lá à espera, levei a epidural já cheia de contrações, eu já tinha para aí uns seis ou sete dedos de dilatação, e depois tive basicamente à espera que aquilo... que o bebé nascesse... não foi nada de especial. Às tantas senti vontade de fazer força, disse e fiz (...) eu perguntei logo se me podia mexer, portanto, tive perfeita liberdade de movimentos, andei na bola de pilates...” (P19).

“...chamaram e deram-me a epidural, e eu só dizia que foi a melhor coisa que inventaram à face da terra, a epidural, porque já estava naquela altura assim com algumas dores, bem mais fortes.” (P20).

“Então, eu comecei a ter bastante dor e fui, por volta das cinco da manhã, tomar um banho de banheira com água quente. (...) Agarrei-me muito (...) ao facto da frase que enfermeira S. dizia muito, que era para nós inspirarmos como se estivéssemos a cheirar

uma flor (risos) e expirarmos como se estivéssemos a soprar uma vela sem a apagar. Era sempre assim que ela dizia, e foi assim que eu comecei a fazer para tentar apaziguar-me e acalmar-me, e eu acho que isso resultou muito.” (P21).

“...o que eu fazia, estive sempre em posição vertical...o que eu fazia foi, pegava-me a uma parede, esta parede aqui da cozinha, e ia balançando as ancas de um lado para o outro, era a única forma de me aliviar (...) quando já tomei o banho, quando o meu marido chegou a casa, ele fez a contagem e já era de um em um minuto, e eu já vocalizava no banho.” (P22).

De fato, de acordo com as mais recentes recomendações da OMS (2018), para mulheres de baixo risco, a livre movimentação e uma postura verticalizada durante o trabalho de parto é recomendada. Muitas participantes referem que a deambulação e a mudança de posições foram duas estratégias de alívio da dor e conforto que mais as ajudaram a lidar com a dor. Segundo a evidência disponível, a liberdade de movimentos e as posições verticalizadas apresentam vários benefícios, designadamente: melhoria do fluxo uteroplacentário e da ventilação pulmonar materna, maior eficiência das contrações uterinas durante o TP, favorecimento da ação da gravidade no encaixe e descida da apresentação fetal, o ângulo da curva da escavação pélvica é menos acentuado, aumento dos diâmetros da bacia, os membros inferiores funcionam como alavanca otimizando os esforços expulsivos que se tornam mais eficientes, a pressão constante exercida pela apresentação estimula os recetores do pavimento pélvico induzindo o seu estiramento progressivo, o TP é vivenciado de forma menos dolorosa, melhora a participação da mulher no nascimento do seu/sua filho/a, facilita a vinculação, a diminuição de partos instrumentalizados e a redução do tempo de TP (Mineiro; Rito; Cardoso & Sousa, 2016; Pereira, Branco, Silva, Carvalho & Melo 2019).

Tal como referido anteriormente, as mulheres que têm a possibilidade de apoio contínuo durante o trabalho de parto/parto, seja por acompanhante, seja por profissionais de saúde, têm maior probabilidade de parto espontâneo via vaginal e são menos propensas ao uso de analgesia farmacológica, entre outros benefícios. Como podemos verificar, neste estudo, metade das mulheres conseguiram ter apoio contínuo da grávida o que funcionou como estratégia de alívio da dor e conforto.

No que diz respeito à utilização da água como estratégia de alívio da dor e conforto, nesta investigação 9 participantes utilizaram a água a fim de aliviar a dor que estavam a sentir. Segundo Walsh (2012), que faz uma revisão dos estudos disponíveis sobre a utilização da água no parto, refere que a água facilita o movimento e as alterações de postura tão necessárias à progressão de um parto normal. A flutuabilidade da água facilita as posições verticais demonstrando a importância da imersão na água em

piscina. Com estes benefícios, demonstra-se um encurtamento do tempo do TP, e a redução do uso de medicação - ocitocina. Os estudos analisados por Walsh (2012) também demonstram uma redução da analgesia farmacológica, particularmente a epidural. Neste sentido, o autor reforça que a mulher nestas condições sente que está no controlo do seu trabalho de parto/parto. Existe também evidência que diminui o número de episiotomias e lacerações graves do períneo, o que está relacionado com uma prática de “hands off” do períneo, posturas verticalizadas e esforços expulsivos espontâneos, tudo o que o meio aquático pode facilitar (Walsh, 2012).

Dados mais recentes continuam a reiterar que a imersão em água facilita os processos fisiológicos do trabalho de parto e pode diminuir o uso da epidural, a duração do trabalho de parto e a probabilidade de transferência para unidades obstétricas diferenciadas, aumenta a probabilidade de partos vaginais espontâneos, sem efeitos adversos maternos ou neonatais conhecidos (Cluett, Burns & Cuthbert, 2018; Nutter, Meyer, Shaw-Battista & Marowitz, 2014; Vanderlaan, Hall & Lewitt, 2018).

Na revisão de estudos qualitativos de Feeley, Cooper & Burns (2021) os dados demonstram que as mulheres que experienciam imersão em água quente durante o trabalho de parto, têm partos positivos. A utilização de água ou imersão facilita a satisfação de necessidades físicas e psicológicas durante o trabalho de parto/parto, incluindo uma efetiva analgesia. As mulheres que utilizam imersão em água morna para o trabalho de parto/parto descrevem experiências libertadoras e transformadoras de acolhimento dos seus bebés no mundo, saindo empoderadas e sentindo-se livres e satisfeitas, o que vem corroborar os resultados da nossa investigação.

As técnicas respiratórias foram também amplamente utilizadas pelas participantes desta investigação. De acordo com o estudo de Yuksel *et al.* como referido por Mascarenhas *et al.* (2019) a realização de técnicas de respiração promoveu o encurtamento da duração do trabalho de parto e a diminuição das perceções de dor. Segundo o mesmo estudo, “exercícios profundos de inspiração e expiração na parturiente promovem tanto o relaxamento, como uma forma pessoal de reconhecimento e controlo sobre o corpo” (Mascarenhas *et al.*, 2019, p. 356). Esta é uma estratégia de alívio da dor e conforto amplamente utilizada pelas grávidas que fazem preparação para o parto em Portugal, sendo um método com baixo custo e muito benefício em ser utilizado.

Por fim, 10 participantes recorreram à analgesia epidural. A analgesia epidural é amplamente utilizada nos Hospitais portugueses e pelo mundo, em países desenvolvidos. No caso das nossas participantes, estas deram o seu consentimento e por ser da sua preferência solicitaram epidural. Porém, nem todas tiveram o efeito

pretendido. Algumas referiram que não sentiram o alívio da dor que esperavam. Contudo, de uma forma geral as participantes ficaram satisfeitas com o uso da analgesia epidural para alívio da dor. O que vem reforçar os resultados da nossa investigação é um estudo português sobre o impacto da analgesia do trabalho de parto na satisfação materna e expectativas relativamente ao parto de Fernandes *et al.* (2021). Neste estudo em que 300 mulheres responderam ao questionário, a analgesia epidural foi realizada a 96% das participantes, apresentando como resultados um grau de satisfação com a experiência de parto bom/excelente para 87% das mulheres. Relativamente ao uso da analgesia epidural, 82,1% das participantes responderam com um resultado bom/excelente e 40,7% um resultado acima do esperado.

3.5 - “BAGAGEM”

“*Bagagem*”, no sentido figurado, foi o termo escolhido para representar o contexto relativo aos constituintes-chave da vivência da dor experienciada por cada participante e que esta já trazia consigo para a experiência de parto, tal como serão referenciados de seguida: a preparação, crenças e significados positivos e negativos, e a influência sociocultural positiva e negativa.

- *Preparação*

A maioria das participantes preparou-se para o parto, frequentando um curso, ou lendo livros, ou participando em workshops ou círculos de partilha. Nessa preparação adquiriram conhecimentos sobre estratégias para lidar com a dor, entre outros temas, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

*“...eu queria muito saber o que é que acontece em cada fase, o que é que pode ajudar, onde é que vai ser a dor, ou seja, esse curso eu acho que foi bom, porque traz-nos as informações, ou seja, quando nós temos a informação e o conhecimento, o medo não é tanto. Acho que conseguimos ter alguma confiança, quando nós conhecemos como é que vai ser, não há tanto medo. Agora, a parte de ver o parto com outros olhos, já sinto que foi mais feito com a enfermeira, quando nós decidimos que íamos ter o parto em casa, quando começamos a trabalhar com a S., a fazer outras pesquisas por nós mesmo, a ver filmes, o *orgasmic birth*, e foi aí que esse trabalho foi feito.” (P1).*

“...o curso, aí está, vai-nos dando várias opções que vamos ter, e as decisões que vamos ter que tomar no trabalho de parto, não é. Ajuda-nos bastante a ir treinando as

respirações para quando chegarmos aquele momento já estarem automatizadas, no fundo, que nos ajuda bastante ao treinar antes, faz com que na altura, com a dor, a gente consiga que as respirações sejam automáticas. Se não existir um conhecimento prévio e um treino prévio, na altura uma pessoa descontrola-se, e para mim, foi bastante importante o curso por causa disso.” (P4).

“...nas aulas de preparação para o parto não se falou muito na dor, falou-se mais na respiração para o controle da dor...” (P5).

“Sobre as estratégias, no curso de preparação para o parto fazia parte uma espécie de workshop sobre as estratégias não farmacológicas de alívio da dor, e nos livros que li também abordava essa questão.” (P6).

“O curso foi feito com uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia e foi um curso, tendo sido o único que eu fiz, não tenho comparação, mas foi bastante completo. Nós iniciámos a falar do trabalho de parto em si, do início do trabalho de parto, das contrações, de quando é que nós deveríamos dirigir ao hospital, de que forma é que poderíamos fazer o alívio da dor, não farmacológica da dor, em casa para ir, lá está, “atrasar” a ida ao hospital. (...) houve algumas coisas que aprendi e que implementei com sucesso que ajudaram.” (P7).

“...também durante a gravidez em si, além de continuar a fazer algum exercício físico, pilates e também caminhadas com bastante frequência, fiz também um curso de yoga tântrico, parto orgásmico. E esse yoga ajudou-me muito também, eu não posso dizer que tive um parto orgásmico, mas eu consegui, naquela fase inicial pelo menos das contrações, de estar a pensar, ok vem uma onda, tenho de respirar lá conforme ela me ensinou, que isto ajudou-me...” (P8).

“Eu lembro-me que a primeira aula que tive foi ensinar a respiração, então foi aí que eu abordei mais a parte da dor, que foi o que eu consegui ter conhecimento da parte da dor, foi nessa aula em que ensinavam a fazer vários tipos de respiração.” (P10).

“Eu participei num... na primeira gravidez eu fiz o curso de preparação para o parto com a S., e foi espetacular e ajudou imenso (...) para mim foi importante eu saber os processos todos do trabalho de parto, o que acontecia (...) Depois houve outro tipo de preparação para o parto que eu fiz com a S. que foi na água, numa piscina, aulas em que isso permitiu ter um contacto maior com o meu corpo e perceber, com o meu corpo e com o meu bebé, perceber as mudanças de posição, o que é que isto ajuda, o relaxe, a flexibilidade, o podermo-nos entregar, ela fazia alguns exercícios de confiança, com o parceiro, e isso ajudou-nos bastante...” (P12).

“...sinceramente, não me trouxe grande novidade, eu optei por fazer porque uma pessoa sempre relembrar e gosto de ouvir, e gosto de partilhar, e ficámos um grupo muito

engraçado de mães, que ainda continuamos em comunicação (...) Portanto, por isto, pela partilha, pelo grupo, pela questão do grupo fiz a opção de fazer.” (P13).

“Olha eu acho que a aceitação, não é, perceber que há várias fases, que as hormonas têm vários momentos, portanto, compreender isso, também ajuda a aceitar o processo da dor acho eu. Por outro lado, no livro da Janet Balaskas, do parto ativo, ela dá uma série de dicas, de posições, e evidências científicas de porque é que de cócoras o osso da bacia abre melhor, porque é que a posição de deitada não é conveniente, e lá está, isso ajuda a reforçar algumas coisas que eu até já sabia.” (P14).

“...me preparei durante a gravidez, não é, inclusivamente ler um bocadinho sobre mindfulness e sobre a respiração, para conseguir lidar com as contrações.” (P15).

“Preparação oficial, tipo aulas de preparação para o parto, não tive desta vez, não fiz, tive um acompanhamento de uma doula, isso foram coisas que foram discutidas com a doula.” (P16).

“Em primeiro lugar, ajudou-me a conhecer todas as fases do trabalho de parto e ter-me preparado para o que ia acontecer. O que é que era normal sentir ou não, ter visto vídeos de partos, ter falado com enfermeiras que faziam partos, ter falado com doulas, pronto, ter falado com pessoas que passaram por isso... tanto partos sem epidural como partos com epidural. Para perceber as diferenças de tudo o que eu podia sentir, e o que é que era normal ou não, pronto, isso trazia-me tranquilidade, porque eu sabia que por muita dor que eu estivesse a sentir, fazia parte.” (P18).

“Destas vezes não só não me preparei... não senti que... não quis, no fundo... até porque já me tinha preparado do outro... para o outro parto, e desta vez ia bastante mais informada, por coisas que tinha lido, no fundo, por ter mudado um bocadinho, ou antes, por me ter informado seguindo os meus instintos.” (P19).

