

1120

DM
BARR/M. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE

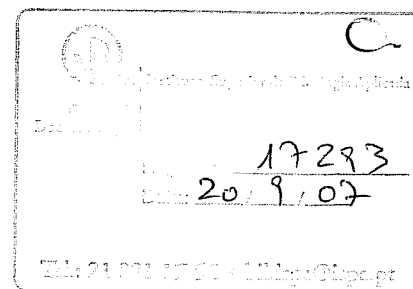
Comportamento na Dor do
Trabalho de Parto em Primíparas

Maria da Luz Ferreira Barros N° 12725

Orientador: Professor Doutor António Pires



2006



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do
Professor Doutor António Pires;
apresentada no ISPA para obtenção do grau de Mestre
em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade
conforme portaria nº 842/2005 de 19 de Setembro.

Agradecimentos

A todos os participantes no estudo, pela colaboração que permitiu a elaboração deste trabalho.

Ao Hospital do Espírito Santo de Évora em especial ao serviço de obstetrícia, pela disponibilidade dispensada.

Ao Professor Doutor António Pires, pela orientação e disponibilidade para a realização do trabalho.

Ao Carlos, pelo apoio e compreensão que sempre demonstrou.

Resumo

O objectivo era compreender os comportamentos na dor do trabalho de parto na primeira experiência do nascimento, por parte das parturientes, as enfermeiras e os maridos que acompanham. Os participantes são onze parturientes com idades compreendidas entre os vinte e os quarenta anos, cinco enfermeiras e dois maridos. Foi feita observação livre e a aplicação do questionário da dor de McGill durante o trabalho de parto. Vinte e quatro horas após o parto foram feitas entrevistas semi-estruturadas, sendo igual o procedimento para os maridos. As enfermeiras foram entrevistadas no bloco de partos. As notas de observação e transcrições de entrevistas foram analisadas de acordo com a Grounded Theory. Assim, emergiu um dinamismo entre os aspectos individuais e contextuais destacando-se nestes a intervenção da enfermeira através da atitude preventiva, suporte e cuidado, ajuda para respirar, informação/orientação e cuidado prospectivo, e a presença do marido caracterizada pela familiaridade, falta de empenho na gravidez, não desejar estar presente, falta de informação, insegurança e sentimentos de impotência, como determinantes que contribuem para o controlo/descontrolo, sendo que para algumas enfermeiras a presença do marido é considerada como factor de descontrolo.

Palavras-chave: Dor; Trabalho de Parto; Comportamento; Primípara; Enfermeira; Marido; Grounded Theory.

Abstract

The purpose of this work was a better understanding of behaviours in the situation of pain resulting from baby delivery labour in a first birth context, including those of nurses and accompanying husbands. The participants were eleven mothers to be, aged between twenty and forty, five nurses and two husbands. Free observation and the McGill pain questionnaire were used. Twenty four hours after delivery, semi structured interviews were made to everybody concerned, including husbands. The nurses were interviewed at the delivery ward of the hospital. The observation notes and interview transcripts were analysed according to the Grounded Theory. Thus certain dynamics between the context and individual aspects came into light, among which the proficiency of the nurse with her preventive attitude, support, breathing assistance, information/orientation and prospective care. Also, the presence of the husband characterized by his familiarity, lack of commitment during pregnancy, lack of will to be present, lack of information, insecurity and impotence feelings, stood out as very significant in terms of being in control/losing control for the patient in birth labour, with some nurses considering the presence of the husband a disturbing factor.

Key Words: Pain; Labour; Behaviour; Primiparous; Nurse; Husband; Grounded Theory.