“Fiz do hospital, fizemos através de internet, fizemos a preparação para o parto, mas também, lá está, como eu apanhei a parte da pandemia e fiquei em casa cedo, eu li. Por exemplo, comprei o livro da enfermeira C. e li o livro, assisti a muitos workshops que eram dados na internet de forma gratuita, tentei absorver o máximo de informação possível. Tanto que, lá está, sabia a questão da bola de pilates dos banhos quentes para aliviar a dor, que depois acabei por não aplicar, mas sabia essa forma, quais poderiam ser as formas de aliviar a dor, porque procurei conhecimento, também tentei informar-me nesse sentido.” (P20).

“Foi um curso privado, que foi num fim de semana, que depois fiz... já em maio, já estava de trinta e seis semanas até, mas ainda quis fazer. E fui fazer, foram oito horas intensivas, tinha uma parte prática e uma parte teórica.” (P21).

“Também, esta gravidez preparei-me mais a nível espiritual, digamos assim, fiz meditação, hipnobirthing... trabalhei mais essa parte, porque estava desinformada da primeira gravidez. E então, nesta gravidez, decidi mais apostar nesse tipo de coisas, para tentar ter um parto o mais natural possível...” (P22).

A preparação para o parto tem como grande objetivo “capacitar a mulher e casal para a vivência e experiência de um parto gratificante e saudável” (Pereira, 2016, p. 153). De acordo com Couto como referido por Pereira (2016) as grávidas que frequentaram aulas de preparação para o nascimento apresentaram maior conhecimento dos procedimentos a ter, tais como os posicionamentos a optar, a respiração e o relaxamento, apresentando-se assim mais calmas e tranquilas durante o parto.

Pereira (2016) refere o estudo de Gabriel e Regina que concluiu que as grávidas que não participaram em sessões de preparação para o nascimento apresentam médias superiores na perceção da dor.

Para Meleis, a preparação e o conhecimento são facilitadores de transições, o conhecimento é inerente à preparação. A preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é um inibidor (Meleis, 2010).

Assim, os estudos referenciados corroboram a nossa investigação demonstrando que a preparação para o parto é uma mais valia no processo de transição para a parentalidade, e ajudam a mulher a lidar com a experiência da dor do trabalho de parto/parto.

- *Crenças e Significados positivos*

A maioria das mulheres trazia consigo para a experiência de parto crenças e significados para a dor positivos que as ajudaram a lidar com a dor do trabalho de parto/parto de forma positiva. Algumas acreditavam na sua capacidade inata para parir, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

“...também o que me ajudou muito foi... acreditar na natureza, de acreditar em Deus, de acreditar que o ser... que nós mulheres temos esta capacidade de parir, então ver-me como uma força, e acreditar nas coisas como elas são... então saber que tinha essa capacidade e confiar, e acreditar em algo maior também foi algo me ajudou bastante.” (P1).

“...eu nunca me foquei demasiado na dor, era mais na capacidade de parir era o meu ponto, a dor era secundária porque era necessário...” (P8).

“A parte mais importante é mesmo a crença, a crença de que consigo, o empoderamento, o acreditar que de facto sou mulher e o facto de ser mulher, sou capaz de fazer aquilo, não é, sou capaz de viver o meu trabalho de parto, de expulsar o meu bebé com saúde e prazer, portanto, essa parte para mim é fundamental, é o nível de empoderamento que sinto para levar a cabo aquela experiência, para atravessar essa experiência.” (P9).

“...portanto eu parti para esta segunda gravidez e para este parto, muito em paz com a vivência anterior e empoderada, ou seja, eu sabia que era capaz de parir a minha segunda filha e não havia nenhuma nuvem à volta do momento do parto ou medo... não, não havia.” (P12).

“Nós somos mulheres e somos muito fortes. Nós não temos noção da capacidade de controlar a nossa dor, mas nós conseguimos, nós conseguimos mesmo controlar a nossa dor, temos um dom, sabe-se lá se não é por isso que nós é que temos o dom de ser mães, de carregar um filho no nosso ventre tantos meses, e depois passarmos por todo este percurso para o termos nos braços... nós temos mesmo uma capacidade enorme de suportar a dor.” (P17).

“...uma pessoa não sabe aonde é que vai encontrar forças, mas efetivamente, uma mulher tem essas forças que são necessárias, como todas as mulheres desde que há a humanidade...” (P22).

Algumas atribuíram um significado positivo para a dor, pois a dor do trabalho de parto/parto tem um propósito que é o nascimento de um/a filho/a, e cada contração é um passo mais próximo do nascimento do bebé:

“...sabia que ia ter dor, tinha expectativa, sabia que o parto dói, tinha aquela perspetiva que cada contração é, como é que eu hei-de explicar, cada contração é mais um passo mais perto de conhecer o bebé (...) em relação às contrações eu sentia dor mas com uma motivação positiva, como um caminho e um trabalho que tinha que ser feito, essa outra dor que estava presente e constante era de medo, era o que eu sentia.” (P6).

“...dor não é significado de sofrimento, até porque há sofrimentos que não estão relacionados com dor, e aqui é um bocadinho isso, é uma dor boa, no sentido que depois vamos conhecer o nosso filho ou filha.” (P15).

“Para mim a dor não tinha uma interpretação negativa, para mim até era bom, cada vez que vinha, ah ok é menos uma, conforme o tempo vai avançando, estou mais próxima da bebé nascer, apesar de eu não saber quando é que isso se iria dar.” (P18).

“...eu senti que aquela dor me estava a aproximar do meu filho, portanto, eu tentava ver, no caso, a dor do parto como uma coisa positiva. Ninguém gosta de sentir dor, mas neste caso era por um bem maior.” (P20).

“Para mim foi bom, eu gostei, mesmo tendo tido aquelas dores todas. Porque toda a gente diz que é muito doloroso, e é, efetivamente, é doloroso, mas é uma dor que é positiva, porque no fim, para já é temporária, e no fim conheci o meu filho, não é. É uma experiência transcendente, que nem todas as pessoas têm, nomeadamente os homens.” (P22).

Uma participante manifestou que a dor teria uma função, a de guiar a mulher a adotar as melhores posições durante o trabalho de parto, o que ajudaria na progressão do bebé, sendo assim interpretado como um significado positivo da dor:

“...eu lembro-me que falámos até da liberdade de movimentos, e que a própria dor nos poderia conduzir a adotar diferentes movimentos que de certa forma acabavam por ter a função de ajudar o bebé a encaixar e a fazer o seu percurso, e eu lembro-me de ter isto presente (...) lembro-me de ter isto presente e isto dar algum significado ou algum significado positivo aquela dor que eu estava a sentir.” (P7).

Outra participante expressa que vive a dor do trabalho de parto/parto de forma positiva por oposição à perspetiva cultural da dor como fenómeno negativo:

“...é algo que eu vivo realmente de forma positiva e, para mim, a palavra dor tem uma conotação muito negativa, é algo de facto sentimos necessidade de aliviar, que não é o mesmo que eu sinto durante o trabalho de parto.” (P9).

A mesma participante compara a vivência do trabalho de parto/parto com a vivência da sexualidade e considera que se abre à experiência porque a deseja, tem maior probabilidade de a vivência ser mais prazerosa do que quando a rejeita e tem medo, o que pode ter uma conotação de doloroso:

“...eu comparo muito a vivência do trabalho de parto com a vivência da sexualidade (...) Se eu me abro a experiência porque a desejo, porque eu quero realmente sentir aquilo, a probabilidade de ser mais prazeroso do que ter a conotação de doloroso é muito mais alta do que quando eu rejeito, ou quando eu tenho imenso medo daquilo que vou sentir.” (P9).

Algumas participantes referem a ideia de que a dor leva a mulher a um limite e faz sentir como se tratasse de um renascimento, pois a mulher que surge no parto é diferente da mulher que existia até aí:

“Também acredito que seja assim um ritual na vida da mulher (...) acho que diz rito de passagem... já não sei muito bem, já li algumas coisas sobre isso... a menstruação e depois o parto, eu acreditava muito nisso, que eu ia renascer naquele momento, eu ia conhecer um lado de mim que antes estava apagado, e isso faz parte de acreditar que a natureza esta... é perfeita como ela é, e que não precisa da nossa intervenção desnecessária para isso.” (P1).

“Mas sim, a dor do parto é uma dor que nos leva ao limite, mas eu acho que tem que ser, nós temos que estar preparadas para aceitarmos o irmos ao limite, para aceitar morrer, não é, de alguma forma, quer seja emocional, quer seja a parte psicológica, para depois aceitar a nova mulher que nasce juntamente com aquele bebê.” (P12).

“E é uma experiência mesmo transcendente, não é, porque é o nascimento de um filho, não acontece todos os dias (risos), e acho que é uma boa experiência, apesar de doer, mas é uma dor positiva, por exemplo, comparativamente com outro tipo de dores (...) Para mim estas dores foram praticamente libertadoras, como se... eu estivesse a renascer novamente... porque é como se fosse uma preparação para a maternidade, digamos assim.” (P22).

Uma participante expressa que, na sua opinião, se forem criadas as condições para que as mulheres se sintam bem, a dor é mais fácil de suportar, e o resultado é um bem-estar, sabendo que também é vantajoso para os bebês nascerem sem intervenções desnecessárias:

“...o que significa que se realmente criarmos as condições para as mulheres, para elas estarem bem, esta dor vai sendo fácil de suportar e, na verdade, o reflexo ou o fruto que colhemos a seguir é um bem estar diferente, e sabemos que há vantagens dos bebês nascerem também sem intervenções e pronto, olha era o mundo ideal...” (P14).

Outra participante considera que se se encarar a dor como fisiológica, ou como aprendeu em livros que leu, a dor como uma onda de contração que vai e vem, considera que é uma estratégia eficaz de lidar com a dor:

“...quando encaramos que não é uma dor...ou seja, é uma dor fisiológica, é dor, ou como em alguns livros que eu li que ajudam a perceber um bocadinho, são ondas de

contração, não é, elas vão e vêm, se encararmos assim acho que é uma boa forma de lidar com a dor.” (P15).

Duas participantes compararam o parto à metáfora de uma caminhada ou subida à montanha, tal como se demonstra nos seus discursos:

“...acho que é um bocadinho... por exemplo, quando estamos numa caminhada, numa caminhada longa e o bebé faz um caminho, apesar de curto, tem que abrir imenso... e o nosso corpo tem que se ir adaptando ao caminho que o bebé está a fazer (...) o caminho da dor com o bebé é o quanto mais dói, é porque ele está mais junto da saída, em que os ossos vão ter que abrir mais e daí também as contrações serem mais fortes, para dar mais impulso ao bebé para ele conseguir ir descendo...” (P3).

“...eu na minha preparação durante a gravidez, eu pensava no parto como subir a uma montanha, por exemplo, nós não tomamos medicação para subir montanhas, certo? (risos) Nós temos que a subir, temos uma montanha para chegar a um certo sítio, vamos ter que a subir, a bem ou a mal, mas lá temos que chegar, para chegar onde queremos. Então, basicamente, para mim, isso era o parto: tenho o meu filho para nascer, portanto, vai ser uma experiência única, portanto, bora lá! É isso que vai acontecer... e se eu tenho oportunidade de fazer nascer o meu filho por mim própria, com as minha forças, porque não experimentar isso? Só experimentando é que eu vou saber se, efetivamente, a dor é assim tão insuportável quanto me dizem, não é.” (P22).

- *Influência sociocultural positiva*

Algumas participantes referem uma influência sociocultural positiva que surge nos relatos e histórias que lhes chegam, evidenciando a crença na capacidade inata da mulher para parir e a satisfação com um parto positivo, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

“...a experiência dela [da mãe] de parto, por exemplo, foram muito positivas em termos de competência feminina ou capacidade feminina para parir e isso para mim foi importante, por exemplo.” (P8).

“...eu comecei a contactar com pessoas que viam as coisas de uma forma um bocadinho diferentes e comecei a frequentar grupos, de reuniões de mulheres onde era falado tudo sem tabus, quer a sexualidade quer o parto, quer o pós-parto, e isso ajudou-me muito a desmistificar aquela ideia horrenda que eu tinha do parto e a perceber que o parto podia ser vivido de outra maneira, que não aquelas histórias que sempre me chegaram. (...) o

que me foi chegando sempre foi histórias de mulheres que a partir do momento que agarravam a gravidez e o parto como sendo seu, podia ser muito desafiante mas era seu, era seu e era seu positivo, e pronto, aí eu percebi que era assim que um dia quando eu engravidasse, quando eu tivesse filhos, era assim que eu queria vivenciar isso.” (P12).

“...também ouvi partilhas de outros partos em que as mulheres, pronto, iam vivenciando, algumas também tinham tido a opção de parto natural, pensar nós somos capazes o nosso corpo foi feito para isso, ajuda a ir encaixando essas ideias. (...) Mas a maior parte das pessoas que tinham tido um parto fisiológico, natural, sem qualquer intervenção, estavam maravilhadas, foi o melhor momento da vida delas e tudo, e eu pensava: mas como é que é possível aquilo dói, no início antes de fazer todo o processo que fiz, dói, e elas falam maravilhas, que é maravilhoso...” (P15).

“E rodear-se de pessoas que acreditem ainda é melhor (...) mas rodearmo-nos de pessoas, de amigos, de família que nos deem força, que nos motivem, que desmistifiquem certas coisas é ótimo...” (P22).

- *Crenças e Significados negativos*

Por outro lado, temos o exemplo de duas participantes que atribuem um significado negativo à dor do trabalho de parto/parto, como um sofrimento desnecessário e que se pode dispensar:

“...acho que é um sofrimento desnecessário...” (P4).

“Tendo opção, a dor uma pessoa dispensa, e optei e correu muito bem mesmo...”(P13).

- *Influência sociocultural negativa*

Muitas participantes referem uma influência sociocultural negativa que lhes chega através de histórias e relatos, salientando-se uma imagem negativa do parto e da dor do trabalho de parto/parto, como um sofrimento a ser eliminado, tal como se demonstra nos seguintes discursos:

“... porque há um medo muito grande, não é, incutem-nos a sociedade, a família, tudo, porque é o que eles aprendem, de que o parto tem esta imagem... até nos filmes, a mulher grita... claro que gritamos, mas eu acho que se a imagem for passada de outra

maneira, como aquela que depois eu fui trabalhando, acho que é possível que seja um momento muito mais de prazer e de amor, do que só de sofrimento e de dor.” (P1).

“Quanto mais a gente pesquisa ouve coisas boas e más, não ouves só as boas e as más acabam por nos deixar ansiosas... e se isso acontece comigo? e se ela fica presa? ai e se ela tem o cordão à volta do pescoço? ai e se ela está em sofrimento e eu tenho que ir de urgência para uma cesariana? quanto mais a gente ouve, e ainda por cima são pessoas próximas a nós, pessoas de quem a gente gosta, acaba por influenciar negativamente as nossas expectativas e a nossa felicidade no fundo...” (P4).

“Acho que há muita tendência para falar das coisas más, descrever as experiências negativas. É muito mais fácil nós ouvirmos experiências negativas do parto, seja de quem for, do que estarem a partilhar coisas boas, ai o meu parto foi um espetáculo, não, não se ouve isso, ai que foi horrível que disseram isto, fizeram aquilo, doeu-me horrores, não sei quê, e isso pode, acho que sim, pode influenciar.” (P8).

“...o facto de considerarmos que tem que existir dor, que temos que aliviar essa dor, seja com métodos naturais seja com métodos farmacológicos, é um pressuposto, do meu ponto de vista, negativo e influenciador daquilo que se vai sentir, não é?... Porque já estamos a partir do princípio que vai ser mau, e isso não significa que não tenhamos os meios à nossa disposição, devemos ter, aqueles que achamos que faz sentido, mas quando insistimos nesta premissa, de que de facto, o que vamos sentir no trabalho de parto é algo que necessariamente tem que ser aliviado de uma forma ou outra, estamos assumir que é algo necessariamente mau, e a minha experiência pessoal é que não é. É que realmente é algo que não me importava de viver vinte vezes e viveria com a mesma qualidade e prazer, muito provavelmente.” (P9).

“...eu lembro-me de que o fator decisivo para eu pedir epidural foi esse, foi o medo de que o que eu poderia vir a sentir, aquela dor que outras pessoas tinham experienciado e que me tinham transmitido, e eu vim a impedir que isso acontecesse ao usar a analgesia que estava ali disponível para mim.” (P10).

“...as histórias são sempre macabras, não é, que nos contam, mas não influenciou nada...” (P11).

“Quando se está grávida há muito a necessidade de outras mulheres que já tiveram bebés e que tiveram más experiências de partilhar isso, não é, não é com má intenção mas fazem muito isso, se calhar é um bocadinho como... se calhar têm essa necessidade dessa catarse, não sei, de falar sobre isso, não sei... Mas sim, há muitas histórias menos positivas e até uma certa altura da minha vida, eu confesso que o parto tinha uma conotação muito negativa, ou seja, de muito medo, de muita dor, uma coisa... era uma coisa má que era necessária para que o bebé nascesse...” (P12).

“...portanto eu tenho aqui histórias à volta muito difíceis mas... não foi isso que me impediu ou que me deixou mais ansiosa, porque acho que faz parte, sei lá, há tantas histórias boas e más, penso que isso não me influenciou.” (P13).

“...mas sim, estava muito instituído, principalmente na geração da minha avó, de que o parto era sofrimento, e vendo assim, uma pessoa já vem com esse preconceito, já está a meio caminho para lidar de forma negativa com as contrações e com a possível dor.” (P15).

“Nós líamos tudo o que acontecia com as mães, nesta altura. E eram histórias muito más, histórias muito tristes, e chega-se a uma altura em que temos que pensar: “não, isso tem que acabar, temos que nos distanciar disto”, afastarmo-nos deste tipo de histórias, e diz que disse, porque estes medos de alguma forma, podem nos influenciar nós também, tanto antes como durante o parto, e eu acho que foi mais nesse sentido, que eu quis criar essa distância.” (P16).

“É claro que, muita das vezes, nós mulheres lá está, ouvimos mesmo relatos de partos de outras mães, e ficamos com aquela ideia que: “ah só porque ela fez, nós também temos que fazer”, não. Ou só porque ela fez daquela forma, nós temos que fazer como ela, não, não tem de ser, nós temos que ser nós próprias e temos que fazer aquilo que nos faz sentido no momento.” (P17).

“Sim, estou num grupo do Facebook, onde de vez em quando há partilhas, algumas mais positivas que outras. Mas eu também sempre pensei, para já, tentar não dar tanta atenção às negativas... mas eu gostava de ler todos os partos, mas eu sempre pensei: não vale pena já estar a sofrer por antecipação, porque cada parto é um parto.” (P20).

“Não estou a diabolizar a epidural, nem os métodos farmacológicos, mas efetivamente perde-se... perdeu-se, e diabolizou-se mais o facto de parir sem... parir com dor, diabolizou-se o facto de sentir dor a parir, do que o resto. Porque, efetivamente, eu falo com outras mulheres grávidas, e que também tiveram os seus filhos, e todas me dizem “ai que horror, não tiveste epidural, deves ter morrido, e não sei quê”, e eu “não, olha não morri e por acaso até preferi ter sentido tudo.” (P22).

Na revisão de Whitburn, Jones, Davey, & McDonald (2019) um resultado encontrado em vários estudos é o de que a experiência das mulheres é marcada pelo significado pessoal que lhe é atribuído. Este significado da dor é influenciado pelas crenças pessoais e culturais, pelo contexto, assim como pelo ambiente físico e social ao redor da mulher. Frequentemente é atribuído um significado positivo ligado ao conceito de aceitação. Para muitas mulheres a dor do trabalho de parto/parto é aceite por se tratar de uma parte de um processo fisiológico do parto/nascimento, o que vem corroborar os dados desta investigação.

Os mesmos autores afirmam que as crenças culturais podem reforçar esta aceitação, mas também podem causar conflito em algumas mulheres que se esforçam para se conectar com as crenças da sua cultura sobre a dor do trabalho de parto/parto. (Whitburn, Jones, Davey, McDonald, 2019).

Neste sentido, emergiu dos discursos das participantes a influência sociocultural sobre a dor do trabalho de parto/parto. Algumas mulheres tiveram uma influência sociocultural positiva através da partilha de relatos e experiências de parto positivos, o que reforçou as suas crenças pessoais e aceitação da dor. Por outro lado, muitas participantes admitem uma influência sociocultural negativa através dos relatos e experiências de parto negativos. São histórias de complicações obstétricas que aumentam a crença de que o parto e a dor são um sofrimento a ser eliminado. Esta é uma crença cultural muito enraizada que causava conflito nas mulheres que tinham crenças pessoais positivas, tal como se encontrou descrito na literatura consultada.

Sobre a ideia de que o parto/nascimento de um/a filho/a pode ser encarado como um renascimento ou transformação pessoal, Whitburn, Jones, Davey, & McDonald (2019) declaram que um número significativo de estudos demonstra que experienciar este tipo único de dor pode resultar numa transformação pessoal, o que também foi descrito por algumas participantes desta investigação. Segundo os autores, as mulheres podem sentir uma sensação de empoderamento, realização e orgulho ao vivenciar esta intensa experiência. As mulheres podem também apreciar a dor do trabalho de parto/parto pois marca o significado do evento de dar à luz um/a filho/a, o que estabelece um início positivo para a maternidade, o que vem corroborar os dados encontrados nesta investigação.

3.6 - PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Segue-se a apresentação dos constituintes-chave que emergiram dos discursos das participantes, de acordo com o seu contexto – *Papel dos profissionais de saúde*, utilizando para uma melhor compreensão a transcrição das unidades de significado mais representativas.

- *Apoio, suporte, incentivo, informação e segurança*

Emerge dos discursos da maioria das participantes a importância do papel dos profissionais de saúde, a sua maioria EEESMO. Estas referem que o seu papel é

fundamental no apoio, suporte, incentivo e na transmissão de informação e segurança durante o trabalho de parto/parto, tal como se demonstra nos seguintes relatos:

“Eu acho que tem haver o facto da mulher se sentir mais tranquila, portanto se te falarem de uma forma mais humanizada (...) acaba por a nível mental de tranquilizar e ao te tranquilizares acalma também a dor (...) sentir haver empatia e quando há uma empatia e uma comunicação mais positiva a vivência da dor é muito mais suportada” (P2).

“Depois, entretanto, chegou uma enfermeira amorosa que me perguntou o nome, se apresentou, e disse que tinha ouvido falar que eu queria epidural, mas que no meu plano de parto não estava, perguntou como é que tinham sido os outros, e que respeitou o tempo das contrações, e aí foi espetacular, eu quase que me esqueci da dor, foi incrível! Porque como estava a ser respeitada, não é, não havia aquela pressa...” (P3).

“A médica obstetra que estava de serviço, esteve ao meu lado a dar-me todo o apoio e a ajudar-me a controlar a respiração.” (P4).

“...foi essa enfermeira que esteve sempre comigo a dar-me... lembro-me que me deu festas na cara, deu-me a mão, disse para controlar a respiração (...) a enfermeira que esteve ali sempre comigo a dar-me aquele apoio que devia ser o pai a dar.” (P5).

“...a colega da manhã já foi uma postura diferente, já foi ali uma presença: “eu estou aqui” “isso é normal”, arranjar uma justificação para aquilo que eu estava a sentir, explicar que era normal que fazia parte do processo, e aí foi um papel essencial, que eu acho que não podendo estar o acompanhante, o acompanhante não podia estar, foi feito neste caso pela enfermeira que estava presente e que ajudou no controlo da dor.” (P6).

“...foi no momento da administração da epidural em si, portanto, a enfermeira me deu aquele apoio, se agachou ao pé de mim, foi falando comigo e descrevendo o que estava acontecer, foi nesse momento em que ela me disse” vamos ser uma equipa” e depois foi ao longo do expulsivo todo. Eu lembro-me de estar a fazer força e haver sempre uma palavra de encorajamento ao longo do todo o expulsivo, ok não foi muito longo felizmente (risos), mas lembro-me de haver sempre uma palavra de incentivo de “ok estás a fazer força, está a correr bem, a cabeça já aqui está”... eu lembro-me disto ao longo de todo o expulsivo, de haver estas palavras de incentivo e de encorajamento e de me dizerem que eu estava a fazer tudo bem, e sentir assim confiante que as coisas estavam a correr bem, que eu estava a fazer tudo bem... se fosse preciso alguma coisa estavam ali aquelas pessoas, aquelas duas enfermeiras me iriam ajudar, que eram uma equipa comigo e foi isso.” (P7).

“...ajudou-me muito as mãos, a dar as mãos, ouvir as palavras da parteira, que ela estava praticamente a falar-me ao meu ouvido quando, o que fazer, já está, sei lá, nem sei muito bem o que ela me disse, mas a presença...” (P8).

“...foi essa enfermeira que saiu era muito simpática também era muito cuidadosa (...) ela foi muito cuidadosa sempre a perguntar como é que eu estava sempre a avaliar, eu não me senti sozinha enquanto não tive o meu marido perto, eu não me senti sozinha...” (P10).

“...teve a sua importância (...) óbvio que eles foram afáveis foram muito disponíveis sempre a tentar abstrair-me um pouco da dor naquele momento, entendes, sempre muito carinhosos foi pá ... foi uma boa equipa (risos) tive sorte nessa parte.” (P11)

“A S. pela segurança enquanto profissional de saúde, pela segurança que dá, mas também pela parte... a parte humana e de mulher (...) toda a segurança que ela dá e por ser uma profissional de saúde competente e por ser muito, muito humana também.” (P12).

“Para mim, a própria atitude delas, portanto, a forma de me explicarem tudo, de eu questionar, irem falando dos passos, como é que estão a fazer, como está acontecer, a forma como falam connosco humana, somos uma pessoa que está ali, num momento, eu diria algo delicado, e falarem connosco de forma amigável para mim, tratarem-me bem, literalmente, é muito bom. Porque a equipa de enfermagem e as auxiliares, algumas auxiliares, ao pé de nós, para mim dá-me tranquilidade, estou ali tranquila, posso estar à vontade, falar com as pessoas à vontade, pronto, isso é a forma... o trato que a equipa de enfermagem, que elas têm connosco, acho que faz muita a diferença.” (P13).

“...eu acho que isso é um fator chave, sentir que eu estava acompanhada, se fosse preciso intervinham, intervinham (...) na massagem quando foi preciso, quando disseram ao A. se calhar agora pomos aqui mais um bocadinho de água quente, mas só isso... deixaram-me em paz, que não tem nada de... ah deixem-me em paz! Não é este tom agressivo, é tipo, é pá deixem-me aqui sossegadinha que eu... portanto, o processo interno de saber que isso estava bem e que só ia ser incomodada se eu pedisse, acho que é capaz de ter sido o fator chave, o que significa que eu confiava muito na atitude destas parteiras.” (P14).