ÍNDICE

1 - Introdução.	1
2 - Enquadramento Teórico.	3
2.1. - Evolução Histórica da Dor.	3
3 - Conceptualização da Dor.	6
3.1. – Tipos de Dor.	8
3.2. – Métodos não farmacológicos de alívio da dor.	11
3.2.1. - Acupuntura	11
3.2.2. - Hipnose	12
3.2.3. - Acupressão	13
3.3.- Teorias da Dor	14
3.4.- Mensuração da Dor	15
3.5.- Intervenção de Enfermagem na Dor	16
4. - Fisiologia do Trabalho de Parto. -.	19
4.1. – Intervenção na dor do trabalho de parto.	24
4.2. – Técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto.	26
4.3. - Técnicas farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto.	28
5 - Cuidados de enfermagem à parturiente.	32
6 - Aspectos emocionais da parturiente.	36
7 - Formulação Do Problema.	39
8 - Método	42
8.1. - Participantes.	42
8.2. - Procedimento.	42
8.3. - Instrumentos.	43
8.4. - Análise dos dados.	44
9 - Resultados.	46
10 - Discussão.	54
11 - Referências.	58
Anexos.	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Listagem das Categorias.	65
Anexo B - Memorandos das Categorias.	74
Anexo C - Base de dados SPSS (questionário da dor de McGill)	119
Anexo D - Histogramas das subcategorias dos descritores da dor.	122
Anexo E - Consentimento Informado.	133
Anexo F - Questionário McGill da dor.	135
Anexo G - Entrevistas Codificadas.	140
Entrevista 1.	141
Entrevista 2.	145
Entrevista 3.	149
Entrevista 4.	153
Entrevista 5.	158
Entrevista 6.	163
Entrevista 7.	168
Entrevista 8.	173
Entrevista 9.	178
Entrevista 10.	183
Entrevista 11.	188
Entrevista 12.	195
Entrevista 13.	203
Entrevista 14.	209
Entrevista 15.	213
Entrevista 16.	218
Entrevista 17.	221
Entrevista 18.	225
Anexo H - Observações codificadas.	229
Observação 1.	230
Observação 2.	234
Observação 3.	237
Observação 4.	241

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Descrição da dor por intensidade, no questionário de McGill da dor.	53
Quadro 2 - Grupo de palavras que descrevem a duração da dor no questionário de McGill da dor.	53
Gráfico 1 - Subcategoria Sensorial 1.	123
Gráfico 2 - Subcategoria Sensorial 2.	123
Gráfico 3 - Subcategoria Sensorial 3.	124
Gráfico 4 - Subcategoria Sensorial 4.	124
Gráfico 5 - Subcategoria Sensorial 5.	125
Gráfico 6 - Subcategoria Sensorial 6.	125
Gráfico 7 - Subcategoria Sensorial 7.	126
Gráfico 8 - Subcategoria Sensorial 8.	126
Gráfico 9 - Subcategoria Sensorial 9.	127
Gráfico 10 - Subcategoria Sensorial 10.	127
Gráfico 11 - Subcategoria Afectiva 11.	128
Gráfico 12 - Subcategoria Afectiva 12.	128
Gráfico 13 - Subcategoria Afectiva 13.	129
Gráfico 14 - Subcategoria Afectiva 14.	129
Gráfico 15 - Subcategoria Afectiva 15.	130
Gráfico 16 - Subcategoria Avaliativa 16.	130
Gráfico 17 - Subcategoria Mista 17.	131
Gráfico 18 - Subcategoria Mista 18.	131
Gráfico 19 - Subcategoria Mista 19.	132
Gráfico 20 - Subcategoria Mista 20.	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Sobre o Comportamento na Dor do Trabalho de Parto em Primíparas.	47
--	----

1-Introdução

Sempre se escreveu e falou sobre a dor sendo que ao parto, está também associado entre outros, o conceito de dor. Instituições e Organizações governamentais e não governamentais têm divulgado informação no sentido de orientar os procedimentos dos profissionais de saúde perante os utentes com dor. Trata-se de uma sensação desagradável em que nem sempre é fácil detectar a sua origem e intervir adequadamente provocando um mal-estar generalizado que afecta todas as dimensões do ser humano. Teorizar a dor é um trabalho complexo onde muitas vezes não há explicação exacta para a sua vivência sendo a resposta comportamental diversa em que de uma forma generalizada, os indivíduos procuram as suas próprias estratégias de alívio. Um aspecto que tem despertado interesse no estudo da dor é o facto da resposta aos estímulos dolorosos não se expressar de igual forma entre os indivíduos.