“...mas ela mostrou a placenta e até explicou onde é que estava o bebé, pronto, tudo isso acaba por descansar e ajudar também a vivenciar aqueles primeiros momentos de parto e pós-parto imediato de outra maneira, por isso, sim, os profissionais fazem a diferença também no acompanhamento do parto.” (P15).

“...é óbvio que, o apoio delas foi incondicional, foi brutal, mesmo muito importante ter o apoio das duas enfermeiras que estiveram cá em casa. Acima de tudo isso, o facto de ter o meu marido ao pé de mim, e duas pessoas, que uma delas eu não conhecia ainda, a outra já tinha conhecido, mas o facto de ter duas pessoas cá em casa que não eram

duas “enfermeiras estranhas”, era como se tivesse duas amigas cá em casa, que estavam a apoiar-me, mas que sabiam o que estavam a fazer.” (P16).

“...a nossa enfermeira que também é especializada em obstetrícia, e sem dúvida foi ela que nos deu o curso para preparação no parto, e sem dúvida alguma foi ela o meu maior ...digamos, cruzinha que estava ali, tudo o que ela nos dizia... ou seja, passou uma força enorme para mim e para o meu bebé (...) passou-nos uma força enorme, em que nós éramos capazes, ou seja, acreditou em nós e foi ela sem dúvida alguma.” (P17).

“Uma voz que acalmava, que tranquilizava e eu senti-me quase estando em casa, em que eu sei que estou aqui bem, porque ela vai me ajudar, uma pessoa que sempre se preocupou muito (...) tentou-me logo tranquilizar que “vais conseguir, eu estou aqui e vais conseguir” (P21).

- *Manifestação de tratamento impróprio e desrespeito*

Emerge dos discursos de algumas das participantes o papel dos profissionais de saúde, no âmbito de uma experiência negativa. A este respeito verificamos que as participantes consideram que o tratamento foi impróprio e desrespeitoso, tal como se demonstra nos seguintes relatos:

“...pretendia trocar de médico porque ela foi totalmente fora da ética. E aquilo começou-me a stressar um bocadinho, as dores começaram a aumentar e comecei-me, assim, a desfocar um bocadinho e a preocupar-me com a situação.” (P2).

“...então eu fico internada sozinha. E depois a partir daí foi horrível, foi mesmo horrível, foi mesmo traumático! (...) porque me chatearam muito. Fazia muita confusão às enfermeiras que eu não quisesse epidural. (...) Só que elas não foram assim muito compreensivas e estavam sempre a ir ao quarto, a dizer que eu estava a fazer muito barulho. Eu não gritava, mas eu vocalizava cada vez que tinha contração e disseram que isso era muito perturbador para as outras grávidas, que era uma estupidez eu não levar epidural, e que não sei quê e não sei que mais (...) Então, disseram que iam chamar o anestesista para falar comigo. E quando veio o anestesista, ele veio todo a correr e foi muito desagradável. Ele chegou lá e disse: “vamos lá despachar esta merda!” Foi exatamente assim.” (P18).

“O que eu senti foi que não houve muito apoio, durante o trabalho de parto não houve assim muita atenção.” (P20).

“Foram muitos gritos, foi muita exigência, que a meu ver não tinham que o fazer, porque eu já estava ali... ali assim sem qualquer tipo de anestesia... e foi muito... foi o oito e o oitenta... foi muito... foi muito diferente as profissionais que estavam lá.” (P21).

“...mas desde que eu entrei, até eu sair, foram comentários absurdos que não se fazem a ninguém... eu estava à espera que ele me observasse na sala de urgência, ele viu-me lá a fazer a dança da anca, começou logo a dizer que devia estar deitada numa cama, disse que... eu nem gosto de me lembrar disso... disse que eu era uma mãe irresponsável, que a qualquer momento eu podia chegar lá com a cabeça do meu filho entre as pernas, e que eu queria que ele morresse, coisas sem sentido, que ele proferiu em alto e bom som (...) E depois eu disse que não queria episiotomia, pedi-lhe por tudo no mundo que não queria, e ele disse-me que eu era maluca, e que eu ia rasgar toda até às costas, e que ele não tinha tempo para estar lá ...a coser-me, disse-me, eu queria... exato... quando a bolsa rompeu, eu pedi por favor para me pôr em pé, para eu puxar, que era a única posição que eu conseguia estar, e ele disse-me que se eu não me deitasse, não me fazia o parto...” (P22).

De facto, o papel dos profissionais de saúde, e dos EEESMO em particular, é fundamental. Segundo as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Parto Normal, algumas das práticas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas (categoria A) são: “monitorizar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e parto, até ao desfecho do processo de nascimento”; e, o “apoio empático pelos prestadores de cuidados durante o trabalho de parto e parto” (WHO, 1996, p.33-34). Em 2018, a OMS, nas recomendações para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva, reitera a recomendação de que os cuidados maternos devem ser respeitosos, e a comunicação entre os profissionais de saúde e a mulher em trabalho de parto deve ser efetiva, mediante o uso de métodos adequados e culturalmente aceites (OMS, 2018).

Também, segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), durante o trabalho de parto, o EEESMO “garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” (critério de avaliação 3.1.2), “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (critério de avaliação 3.1.3), e “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (critério de avaliação 3.1.6).

Nesta investigação foi notoriamente positiva a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEESMO no apoio, suporte, incentivo e na transmissão de informação e segurança durante o trabalho de parto/parto das mulheres participantes.

De acordo com o estudo de Whitburn, Jones, Davey & Small (2017) as pessoas que rodeiam a mulher em trabalho de parto/parto podem marcar a sua experiência de dor.

Como é bem conhecido a presença contínua de profissionais de saúde conhecidos pode melhorar os resultados de trabalho de parto/parto para a mulher, inclusive a redução do uso de analgesia. Estudos qualitativos demonstram que o suporte e apoio de cuidadores conhecidos e confiáveis com os quais uma mulher em trabalho de parto se sente emocionalmente conectada, faz com que ela se sinta segura e aumenta a sua capacidade de lidar com a dor durante o trabalho de parto (Van der Gucht & Lewis, 2015; Whitburn, Jones, Davey & Small, 2017).

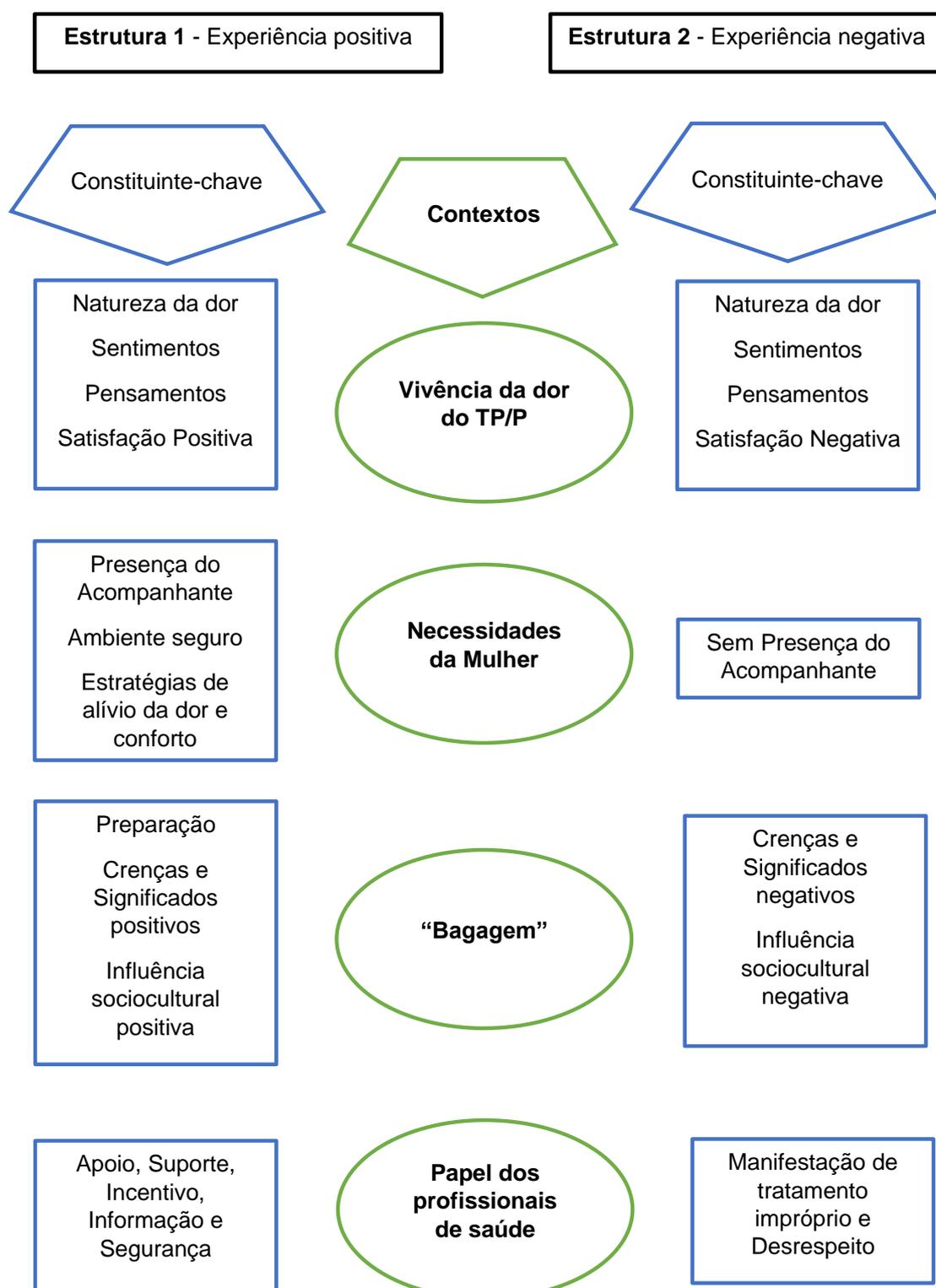
No mesmo estudo (Whitburn, Jones, Davey & Small, 2017), os dados demonstram que os profissionais de saúde podem influenciar a vivência da dor do trabalho de parto/parto da mulher influenciando os seus pensamentos e emoções em relação à dor e, ao fazê-lo, podem mudar o significado da dor para a mulher, o que afeta conseqüentemente a sua capacidade para lidar com a mesma. Ao facilitar um estado de foco e calma, bem como cultivar pensamentos positivos sobre a dor, os profissionais de saúde podem tranquilizar a mulher de forma estratégica demonstrando que a dor é produtiva e tem um propósito. Esse estado mental é semelhante a um estado de aceitação consciente que permite que a mulher em trabalho de parto aceite a dor como não ameaçadora e trabalhe com ela. Inversamente, um estado mental distraído ou perturbado está associado à catastrofização da dor e a uma sensação de desamparo. Os dados do estudo referenciado demonstram que quando os profissionais de saúde, de forma explícita ou inadvertida, sugerem à mulher que algo está errado ou que o trabalho de parto não está a progredir ao ritmo esperado, isso altera os seus pensamentos e emoções em relação à dor e leva a um estado mental com qualidades semelhantes a um estado distraído e perturbado, o que influencia negativamente a sua vivência da dor. Isto tudo sugere que o ambiente social pode ser um regulador chave do estado mental de uma mulher, e desta forma pode alterar a sua vivência da dor (Whitburn, Jones, Davey & Small, 2017).

Na revisão de Whitburn, Jones, Davey, & McDonald (2019) o ambiente social é declarado como um determinante que influencia a dor do trabalho de parto/parto. Sobre este aspeto, as autoras referem que quando as mulheres se sentem sozinhas ou sem suporte, elas referem maior sofrimento associado à sua dor, sendo que esta falta de suporte e apoio fazem as mulheres perderem a motivação para o trabalho de parto/parto. As palavras ou ações em redor da mulher podem interferir com o seu foco, desencadeando pensamentos catastróficos e uma sensação de perda de controlo. Assim, as pessoas em redor da mulher podem mudar o contexto e o significado da dor do trabalho de parto, levando a interpretá-la como mais ameaçadora.

Nesta investigação também foi possível distinguir uma estrutura com experiências positivas, onde o papel dos profissionais de saúde foi fundamental no apoio e suporte às participantes para que estas conseguissem lidar melhor com a dor do trabalho de parto/parto e tivessem experiências de parto mais positivas, tal como corroboram os estudos acima mencionados. Por outro lado, na estrutura com experiências negativas, o papel dos profissionais de saúde foi determinante. As participantes consideraram que o tratamento foi impróprio e manifestou desrespeito, o que influenciou negativamente a vivência da dor do trabalho de parto/parto. Nesta estrutura as participantes sentiram-se desrespeitadas o que aumentou a sua percepção de dor e dificultou a forma como estas estavam a lidar com a dor e o seu trabalho de parto/parto, o que levou a uma experiência de parto mais negativa, fundamentado também pelos estudos referidos anteriormente.

Segue-se a representação esquemática dos constituintes-chave das estruturas essenciais da vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto, referente aos contextos, *vivência da dor do TP/P*, *necessidades da mulher*, *“bagagem”* e *papel dos profissionais de saúde*.

Figura 2 – Representação esquemática dos constituintes-chave das estruturas essenciais da vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto, referente aos contextos, *vivência da dor do TP/P*, *necessidades da mulher*, *“bagagem”* e *papel dos profissionais de saúde*.



3.7 - A VIVÊNCIA DA DOR DO TP/PARTO NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE - ENQUADRAMENTO COM A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem proposta por Meleis (2010) é a Transição, na medida em que os enfermeiros interagem maioritariamente com pessoas que estão a antecipar, estão a vivenciar ou acabaram de passar por uma transição. A Enfermagem enquanto ciência, e pela própria natureza dos fenómenos em estudo, desenvolve-se em torno do conhecimento do que contribui e do como proceder para facilitar os processos de transição com vista ao bem-estar (Meleis, 2010).

Assim, o marco teórico selecionado para o presente estudo foi a Teoria das Transições de Meleis (2010), o qual norteia o EEESMO a aprofundar os seus conceitos, fazer uso deles na sua prática clínica e a planear ações que conduzam a resultados positivos em saúde (Costa, 2016), o que neste estudo, concretamente, se reflete nos cuidados à mulher que vivenciou a experiência da dor durante o trabalho de parto/parto.

A experiência do trabalho de parto/parto muitas vezes leva a uma transformação do autoconceito da mulher quando esta vive a transição para a parentalidade (Benedek, 1959 como referido por Jacinto & Buckley, 2013). E, a vivência da dor do trabalho de parto/parto faz parte deste processo, pois é um fenómeno transversal experienciado pela mulher, que fica gravado em sua memória e dele depende a qualidade da sua experiência de parto (Schmid 2012), qualidade essa, que tem impacto a longo prazo, na vida da mulher (Brudal, 1985; Green, Coupland, & Kitzinger, 1990; Lagerkrantz, 1979; Morris-Thompson, 1992; Oakley, 1983; Simkin, 1992 como referido por Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007).

Partindo da problemática em estudo, *A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto*, realizou-se o seu enquadramento com a Teoria das Transições de Meleis, descrevendo a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras da transição, os padrões de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010, p. 56).

Natureza da transição para a parentalidade

As transições são processos complexos que ocorrem ao longo da vida e implicam um processo interno de mudança de identidade, alteração de papéis, nas relações, nas capacidades e nos padrões de comportamento.

A gravidez, o parto e o pós-parto são períodos marcados por uma grande vulnerabilidade emocional da mulher e por grandes mudanças e ajustamentos fisiológicos e psicossociais (Mendes, 2007). O parto, por sua vez é um acontecimento relevante na vida de uma mulher e envolve aspetos psicológicos, físicos, sociais, económicos e culturais, sendo considerado por vários autores um fenómeno complexo (Bezerra e Cardoso, 2006). Podemos então afirmar, em concordância com Meleis (2010), que as mulheres participantes deste estudo se encontram envolvidas numa transição desenvolvimental, mais especificamente a transição para a parentalidade, classificando-se esta como uma transição múltipla, uma vez que as mulheres que anteriormente formavam um casal com os seus respetivo/as companheiro/as, transformam-se em mães e pais, surgindo a necessidade de reformular os vários papéis da sua vida, como sejam o conjugal, familiar e social.

O nível de consciencialização e o nível de envolvimento da pessoa são duas das propriedades das transições que se interrelacionam entre si. O nível de consciência envolve a perceção que a pessoa tem de si própria, e manifesta-se na demonstração de conhecimentos, bem como, na mobilização de recursos necessários para fazer face à transição. Quanto maior o nível de consciência sobre o fenómeno da transição e de si próprio, maior o envolvimento que leva à mobilização de recursos necessários. Sendo que o contrário também será verdade, na medida em que quanto maior o envolvimento maior tenderá a ser o nível de consciência também.

Neste caso concreto, as mulheres participantes do estudo demonstraram, na sua maioria, estar conscientes da transição para a parentalidade que estão a viver, envolvendo-se neste processo de transição mobilizando recursos como a procura de serviço de saúde, a preparação para o parto e a procura de outras mulheres que estão a vivenciar a mesma fase de ciclo vital. No que diz respeito, mais especificamente à dor do trabalho de parto, este é um dos principais temas que mais preocupa as mulheres ao longo da gravidez e, por isso, o investimento na sua preparação para o parto e procura de uma rede de apoio e de profissionais que possam dar respostas às suas necessidades.

A chegada do primeiro ou de mais um filho à família constitui uma mudança e uma configuração diferente dos papéis desempenhados pelo casal. Sendo a mudança e a diferença, outras das propriedades das transições, estas exigem a alteração de rotinas habituais e o desempenho do papel parental, diferente do que foi até aí.

Relativamente ao espaço temporal ou duração da transição, esta não se pode circunscrever a um limite rigoroso, pois caracteriza-se pelo período necessário que cada mulher ou casal precisa para conseguir atingir níveis de mestria nas suas habilidades e conhecimentos e integrar os novos papéis conjugais, parentais e sociais, assumindo a sua nova identidade. De acordo com Meleis (2010), estamos convictas que se trata de uma integração fluida.

Meleis (2010) afirma que algumas transições são associadas a eventos críticos, constituindo-se estes como um momento identificável que pode determinar o curso de uma transição. O nascimento e o parto, são claramente eventos críticos importantes, que marcam a vida tanto das mulheres e casais, como do próprio bebé. A forma como são vivenciados estes momentos, se as experiências são mais ou menos positivas, determinam a qualidade desta transição. Daí a importância de uma intervenção cada vez mais personalizada, humanizada e empática por parte dos profissionais que exercem nestas áreas em particular. O seu papel é preponderante na forma como as pessoas se envolvem e se consciencializam para a transição.

Condições facilitadoras e inibidoras da transição para a parentalidade

Num processo de transição existem condições que podem facilitar a transição ou, por outro lado, inibir o processo, e estes podem ser classificados como pessoais ou relacionados com a comunidade/sociedade. No que diz respeito às condições pessoais destacam-se os significados atribuídos ao fenómeno de transição, a cultura e crenças, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento.

Relativamente aos significados, no que concerne ao fenómeno da dor de trabalho de parto, esta pode ser associada a diferentes significados. Nos dois extremos, temos mulheres que atribuem à dor um significado positivo, porque a dor do TP, sendo diferente de outras dores, tem um propósito que é o nascimento de um filho, sendo vivenciada com naturalidade uma vez que faz parte do processo. Por outro lado, também tivemos mulheres que atribuem à dor um significado mais negativo, afirmando ser um sofrimento desnecessário vivenciar o TP com dor.

Estes significados atribuídos estão diretamente relacionados com a cultura e crenças relacionadas com a dor, o parto e maternidade. As mulheres são facilmente influenciadas pela cultura dominante e as crenças coletivas relativamente ao parto. E foi frequente a referência a partilha de relatos e testemunhos negativos sobre o parto, onde se destacavam as complicações obstétricas e a dor sendo vista como algo horrível a ser eliminado. Contudo, também houve mulheres que quiseram receber influências diferentes, e ao procurarem, também encontraram relatos de partos positivos onde a dor é aceite como fazendo parte de um processo fisiológico e é vivida com satisfação, pois cumprindo o seu propósito, cada contração dolorosa é sentida como um passo mais próximo do seu bebé. Para além de que a dor pode ser vista como uma bússola, que indica à mulher quais os melhores movimentos e posições para lidar com o trabalho de parto e procurar bem-estar. Também, o ambiente cultural, bem como as filosofias relacionadas com o parto e a dor do trabalho de parto/parto no local onde são assistidas, influenciam a sua experiência de parto e o uso de analgesia.

Em relação ao estatuto socioeconómico, as mulheres deste estudo demonstraram que não passam por dificuldades económicas graves. Aliás, algumas puderam recorrer a serviços privados que pagaram por conta própria, o que lhes permitiu a seleção de serviços mais de acordo com as suas preferências, por exemplo, recorreram a serviços de saúde materna personalizados que garantiam a continuidade dos cuidados ao longo da gravidez, parto e pós-parto, assim como o parto em contexto domiciliário, com recurso a uma abordagem mais próxima da personalização, humanização e fisiologia.

Sobre a preparação e conhecimento, podemos afirmar que a maioria das mulheres procurou frequentar um curso de preparação para o nascimento e parentalidade, e também se cultivaram lendo livros, frequentando círculos de partilhas, visualizaram filmes e algumas frequentaram preparação física ou mental, para estarem melhor preparadas para o dia do parto, mas também para o pós-parto e esta nova fase da maternidade. A dor do trabalho de parto é um dos temas que mais gera preocupação nas grávidas e, por isso, foi frequentemente um tema abordado durante a preparação para o nascimento, assim como estratégias de alívio da dor e conforto não farmacológicas ou farmacológicas.

No que diz respeito às condições relacionadas com a comunidade/sociedade, estas referem-se ao suporte familiar, à rede de apoio social e aos serviços comunitários locais. Foi frequente as mulheres deste estudo recorrerem à sua rede de apoio familiar mais próxima e procurar também redes de apoio informal formadas por outras mulheres, na procura de suporte e apoio socioemocional. Devido às restrições relativas à Covid-19,

muitos destes contactos deixaram de ser presenciais e tornaram-se possíveis por meios digitais e internet, sendo esta uma nova forma de se relacionar, mas que ampliou o alcance a recursos que antes eram mais difíceis de atingir. Por outro lado, algumas mulheres referiram que preferiam não contactar com familiares ou outras redes de apoio pela sua influência negativa em temas como a dor e o parto. Sentiam que esta influência negativa as inibia na transição pela qual estavam a passar, ampliando sentimentos como o medo, a insegurança e o desespero.

Os serviços de saúde comunitários locais foram também um recurso disponível e procurado pelas mulheres. É desejável que a intervenção do EEESMO seja no sentido de potenciar as condições facilitadoras e minimizar as condições inibidoras da transição.

Padrões de resposta na transição para a parentalidade

Relativamente aos padrões de resposta numa transição, estes podem ser classificados como indicadores de processo e indicadores de resultado. Sentir-se ligado e interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* denominam-se indicadores de processo, enquanto que o domínio de novas competências e a reformulação de identidade denominam-se indicadores de resultado. As mulheres deste estudo, ao longo da gravidez, puderam desenvolver confiança e *coping* durante a sua preparação para o parto, mas também a experiência de parto em si era marcante no que diz respeito à confiança e a forma como lidavam com os desafios do pós-parto. Todas elas sentiam-se ligadas e procuraram interagir principalmente procurando a figura do EEESMO, para dar resposta às suas preocupações e necessidades. O domínio de novas competências e a reformulação da identidade continua a acontecer durante o pós-parto e primeiros anos de maternidade. Todos os dias existem desafios diferentes com o cuidado do bebé, a amamentação, o choro, o sono, a alimentação e a interação e vínculo que se estabelece com o novo ser.

Intervenções terapêuticas de Enfermagem

O EEESMO é o profissional de saúde especializado, na área de enfermagem, com competência para prestar cuidados de saúde às mulheres, casais e recém-nascidos.

Ao longo da gravidez, as mulheres e casais procuram os EEESMOS para encontrarem resposta às suas preocupações e necessidades. A preparação para o parto, e as

consultas de vigilância do bem-estar materno-fetal são duas das grandes intervenções dos EEESMOS ao longo deste período. O EEESMO deve garantir que a mulher ou o casal se sintam como o centro dos cuidados e da sua experiência de parto, informando, apoiando e suportando-os nas suas escolhas, promovendo o consentimento informado e esclarecido, numa negociação contínua ao longo da gravidez, adaptando a sua intervenção de forma a integrar nela as preferências dos casais. Uma prática que é altamente recomendada é a elaboração de um plano de parto, onde a mulher/casal são as figuras centrais, mas onde podem contar com o EEESMO para uma parceria na construção daquilo que é uma comunicação sobre as suas preferências, de forma a garantir os seus direitos e a realização dos seus desejos. Este é um momento importante, que contribui para o empoderamento e aumento de confiança do casal, podendo facilitar uma experiência de parto mais positiva.

Durante o trabalho de parto, o EEESMO garante um ambiente seguro, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, e coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. É recomendado um cuidado individualizado, humanizado, respeitoso e de acordo com os valores, crenças e cultura da mulher/casal, promovendo-se experiências de parto mais positivas e satisfatórias. O parto e nascimento podendo ser considerado um evento crítico importante merece todo o nosso empenho e dedicação de modo que seja possível facilitar de forma suave e positiva a transição para a parentalidade.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente Relatório Final de Estágio permitiu-me analisar de forma reflexiva e crítica o meu percurso de aprendizagem e o meu desenvolvimento de competências, estabelecendo também um paralelo com a evidência científica, em alguns temas que considere mais pertinentes.

Foi muito gratificante ter terminado o período de estágios com aprendizagens e desenvolvimento tanto pessoal como profissional que hoje sinto com nostalgia. Durante este período, passei por dificuldades que sinto que foram ultrapassadas com a minha perseverança e determinação e também com o apoio e disponibilidade das enfermeiras tutoras que me acompanharam. As reflexões efetuadas ao longo deste percurso com a professora orientadora foram motivadoras para a consecução dos objetivos de aprendizagem, bem como para a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Ao longo dos estágios a minha inquietação para a investigação a realizar durante o presente curso foi-se definindo, surgindo a temática: *a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto*. Foi ao ver e presenciar a força, coragem e determinação das Mulheres que pariram com a minha assistência, que me surgiu a questão: “Qual a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto?”

Sendo dor uma experiência subjetiva e pessoal, a dor do trabalho de parto/parto possui características muito próprias como o ritmo e o propósito, o que a diferencia de outros tipos de dor.

Após a reflexão efetuada, realizei o percurso de investigação, com uma amostra de 22 participantes, tendo realizado todo o processo segundo o método fenomenológico de Giorgi.

Do discurso das participantes emergiram duas estruturas essenciais que dizem respeito à qualidade das experiências vivenciadas. Uma estrutura com características positivas e, a outra, com características negativas, tendo em consideração o foco deste estudo, a dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto. Dos dados analisados emergiram quatro diferentes contextos: *a vivência da dor do trabalho de parto/parto, necessidades da mulher, “bagagem” e o papel dos profissionais de saúde*.