Sendo a dor entendida como um mecanismo que identifica a necessidade do organismo se defender de agentes nocivos, no caso particular do trabalho de parto ela é esperada e permite uma preparação prévia sendo que a tolerância à sua intensidade pode variar de forma extrema, entre a calma e o desespero. A dor de parto não é imaginária, é universal e vivida por mulheres em todas as culturas, raças e civilizações independentemente da formação socio-económica e intelectual (Ramanathan, 1995). É um fenómeno associado ao processo de nascimento que pode causar preocupação e medo à mulher durante o período da gravidez, sendo considerada difícil de suportar quando é vivida, porém, tende a ser esquecida quase que de forma imediata.

Sabendo que o ser humano se constitui por corpo e mente, é importante que se prestem cuidados de forma holística, tornando-se assim, necessário compreender as reacções à dor no trabalho de parto. Estando os profissionais de saúde sensibilizados para a importância de uma atitude humana e holística nos cuidados à pessoa com dor, o seu conhecimento será enriquecido com dados obtidos em investigação, podendo actualizar e aperfeiçoar o seu desempenho. Subjacentes à visão holística estão premissas de que o indivíduo reage de forma unificada, como um todo, mais do que a soma das partes. (Pearson & Vaughan, 1992). Entende-se assim, ser necessário compreender a realidade da experiência dolorosa da parturiente e a forma como ela é vivida física e

emocionalmente, prevenindo o comprometimento do seu bem-estar. Embora haja quem refira a dor do parto como biológica e universal, ela pode hoje em dia ser aliviada, e tornar a experiência do parto positiva. Em obstetria, à semelhança das outras áreas da saúde, luta-se contra a dor, e o recurso a métodos farmacológicos são actualmente uma prática, nomeadamente a analgesia epidural para alívio da dor. Sendo um método eficaz há ainda quem opte por aceitar a dor recorrendo a outros meios que embora não retirem a sensação de dor, ajudam a superá-la mais facilmente. A presença do marido na sala de partos tem sido um aspecto de relevo e valorizado com o objectivo de assegurar apoio à parturiente. Actualmente, a legislação prevê a presença do pai nas salas de partos sendo considerada como benéfica. Autores como Brazelton (1989) reconhecem que o apoio emocional do marido e a sua presença no momento do nascimento filho, diminui o estado de ansiedade e stress da mulher, com menor necessidade de analgésicos, sendo uma experiência mais positiva para ambos os elementos do casal.

A escolha do tema, surgiu da reflexão feita no âmbito profissional, inicialmente nos cuidados diferenciados e actualmente na docência em que questiona as implicações da dor num acontecimento que na maioria das vezes é desejado e com um significado marcante na transição para a parentalidade. Atendendo a que a dor é uma experiência pessoal com manifestações e descrições diversas, considerou pertinente para o seu desenvolvimento profissional, compreender o comportamento na dor em parturientes particularizando as primíparas, por ser a primeira experiência de parto. Desta forma, a investigação permite uma visão mais abrangente dos factores com implicação neste fenómeno. Optou por fazer uma abordagem qualitativa, recorrendo a entrevistas e para melhor complementar a informação, recorreu também à observação livre e à aplicação do questionário da dor de McGill. A pesquisa qualitativa pareceu mais adequada para descobrir o fenómeno de forma mais aprofundada, explorando questões de forma abrangente, e porque a percepção da experiência dolorosa do parto, não é uniforme, procurou perceber essa vivência e torná-la susceptível de alguma descrição.

O presente trabalho constitui-se inicialmente por um enquadramento teórico, onde é feita referência à evolução histórica da dor, seguindo-se a conceptualização da dor, fisiologia da dor do trabalho de parto, Cuidados de enfermagem à parturiente e aspectos emocionais da parturiente. Segue-se a formulação do problema, o método, terminando com a discussão dos resultados. Numa última parte serão indicadas as referências bibliográficas. Incluem-se em anexo, documentos utilizados, dados estatísticos, entrevistas analisadas e codificadas assim como as observações feitas.