No que diz respeito à *estrutura das experiências positivas*, quanto à *vivência da dor do trabalho de parto/parto*, emergiu das informações recolhidas uma descrição da natureza da dor de TP/P, caracterizada pela sua natureza, localização, o seu ritmo e progressão da intensidade.

Os sentimentos que foram referidos pelas participantes foram mistos e vividos com alguma ambivalência, entre a felicidade e o medo ou ansiedade. Emergiram das informações transmitidas sentimentos de tranquilidade, felicidade, confiança, prazer e entrega ao processo de trabalho de parto. Estes sentimentos estão relacionados com o desejo pelo nascimento dos/das filhos/as e a aceitação da dor como processo natural do trabalho de parto/parto. Emergiram alguns pensamentos comuns às participantes, realçando-se a ideia de pensar na contração e dor como uma onda que vai e vem, e que tem o propósito do nascimento de um/a filho/a.

Ainda relativamente à vivência, emerge a satisfação com a experiência de parto. Nesta estrutura, a satisfação que emerge dos discursos é muito positiva. As participantes manifestam-se muito satisfeitas com as suas experiências de parto, sendo que a vivência da dor é referida como positiva, uma experiência que depois de ultrapassada traz uma satisfação, orgulho e felicidade incríveis, aumentando a sensação de confiança da mulher em si mesma, sendo este o ponto de partida para um pós-parto mais suave e saudável. A satisfação positiva das participantes relaciona-se com o desfecho positivo do parto e o encontro com as suas expectativas e preferências, assim como o tratamento respeitoso e individualizado.

No que diz respeito às *necessidades* das participantes, a maioria refere que a presença do acompanhante se revela fundamental prestando apoio e suporte tanto físico como emocional. Uma outra necessidade manifestada pelas participantes é um ambiente seguro, que se caracteriza por ambiente privado rodeado de pessoas em quem confiam, tanto os profissionais de saúde como o acompanhante. As estratégias de alívio da dor e conforto são também identificadas como uma necessidade da mulher. A maioria das participantes teve liberdade de movimentos, deambulou ou mudou de posições. Algumas participantes utilizaram a água como estratégia de alívio da dor e conforto, enquanto outras preferiram a analgesia epidural.

Para a experiência de parto cada participante leva consigo uma certa *"bagagem"*, assim como foi denominado o contexto, de onde emergiram a preparação, crenças e significados e a influência sociocultural. A maioria das participantes preparou-se para o parto, frequentando um curso, ou lendo livros, ou participando em workshops ou círculos de partilha. Nessa preparação adquiriram conhecimentos sobre estratégias para lidar

com a dor, entre outros temas. A maioria das mulheres leva consigo para a experiência de parto crenças e significados positivos para a dor. É referida a crença na capacidade inata da mulher para parir. A dor é sentida como positiva e tendo um propósito, que é o nascimento de um/a filho/a. Algumas mulheres tiveram uma influência sociocultural positiva através da partilha de relatos e experiências de parto positivos.

Emerge dos discursos da maioria das participantes a importância do *papel dos profissionais de saúde*, a sua maioria EEESMO. Estas referem que o seu papel é fundamental no apoio, suporte, incentivo e na transmissão de informação e segurança durante o trabalho de parto/parto.

Relativamente à *estrutura das experiências negativas*, quanto à *vivência da dor do trabalho de parto/parto*, emergiu das informações recolhidas uma descrição da natureza da dor de TP/P como dor horrível, brutal e excruciante. Os sentimentos que foram referidos pelas participantes foram mistos, no entanto, os sentimentos que predominam numa experiência negativa são o medo, a ansiedade e a dor emocional, que se relaciona de forma significativa com a forma de tratamento pelos profissionais que manifesta desrespeito. Relativamente aos pensamentos, numa experiência negativa, o que sobressaiu foi uma vontade de fugir do cenário em que as participantes se encontravam. A satisfação negativa das participantes com a experiência de parto, relaciona-se com o impedimento de ter o acompanhante de sua eleição durante o trabalho de parto, numa época muito marcada pelas restrições devido à Covid-19, e com a manifestação de desrespeito por parte dos profissionais de saúde em relação às participantes.

Relativamente às *necessidades* manifestadas pelas participantes, apesar do seu desejo de ter acompanhante, não tiveram essa possibilidade devido às restrições pandémicas, vivenciando o trabalho de parto sozinhas, o que foi referido como um aspeto negativo.

No que diz respeito à *“bagagem”* emergiu dos discursos das participantes crenças e significados negativos, no qual a dor de parto é percebida como um sofrimento desnecessário e dispensável. Muitas participantes admitem uma influência sociocultural negativa através dos relatos e experiências de parto negativos. São histórias de complicações obstétricas que aumentam a crença de que o parto e a dor são um sofrimento a ser eliminado.

Dos discursos de algumas participantes, o *papel de alguns profissionais de saúde* face às mesmas, proporcionou uma experiência negativa considerando estas que o tratamento foi impróprio e manifestou desrespeito.

Como dificuldade sentida durante o processo de investigação, aponto a dimensão dos dados recolhidos. Inicialmente tive uma grande afluência de mulheres interessadas em

participar no estudo, e até à saturação dos dados, foram muitos os relatos recolhidos através das entrevistas, o que tornou a análise do conteúdo muito densa. Face à riqueza do discurso das participantes sobre o tema em estudo resolvi transcrever e analisar os dados de todas as entrevistas efetuadas, pois de cada uma emergiu algo novo.

Com o desenvolvimento desta investigação estou convicta que atingi os objetivos inicialmente propostos.

Espera-se o desenvolvimento de mais estudos nesta área com maior aprofundamento do fenómeno estudado: a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto. Conhecer e descrever a vivência da dor em contextos multiculturais permite-nos desenvolver boas práticas na consecução de uma experiência positiva de parto. Estou convicta que a realização de estudos sobre a implementação de estratégias pelos EEESMO e o seu impacto na vivência da dor, contribuirá no futuro para as melhores respostas aos projetos de saúde das mulheres.

Na sequência dos resultados obtidos nesta investigação e da discussão realizada, apresento algumas sugestões com implicação para a prática clínica:

- No âmbito da preparação para o parto e nascimento, proponho o aprofundamento da exploração do fenómeno da vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto e a abordagem da dor do trabalho de parto/parto como um fenómeno fisiológico positivo;
- Desconstruir em parceria com a mulher os seus medos e ansiedade relativamente à dor do trabalho de parto/parto, promovendo o espaço para a expressão das emoções e a escuta empática, e, quando oportuno, a partilha de experiências com outras mulheres em grupo;
- Criar ambientes empáticos, calmos e que transmitam segurança no que diz respeito ao ambiente social que rodeia a mulher em trabalho de parto.
- Promover intervenções de enfermagem que apoiem e suportem a mulher a lidar com a dor numa perspetiva fisiológica, nomeadamente a utilização de uma comunicação empática e compassiva, reforço da capacidade da mulher em lidar com a dor e estratégias de alívio da dor e conforto, tanto farmacológicas como não farmacológicas.
- Promover, nos contextos onde ocorrem os partos, o respeito pela lei do acompanhante à grávida durante todo o trabalho de parto (Lei nº 15/2014 de 21 de março alterada pela Lei nº 110/2019 de 9 de setembro), como forma de apoiar a mulher a lidar com a dor do trabalho de parto/parto.

- Implementar a prestação de cuidados centrados na mulher e casal, conforme preconizado no Midwifery Model fo Care (ICM, 2014) no qual a filosofia de cuidados assenta em pressupostos como a fisiologia e normalidade do parto/nascimento, o respeito, a dignidade e os direitos humanos.
- Implementar o Coping with Labor Algorithm v2© (Anexo II) (Roberts, Gulliver, Fisher & Cloyes, 2010) como instrumento de trabalho na avaliação e monitorização da forma como a mulher lida com o seu trabalho de parto, nomeadamente com a dor do trabalho de parto/parto, e intervenção adequada.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEA (2018). *Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação*. Berlim. Recuperado de https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf
- Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Jones L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Dec 7, (12): CD000331. doi: 10.1002 /14651858.CD000331.pub3.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., Cyna, A.M., Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2020). *Inquérito Experiências de parto em Portugal – 2ª edição*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experie%CC%82ncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2015). *Experiências de Parto em Portugal - Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%AAncias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- Balaskas, J. (2017). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. 1ª edição. São Pedro do Estoril. Portugal. 4 Estações Editora, Lda. ISBN 978-989-8761-19-4.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bezerra, M., Cardoso, M. (2006). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-americana Enfermagem*, 14 (3), p. 414-21. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TRS8Gc5pSh3SRkywzq99P5p/?format=pdf&lang=pt>

- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. Porto. 335 p. ISBN 978-0-34112-9.
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Braide A.S.G., Brilhante A.V., Arruda C.N., Mendonça F.A.C, Caldas J.M.P, Nations M.K. et al. (2018). Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 42:e190. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190> Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49585/v42e1902018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bruggemann, O., Parpinelli, M., Osis, M. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 5(21), 1316-1327. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/zXV7FqcX85xJKWkzQgKQcDB/?format=pdf&lang=pt>
- Bugg, G.J., Siddiqui, F., Thornton, J.G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD007123. doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3
- Cada Mulher cada Criança (2016). *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-203) Sobreviver, Transformar, Prosperar*. Recuperado de http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf
- CHMT, EPE (2017). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE*. Abrantes, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2018/04/Relatorio-Acesso-2017_CHMT.pdf
- CHMT, EPE (2019). Apresentação. Abrantes, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>
- Cluett, E., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>

- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Perceção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (1), 49-66.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2018). *Integridade na Investigação Científica – Recomendação*. Portugal.
- Conselho Pedagógico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra. Recuperado de <https://www.esenfc.pt/pt/page/237/152>
- Costa L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*;15(3):137-45. Recuperado de <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>
- Decreto-Lei n.º 73/2017. Diário da República, 1.ª série — N.º 118 — 21 de junho de 2017. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2015b). *Orientação nº 001/2015 de 19/01/2015*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Diniz, Carmen S.G. (2003). *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. Projeto Género, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Recuperado de <http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Cartilha-Direitos-Humanos-das-Mulheres-na-Gravidez-e-no-Parto.pdf>
- Enkin, M., Kierse, M., Nielson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyer, J. (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Guanabara Koogan. 3ª edição. Rio de Janeiro. Brasil.
- European Perinatal Health Report (2015). *Core Indicators of the Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2015*. Recuperado de https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf

- Feeley, C., Cooper, M. & Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *J Adv Nurs*;77:2942–2956 DOI: 10.1111/jan.14720 Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jan.14720>
- Fernandes, S., Galacho, J., Borrego, A., Pereira, D., Lança, F. & Ormonde, L. (2021). Impacto da analgesia do trabalho de parto na satisfação materna e expectativas relativamente ao parto num Hospital terciário em Portugal: estudo prospetivo. *Acta Médica Portuguesa*. Apr; 34 (4): 272-277. Doi: <https://doi.org/10.20344/amp.13599>.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Gibson, E. (2014). Women’s expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women and Birth*, 27(3), 185–189. doi:10.1016/j.wombi.2014.05.002.
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de Século. 279 p. ISBN 978-972-754-273-4.
- Guerra, A. (2016). A Dor em Obstetrícia. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 408-410). 1ª edição. Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN:978-989-752-146-1.
- Guerreiro, C., Dias, I. (2016). Consulta de Enfermagem Especializada no Pré-concepcional. In Nené, M.; Marques, R.; Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 49-52) 1ª ed. Lisboa ISBN 978-989-752-146-1.
- Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women’s fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:55 Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-12-55>
- HDFE, EPE (2019). Hospital Distrital da Figueira da Foz. Figueira da Foz, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.hdfigueira.min-saude.pt/category/institucional/o-hospital/>
- HDFE, EPE (2018). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde. Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE. Figueira da Foz, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.hdfigueira.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/12/2018/12/Relatorio-de-Acesso-2018.pdf>

- HGO (2019). Hospital Garcia de Orta. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/>
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-172.
- International Association for the Study of Pain (1994). "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". *Classification of Chronic Pain*, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle. 209-214. Recuperado de <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- International Confederation of Midwives (2014). Core Document – Philosophy and Model of Midwifery Care. Recuperado de <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- Internacional Council of Nurses (2018). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Internacional Council of Nurses (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – Browser. Recuperado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jacinto, G. & Buckey, J. (2013). Birth: A Rite of Passage. The International journal of childbirth education. *International Childbirth Education Association* 28(1):38-42 . January. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/270571428_Birth_A_Rite_of_Passage
- Kitzinger, S. (2011). *Rediscovering Birth*. Pinter & Martin Ltd. London. ISBN 978-1-905177-38-7. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=OKnsAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q=victorian&f=false>
- Lei n.º 9/2009 de 4 de março - *Diário da República*, 1.ª série - N.º 44 - 4 de março de 2009. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março - *Diário da República*, 1.ª série – N.º 57 – 21 março de 2014. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 59/2019 de 8 de agosto - *Diário da República*, 1.ª série - N.º 151- 8 de agosto de 2019. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro - *Diário da República*, 1.ª série - Nº 172- 9 de setembro de 2019. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lopes, M. (2018). *A expectativa do casal sobre o plano de parto*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://web.esenfc.pt/pav02/include/download>

Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*: JOGNN, 35(2), 295-303. Recuperado de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x?casa_token=iWX6UNojEOMAAAAA:jjjAGO9SzKe_nNx_Sle8FH_Z_I0FDpb_sDBEMbPoJQTKfFw2jRSvIHpCGFgWLzitEPzLyTmCUg

Lothian, J. (2008). The Journey of Becoming a Mother. *The Journal of Perinatal Education*. 17 (4), 43-47. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582416/pdf/JPE170043.pdf>

Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730905/pdf/jpe-18-048.pdf>

Lothian, J., DeVries, C. (2017). *Giving birth with confidence – The official Lamaze guide*. Lamaze International. Meadowbrook Press. USA. ISBN 9781501148569.