2 - Enquadramento teórico

2.1 Evolução histórica do conceito de dor

Dor, palavra de origem grega (*paine*) e do latim (*poena*), que significa pena ou castigo. A união com aquilo que não é agradável provoca dor; sendo também dolorosa a separação daquilo que nos dá prazer, e tudo aquilo com que não estamos satisfeitos e não nos agrada também é doloroso. Do ponto de vista fisiológico a dor tem sido reconhecida e existe dor desde que existe o homem, e ao longo dos tempos, a sua perspectiva foi influenciada sobretudo pelas várias correntes de pensamento e pelos avanços científicos e tecnológicos, nomeadamente na área da anatomia e da fisiologia. Todos os que se dedicam ao estudo da existência humana, têm – se preocupado em compreender a sua natureza, associações e controlo dos seus efeitos. Bonica (2003), refere, “ a dor tem sido grande preocupação desde os primórdios da história, e objecto de esforços extraordinários no sentido de a compreender e controlar”.

Nas civilizações antigas, encarava-se o fenómeno doloroso de diversas formas. O homem primitivo acreditava que a origem da dor era sobretudo motivada por espíritos malignos e deuses do mal e não somente pelos ferimentos. Outra teoria defendida nesse tempo, é de que a dor era o espírito de outro homem morto ou em agonia, que tentava penetrar no outro corpo, levando a que o homem dependesse do feiticeiro (Bonica 2001). De acordo com Astley (1991), nos papiros egípcios, datados de 4000 A. C., já se encontravam registos relativos ao tratamento da dor. No antigo Egipto, a dor que se sentia era atribuída à entrada do espírito dos mortos, através dos ouvidos e do nariz (Fial 2000). De acordo com Bonica (2003) os antigos egípcios, acreditavam ainda que a dor resultava da intrusão de demónios ou de fenómenos naturais. Na Índia, 500 anos antes de Cristo, Buda atribuía a universalidade da dor às frustrações da vida, justificando assim que, o nascimento seja esperado com dor, também a doença é dolorosa bem como a morte. Bonica refere ainda que, na Grécia antiga, Pitágoras (566-497 A.C.), Platão (427-347 A.C.) e Aristóteles (384 – 322 A.C.) se interessaram pelo estudo da dor. Aristóteles, referenciava que o coração era o centro de todas as sensações constituindo o “*sensorium commune*”, centro da percepção sensorial. Para ele, o cérebro era apenas gerador de secreções que resfriavam o sangue quente oriundo do

coração. Porém, com as evidências anatómicas da interveniência do cérebro na percepção das sensações, levaram a que os seus discípulos se opusessem à ideia por ele proposta. Na Roma antiga, Celso admitiu que a dor estava relacionada com o fenómeno inflamatório, tendo identificado como sinais característicos da inflamação o calor o rubor e o tumor. Avicena (980-1038 d. C.) descreveu quinze tipos de dor de acordo com a sua etiologia e que eram causados por alterações humorais tendo sugerido alguns métodos para o seu alívio como a massagem, o exercício físico e a administração de algumas drogas naturais como por exemplo o ópio. Quatro séculos mais tarde, Galeno atendendo às teorias desenvolvidas pelos gregos, formula uma teoria complexa acerca das sensações, baseando –se num estudo aprofundado do sistema nervoso central. Na Idade Média e na Renascença os princípios filosóficos propostos por Aristóteles agradava a alguns estudiosos da dor, sendo contestada por alguns a ideia de que o coração era o centro da dor.