Loureiro, L. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência*. II série, n.º 2.

Lucena R.F.B., Silva J.A., Davim R.M.B., Neves A.N.P., Rodrigues O.B., Oliveira R.C. (2021). Práticas exitosas a parturiente quanto a satisfação no partear e puerpério imediato. *Cuidado é fundamental*. jan/dez; 13:1678-1683. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9416>.

Mallén-Pérez, L., Juvé-Udina, M. E., Roé-Justiniano, M. T. & Domènech- Farrarons, À. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Profesión*. 16 (2) p. 61-67.

Mascarenhas, V.H., Lima, T.R., Silva F.M., Negreiros F.S., Santos J.D., Moura M.A., Gouveia M.T. & Jorge H.M. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. Revisão Integrativa. *Acta Paul Enferm.*;32(3):350-7. Recuperado de <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=1c058714-b37f-4d5a-baad-819ab56c38cc%40redis>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9.
- Mendes, I. (2007). *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-Parto*. (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentolsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>
- Mielke, K.C., Gouveia, H.G. & Gonçalves C.A. (2019). A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Av Enferm*, 37(1): 47-55. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da Mulher no trabalho de parto. In Nené, M.; Marques, R.; Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 335- 347) 1ª ed. Lisboa ISBN 978-989-752-146-1.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3 Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C. & Medley N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
- Moore, M. (2016). Multicultural Differences in Women's Expectations of Birth. *The ABNF Journal*, Vol. 27 (2), 39-43. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=91258127-4075-4c53-8441-58400d05fdb4%40sessionmgr4006&vid=1&hid=4212>
- Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Waterbirth: An integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 286–319. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12194>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal. Uma Visão Partilhada*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Recomendação n.º 2/2012. Recomendações para a Preparação para o Nascimento*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 7/2012. Plano de Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 50/2014. Colocação de DIU, Implanon® e marcação de consultas de vigilância de gravidez de baixo risco assim como em grávidas diabéticas gestacionais por Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_50_2014_Colocacao_de_DIU_IMPLANON_e_marcacao_de_CVG_de_Baixo_Risco_Assim_Gravida_DIAB.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/parteiros*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 04/2016. Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros (2017). *Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por EEESMO*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/TriagemObstetrica2017_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica*. Lisboa:

Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 37/2018. Implementação de implantes contraceptivos por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8924/parecer-mceesmo-n%C2%BA-37_2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº 8/2020. A realização de colpocitologia por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21772/parecer-mceesmo_08-2020_a-realiza%C3%A7%C3%A3o-de-colpocitologia-por-eeesmo_anonimizado.pdf

Organização Mundial de Saúde (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2

Organização Mundial de Saúde (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3

Organização Mundial de Saúde (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

Pedro, L. & Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 411-415). 1ª edição. Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN:978-989-752-146-1.

Pereira, J., Silva J., Borges N., Ribeiro M., Auarek L. & Souza J. (2016). Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.15,n.1,pp.103-108 (Jun Ago). Recuperado de <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/6646>

- Pereira, M. (2016). Preparação para o nascimento e parentalidade. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 152-157). 1ª edição. Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN:978-989-752-146-1.
- Pereira, R., Franco, S. & Baldin, N. (2011). A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev. Bras Anesthesiol.* 61 (3). 376-388. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxdXYGnzBLfzWMtcCFy/?format=pdf&lang=pt>
- Pereira, S.R., Branco, L.A.S.C., Silva, G.R.A., Carvalho, J.R. & Melo, T.M.G. (2019). Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto: Revisão integrativa. *Rev. UNINGÁ, Maringá*, v.56, n. S6, p. 123-133, Jul./Set. ISSN 2318-0579. Recuperado de <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2845/2089>
- Pinheiro, A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 324-334). 1ª edição. Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN:978-989-752-146-1.
- Pintassilgo S. (2014). *O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal* (Tese de doutoramento) ISCTE Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/7898/1/Tese_SoniaGCPintassilgo.pdf
- Picão, V.S., Moraes-Filho, I.M., Bezerra, M.L.R., Pereira, M.C., Sousa, T.V., Carvalho-Filha, F.S.S., Vilanova, J.M. & Vandenberghe, L. (2020). Sentimentos e vivências do parto: uma abordagem metodológica interpretativa. *REVISA.* 9(3): 382-93. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p382a393>
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* Artmed. 5ª edição. Porto-Alegre. ISBN: 8573079843.
- Prins, M., Boxem, J., Lucas, C. & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG* 118:662-670.
- Promundo (2015). *Programa P: Manual para o exercício da paternidade e do cuidado* (2ª ed.). Recuperado de https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/promundo_manualp_07i_web.pdf
- Regulamento nº 140/2019 do Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, Lisboa Portugal.

Regulamento nº 391/2019, do Diário da República, 2ª série Nº 85 de 3 de maio de 2019, Lisboa, Portugal.

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016. *Jornal Oficial da União Europeia*. 4.5.2016. L119/1.

Rafalovich A. (2016). Pain is the club: identity and membership in the natural childbirth community. *Qualitative Sociology Review* p. 100-116. http://www.qualitativesociologyreview.org/ENG/Volume38/QSR_12_3_Rafalovich.pdf

Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J. & Cloyes, K. (2010). The Coping With Labor Algorithm: an alternate pain assessment tool for laboring woman. *Journal of Midwifery & Womens's Health*. Doi:10.1016/j.jmwh.2009.11.002.

Rocha, V. (2009). A água como meio alternativo para o nascimento natural (Tese de Mestrado) Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/18654/2/A%20AGUA%20COMO%20MEIO%20ALTERNATIVO%20PARA%20O%20NASCIMENTO%20NATURAL.pdf>

Rosa, A. B., Dadalt, A. M., Anversa, E. T. R., Assumpção, P. K., Donaduzzi, D. S.S. & Fettermann, F.A. (2021). *Experiências de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto*. (Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem). Faculdade Integrada de Santa Maria. Brasil.

Santana, C. S., Oliveira, A. M. N., Medeiros, S. P., Cardoso, V. M., Silva, M. R. S. & Cezar-Vaz M. R. (2020). Expetativas e sentimentos das puérperas acerca do trabalho de parto e parto. *Research, Society and Development*, v.9, n. 9. ISSN 2525-3409. Doi: <http://dx.org/10.33448/rsd-v9i9.7076>

Silva, T. (2012). Assistência ao parto: significados para as mulheres. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 29-33. Recuperado de: https://www.dropbox.com/sh/w6cm5836q9eoz7d/AACVgpSKW4N23tb_NpY_0bxla/APEOno12?dl=0&preview=Rev12APEO_8_assist%C3%Aancia+ao+parto.pdf&subfolder_nav_tracking=1

Schmid, V. (2012). *El Dolor del Parto - Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Editorial OB STARE, 2ª edição, Espanha, ISBN: 978-84-939577-5-9.

- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta, 5ª edição, Loures, ISBN: 978-989-8075-34-5.
- Teixeira S., Abelha F. & Santos A. (2016). Analgesia de parto: abordagem do neuroeixo e satisfação maternal. Artigo de Revisão. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. Vol.25-nº 4. P. 109-116.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S. & Oladapo, O.T. (2019). Woman's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*. 16:71 Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2019). *Guia Orientador de Estágio*. Coimbra.
- Vanderlaan, J., Hall, P. J. & Lewitt, M. (2018). Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 59, 27–38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.023>
- Van der Gucht, N. & Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*. Mar;31(3):349-58. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.005. Epub 2014 Dec 31.
- Vivilaki, V. & Antoniou, E. (2009). Pain relief and retaining control during childbirth. A sacrifice of the feminine identity? *Health Science Journal* 3(1).3-9.
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth a guide for midwives* (2nd ed.). London: Routledge. ISBN 978-0-415-57731-1.
- World Health Organization (1996). *Care in Normal Labour: A Practical Guide*. Geneve. WHO/FRH/MSM/96.24. Recuperado de http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
- Whitburn, L., Jones, L., Davey, M. & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: a updated review of the literature. *Women and Birth* 32, 28-38 doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.004.
- Whitburn, L., Jones, L., Davey, M. & Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery* 30, 1029-1035 doi: 10.1016/j.midw.2014.04.005.

Whitburn, L., Jones, L., Davey, M. & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17:157 doi:10.1186/s12884-017-1343-3.

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer N.º P672/05-2020

Título do Projecto: A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Marta Gabriela Gil de Oliveira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Teresa Maria de Campos Silva; Rosa Maria Santos Moreira

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo está integrado em Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objetivo "*Descrever a vivência da dor experienciada pela mulher durante o seu trabalho de parto/parto.*"

A proponente justifica o estudo com o facto da problemática da dor ser "um fenómeno transversal experienciado pela mulher" e uma área de intervenção do enfermeiro especialista.

O estudo é definido como "...*qualitativo de nível I do tipo exploratório-descritivo.*" com uma amostra "...*não probabilística por rede, tipo bola de neve, constituída por mulheres puérperas, até um mês pós-parto, que após consentimento pretendem participar no estudo.*"

O acesso às participantes será "... *realizado através de convite à participação... a grupos de mães na rede social Facebook.*" com divulgação do estudo e contactos (telefone e e-mail) da proponente.

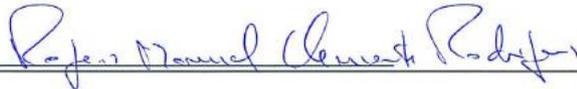
Com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados (construídos pela proponente);
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes sendo apresentado texto explicativo sobre o projeto (o primeiro passo é dado pelas participantes respondendo ao pedido de colaboração divulgado nas redes sociais);
- Os dados obtidos serão tratados pela proponente;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar as participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para as participantes;

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado.

Nota: Recomendamos que os procedimentos e período de recolha de dados se adequem à atual situação epidemiológica.

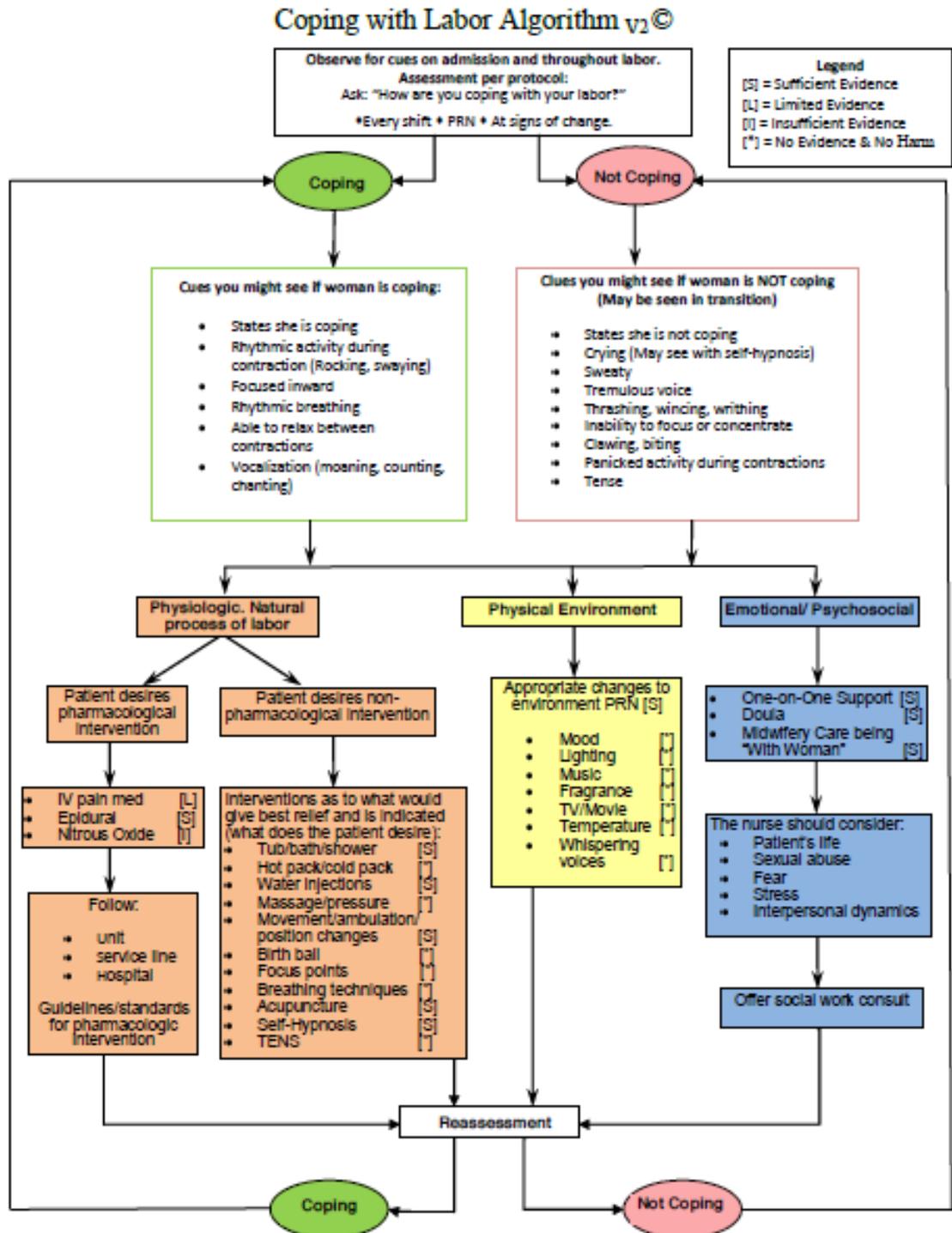
O relator:



Data: 24/06/2020 O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Flomena Bolelho*

ANEXO II

Algoritmo “Coping with labor” v2©



APÊNDICE I

Guião orientador da entrevista

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização do instrumento de colheita de dados do estudo “**A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto.**”, a investigadora teve como pressupostos:

Participantes: Mulheres até 6 meses pós-parto, que após consentimento informado pretendam participar no estudo, com pertença a grupos de grávidas e mães através da rede social Facebook.