Mondino d’Luicci (1538) cientista europeu, responsável pelo tratado de anatomia que esteve em vigor durante dois séculos nas escolas de medicina, afirmou que o cérebro era a sede de todas as sensações, levando ao fracasso definitivo das concepções de Aristóteles. Leonardo da Vinci, com base nas suas investigações, postulou que os nervos do tacto eram transmissores da dor, sendo o seu percurso conduzido até à espinal – medula. Foi considerado o grande impulsionador da anatomia e fisiologia moderna da dor (Schwob, 1994). Durante os séculos XVII e XVIII o pensamento aristotélico foi mantido por alguns membros da comunidade científica. William Harvey, em 1628 descreveu pela primeira vez a circulação sanguínea, e afirmava ser o coração a sede de todas as sensações. Descartes, seu contemporâneo, desenvolveu os princípios filosóficos de Galeno e aprofundou o estudo anatomo – fisiológico do sistema sensitivo, referindo que o cérebro era o centro da actividade sensorio – motora. Em 1898 na Inglaterra, Sir Charles Scott Sherrington, defendia que a dor era uma resposta gerada por um estímulo nocivo, potencialmente lesivo, propondo assim o conceito de nocicepção (Bonica 2003). No século XIX, a fisiologia passou a ser uma ciência experimental, permitindo avanços no estudo da dor e dos métodos terapêuticos. Mangendic e Muller destacaram-se nas suas investigações quando demonstraram posteriormente e com base nas experiências feitas em animais, que a raiz dorsal dos nervos espinais é sensitiva e a ventral é motora.

Para Astley (1991), durante muitos séculos, antes da descoberta da terapêutica analgésica, o tratamento da dor era assegurado por diversos métodos, desde as orações

às promessas e aos meios psicológicos. No século XVI, surgem os primeiros procedimentos de anestesia local por compressão nervosa. É no século XVIII que surge a utilização da cocaína e as primeiras referências ao efeito analgésico do ópio. Em 1806, o tratamento da dor tem um avanço considerável com a descoberta da morfina, nome dado em honra de Morfeu, deus dos sonhos. Em 1846, Morton demonstrou que o éter tinha propriedades anestésicas.

No século XX na década de quarenta, Jonh Bonica criou o primeiro centro de tratamento da dor, em Washington, e em 1953 publicou a obra “ The Management of Pain”, que ainda hoje é referência para os estudiosos da dor. Em 1973 organizou o primeiro International Pain Symposium, sendo posteriormente criada a International Association for the Study of Pain. (Astley, 1991).

Durante o século XX verificou-se que houve avanços significativos nos métodos para combater a dor crónica e a dor aguda. No início do século utilizou-se a hipnose como método de alívio da dor sendo também utilizadas técnicas psicológicas para controlo da dor onde se proponha o relaxamento e outros procedimentos cognitivos. Posteriormente, iniciou-se a introdução de novas terapêuticas nomeadamente de diversos analgésicos não narcóticos e de anti inflamatórios não esteroides. Criaram-se métodos neurocirúrgicos para interromper o circuito das vias da dor em diversas regiões do sistema nervoso central e periférico e na década de 70 difundiu-se o tratamento multidisciplinar da dor com o recurso a técnicas nas áreas da fisioterapia e da radioterapia, para alívio da dor aguda e da dor crónica (Bonica & Loeser, 2003).

Bonica na sua obra salienta que apesar dos esforços dos cientistas, ainda há muito a fazer para que se compreenda a dor, pois, a eficácia de alguns tratamentos não são abrangentes para todas as situações. O interesse pelo estudo da dor tem sido dinâmico, verificando-se que na década de noventa começaram a ser difundidas um pouco por todo o mundo fundações e associações que estudam a dor e investigam métodos eficazes para a combater.

3-Conceptualização da dor

Pela sua subjectividade, a dor é considerada como um fenómeno complexo e difícil de compreender, sendo alvo de investigação por diversos autores constatando-se uma grande dificuldade em fazer a sua mensuração de forma precisa, uma vez que é universal, multidimensional, varia entre os indivíduos e é influenciada por vários factores nomeadamente o conhecimento, a cultura e experiência pessoal. Quando percebida a sua resposta traduz-se por um comportamento que é a comunicação da dor pela pessoa que a vivencia variando com a personalidade, ambiente, cultura género e religião entre outros aspectos (Helman, 1994).