Princípio geral de conduta: A investigadora responsabiliza-se por garantir o respeito pelos direitos dos participantes, conforme declarado no consentimento informado.

Local da realização da entrevista: O [Conselho de Ministros](#), a 30 de abril 2020, aprovou o [plano de transição do estado de emergência para o estado de calamidade](#), apresentando o Plano de Desconfinamento, o qual estabelece uma estratégia de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença Covid-19. Neste contexto, é intenção da investigadora propor duas situações para definição do local da entrevista a negociar com as participantes: situação A - em local próprio da participante, cumprindo as recomendações das autoridades de saúde competentes e das normas e orientações emitidas pela Direção Geral da Saúde e garantindo, o distanciamento físico (2m), a higiene das mãos e etiqueta respiratória; o uso obrigatório de máscaras em locais fechados ou situação B - utilizando canais digitais (plataforma Zoom através do serviço Colibri).

Construção dos instrumentos de recolha de dados: O questionário foi construído de modo a identificar os dados sociodemográficos e a caracterização obstétrica. A entrevista semiestruturada foi desenhada de modo a explorar a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto.

Entrevistadora: Marta Gabriela Gil de Oliveira (Investigadora).

QUESTIONÁRIO

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Iniciais do nome:** _____
2. **Idade:** _____ anos
3. **Estado civil:**
 - a. Solteira
 - b. Casada
 - c. Divorciada
 - d. Viúva
 - e. Vive em união de facto?
 - i. Sim
 - ii. Não
4. **Agregado familiar**
 - a. Com companheiro/a e filhos
 - b. Só com filhos
 - c. Com família alargada (com pais, avós, ou outros familiares)
5. **Habilitações literárias**
 - a. Ensino básico 1º ciclo (até 4º ano)
 - b. Ensino básico 2º ciclo (até 6º ano)
 - c. Ensino básico 3º ciclo (até 9º ano)
 - d. Ensino secundário (até 12º ano)
 - e. Bacharelato
 - f. Licenciatura
 - g. Mestrado
 - h. Doutoramento
 - i. Outro _____
6. **Estado ocupacional:**
 - a. Empregada por conta de outrem
 - b. Profissional liberal
 - c. Estudante
 - d. Doméstica
 - e. Desempregada

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

1. Local do Parto:

- a. Hospital
- b. Domicílio

2. Assistência no parto:

- a. Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) /Enfermeira/o Parteira/o
- b. Médico/a Obstetra

3. Número de partos (paridade):

- a. Um parto (primípara)
- b. Dois ou mais partos (Multípara)

4. Gravidez de risco:

- a. Sim
- b. Não

5. Tipo de parto:

- a. Eutócico (vaginal e apresentação de cabeça)
- b. Pélvico (vaginal e apresentação de nádegas)
- c. Cesariana (distócico)
- d. fórceps ou ventosa (distócico)

6. Trabalho de parto com:

- a. Indução
- b. Ocitocina
- c. Nenhum dos anteriores

7. Tempo de gravidez (idade gestacional):

- a. <37 semanas
- b. ≥ 37 semanas e ≤ 42 semanas completas
- c. >42 semanas completas

8. Gravidez com recurso a métodos de procriação medicamente assistida:

- a. Sim
- b. Não

9. Resultados do Teste Covid 19:

- a. Positivo
- b. Negativo

RELATIVAMENTE AO TRABALHO DE PARTO/PARTO:

10. Duração do trabalho de parto _____ horas

11. Realização de episiotomia:

- a. Sim
- b. Não

12. Teve laceração do períneo:

- a. Sim
- b. Não

13. Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor:

- a. Nenhum
- c. Liberdade de movimentos:
- d. Deambulação/mudança de posições
- e. Bola de pilatos
- f. Apoio contínuo à grávida:
 - i. Sim
 - ii. Não
 - iii. Quem? _____
- g. Utilização da Água
 - i. Imersão (piscina)
 - ii. Chuveiro
 - iii. Sacos de água quente
- h. Técnicas de relaxamento/massagem
- i. Técnicas Respiratórias
- j. Acupuntura ou Acupressão
- k. Estimulação nervosa elétrica transcutânea
- l. Injeção de água estéril
- m. Aromaterapia
- n. Hipnose
- o. Musicoterapia
- p. Cromoterapia

14. Utilização de métodos farmacológicos de alívio da dor

- a. Nenhum

- a. Epidural
- b. Medicação Endovenosa
- c. Gás inalatório

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DOMÍNIOS	QUESTÕES NORTEADORAS	Questões de exploração
Significado atribuído à dor do trabalho do parto/parto	Reportando à data do parto, gostaria que falasse sobre como vivenciou a sua experiência de dor do trabalho de parto/parto.	<p>A nível físico? (Escala de dor)</p> <p>A nível mental? Que pensamentos?</p> <p>A nível emocional? Que emoções ou sentimentos teve?</p> <p>Considera a vivência da dor uma dimensão espiritual? De que forma a viveu a dor a esse nível?</p>
	Pensa que os fatores socioculturais influenciaram o significado que atribuiu à forma de viver a dor do seu trabalho de parto/parto?	<p>Porquê?</p> <p>Que crenças prévias sobre a dor de parto já tinha?</p> <p>Quem foram as pessoas que mais lhe transmitiram essas crenças?</p>
	Pensa que a experiência anterior de dor influenciou a forma de viver a dor do seu trabalho de parto/parto?	<p>Por exemplo a maior dor que já sentiu na vida?</p>
Conhecimento sobre dor do trabalho de parto/parto	Qual o seu conceito sobre a dor do trabalho de parto/parto?	<p>O que influenciou o seu conceito? Família? Amiga/os? Enfermeiro Especialista ESMO? Fisioterapeuta? Psicólogo/a?</p>
	Frequentou algum curso de preparação para o parto?	<p>Onde? Com quem?</p>

Conhecimento sobre dor do trabalho de parto/parto	Que conhecimentos já tinha apreendido sobre a dor do trabalho de parto/parto?	Onde? Com quem adquiriu esses conhecimentos? Pessoas? <i>Media</i> ? Escola?
Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor e conforto	Qual o seu conceito sobre estratégias de alívio e conforto da dor do trabalho de parto/parto?	O que influenciou o seu conceito? Família? Amiga/os? Enfermeiro Especialista ESMO? Fisioterapeuta? Psicólogo/a?
	Que estratégias de alívio da dor e conforto conhecia?	Como soube? Família? Amiga/os? Enfermeiro Especialista ESMO? Fisioterapeuta? Psicólogo/a?
	Relativamente a uma experiência anterior de dor, guardou para si alguma estratégia que lhe ajudasse a gerir a dor do trabalho de parto/parto?	Por exemplo usada aquando da maior dor que já sentiu na vida?
	Se fez CPP, de que forma o conhecimento adquirido no curso influenciou a vivência de dor do seu trabalho de parto/parto?	
	Que estratégias de alívio da dor e conforto pensou utilizar?	
Estratégias de alívio da dor e conforto utilizadas	Que estratégias de alívio da dor e conforto utilizou quando vivenciou a dor do seu trabalho de parto/parto?	Como encontrou conforto nos momentos de dor? Porque escolheu essas estratégias? Como percecionou este alívio da dor? O que sentiu?
	Que papel teve o acompanhante na gestão da dor do seu trabalho de parto/parto?	Porquê? Como?
	Realizou alguma intervenção no ambiente onde ocorreu o trabalho de parto como estratégia de alívio da dor e conforto?	Qual? Porquê? O que sentiu?

	O que fez para ultrapassar os momentos mais difíceis de dor no seu trabalho de parto/parto?	Verbalizou que não conseguia dar resposta nesses momentos (não sou capaz, desistir)?
Papel do EEESMO	Quem fez o acompanhamento do seu trabalho de parto/parto?	Médico? EEESMO?
	Qual o papel do EEESMO na gestão da dor do seu trabalho de parto/parto?	De que forma o EEESMO interveio?
	No cuidado que o EEESMO lhe prestou como se sentiu?	Houve alguma intervenção do EEESMO que tenha influenciado a vivência da dor do seu trabalho de parto/parto de uma forma positiva? De uma forma negativa?
	Que práticas foram realizadas para promover o conforto e o alívio da dor durante o seu trabalho de parto/parto?	Como se sentiu com a realização dessas práticas?
Satisfação com a experiência de parto	A dor de trabalho de parto/parto contribuiu para a satisfação com a sua experiência de trabalho de parto/parto?	Que aspetos relaciona com a experiência da dor? Que outros sentimentos associa à experiência de dor de trabalho de parto/parto?
	Como considera a sua experiência de trabalho de parto/parto?	Positiva e satisfatória? Porquê? Ou pelo contrário uma experiência negativa e traumatizante Porquê??

APÊNDICE II

Consentimento informado livre e esclarecido

	<p style="text-align: center;">ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (Despacho nº 3410/2019, de 27 de março)</p>
---	--

“A VIVÊNCIA DA DOR EXPERIENCIADA PELA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO/PARTO”

O meu nome é *Marta Gabriela Gil de Oliveira*, sou Enfermeira e trabalho na Unidade de Cuidados na Comunidade Maria Dias Ferreira, ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP. Encontro-me a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Neste âmbito, pretendo desenvolver um estudo, cujo tema é “*A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto*”, sob orientação da Sra. Professora Mestre Teresa Maria de Campos Silva, e coorientação da Sra. Professora Doutora Rosa Maria Santos Moreira, pelo que gostaria de solicitar a sua colaboração para a realização da entrevista.

O presente estudo tem como objetivo “**Descrever a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto**”, procurando o conhecimento dos significados atribuídos pela mulher à vivência da dor experienciada durante o trabalho de parto/parto, salientando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica neste contexto.

Para tal, será realizada uma entrevista cujo o agendamento e definição do local é negociado com a participante, de modo a colher os dados sociodemográficos e obstétricos, e a explorar a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto. De seguida a entrevista é transcrita e ser-lhe-á entregue um exemplar da mesma, para que possa retificar, validar e rubricar a informação no respetivo documento. A entrevista é anónima e confidencial e a informação recolhida será apenas utilizada no âmbito deste estudo.

Os benefícios obtidos resultantes deste estudo relacionam-se com o melhor conhecimento do fenómeno “**a vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto**” e a possibilidade de contribuir para a melhor resposta no âmbito da prática clínica, dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, às necessidades das mulheres na gestão da dor do trabalho de parto/parto.

Neste contexto, venho por este meio solicitar o seu contributo e participação que são fundamentais, não só para a elaboração do presente estudo, mas também para a promoção da capacitação e empoderamento da mulher durante o trabalho de parto/parto, fazendo valer os seus direitos, contribuindo para nascimentos mais conscientes, humanizados e saudáveis assim como experiências de parto mais positivas, o que desde já agradeço antecipadamente. Ao aceitar solicitamos o preenchimento da declaração de consentimento informado livre e esclarecido que a seguir se apresenta.

Saliento o carácter anónimo e voluntário da sua participação, sublinhando que os dados obtidos na sua entrevista são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa, solicitando o seu consentimento.

Obrigada e ao dispor para qualquer esclarecimento

CONTATOS DA INVESTIGADORA

Marta Gabriela Gil de Oliveira.

E-mail: marta.oliveira@arslvt.min-saude.pt

TLM: XXXXXXXXXX

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, _____ abaixo-assinado, declaro que aceito participar no estudo: **“A vivência da dor experienciada pela mulher durante o trabalho de parto/parto”** tendo como referência a informação que me foi fornecida e clarificada através deste documento:

- * O uso da informação que partilho é apenas para este estudo e não é facultada a outras pessoas que não sejam as diretamente implicadas;
- * Os dados são recolhidos através de entrevista semi-estruturada.
- * Após a colheita de dados tenho o direito a ler a entrevista transcrita podendo retificar alguma declaração, sendo os dados posteriormente apagados;
- * Após a conclusão do estudo aceito a publicação dos resultados obtidos sob a forma de divulgação do conhecimento sendo mantido o anonimato;
- * A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o meu direito a recusa em qualquer momento, ao longo do processo de investigação;
- * A minha privacidade e anonimato são salvaguardados ao longo do estudo;
- * Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, posso contactar a investigadora cuja identificação e contato me foi fornecido.

Eu, abaixo assinado, compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o estudo a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas e colocar as questões que julguei necessárias e considero ter obtido uma resposta satisfatória a todas elas.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante:

Eu, abaixo assinado, expliquei à participante o objetivo, método de colheita de dados e os contributos deste estudo e confirmei a correta compreensão da informação transmitida pela participante.

Data: ____/____/____

Assinatura da Entrevistadora