De acordo com a literatura, a experiência da dor é pessoal e subjectiva, atendendo a que todo o indivíduo é um ser biopsicossocial, uma identidade única. É tudo o que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe (McCaffery 1972). De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (1980), dor é "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões." Mountecastle (1980), citado por Bolander et al (1998), define dor como, "uma experiência sensorial evocada por estímulos que lesam ou ameaçam destruir os tecidos, definida introspectivamente por cada homem como aquilo que dói." Do ponto de vista histórico, a dor caracteriza-se mais como um estado afectivo do que uma sensação (Craig (1994) cit Squire 2000). A Associação Internacional para o Estudo da Dor, considera a dor como uma "experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual já ocorrida ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão".(Muller & Schweta, 2002:5). Para Sternback (1968), citado por Lobo (1998), a dor é vista como uma sensação pessoal e particular de sofrimento físico. É uma sensação íntima, pessoal e única (Melzack, 1987). Esta característica e a diversidade de experiências dolorosas, tornam difícil encontrar uma definição satisfatória de dor e ao falarmos de dor estamos a referir-nos a um fenómeno que engloba experiências diferentes, com causas diversas que podem contemplar aspectos afectivos, culturais cognitivos, viscerais e sensoriais. Funciona como um sistema de alerta do organismo, quando ocorre alguma alteração surgindo em muitas situações consideradas fisiológicas, como na gravidez, no parto e

no período menstrual, podendo também associar-se a um ferimento ou doença (Helman 1994)

A estimulação sensitiva dolorosa resulta de complexos fenômenos que envolvem as vias anatômicas e os neuromediadores. Assim, os nociceptores, ramos terminais especializados, das fibras sensitivas, estão espalhados por todo o corpo, nomeadamente na superfície cutânea e também em alguns tecidos internos. A sua distribuição ao longo do corpo varia com o tamanho da pessoa, e a secreção de substâncias provenientes das funções orgânicas que induzem ou inibem a dor e que é variável entre os indivíduos. As estimulações destes receptores, através de processos químicos térmicos ou mecânicos pode desencadear o estímulo doloroso (Melzack, 1987). Os receptores podem reagir apenas a uma qualidade de estímulo e Guyton (2000), refere a este respeito, que existem receptores *mecanossensíveis* de dor, quando por exemplo, a excitação das fibras se deve ao stress ou a uma lesão mecânica dos tecidos. Os receptores *quimiossensíveis*, são estimulados por substâncias químicas que incluem a histamina, prostaglandinas, serotonina, acetilcolina, enzimas proteolíticos. Os receptores *termossensíveis* são receptores específicos e estão relacionados com os extremos, calor-frio. Porém, nem sempre as lesões produzem uma percepção dolorosa (Melzack, 1987). Este aspecto leva-nos a perceber que a intensidade da dor é variável entre os indivíduos, pensando-se que o limiar da dor é influenciado pela forma como ela é vivida e por factores a ela associados. A fadiga, a irritação e a apreensão, podem provocar nos indivíduos uma diminuição na capacidade de tolerar a dor. (Phipps et al, 1990).

Sabendo que a dor pode existir sem lesão dos tecidos ou por estímulos nocivos, importa salientar o conceito de tolerância à dor. Para McCaffery (1989), a tolerância à dor é a maior intensidade do estímulo que provoca a dor que um individuo está preparado para tolerar. Esta tolerância parece estar influenciada pelos limiares de dor. Entenda-se como limiar da dor a menor intensidade de estímulo que vai desencadear a sensação de dor quando o estímulo é aplicado por um período de tempo prolongado (Melzack 1987). Este autor descreveu quatro limiares relacionados com a dor, sendo que ao primeiro denominou como sendo o limiar da sensação ou inferior, que causa no individuo a sensação dolorosa, o segundo limiar corresponde ao valor mínimo do estímulo e que causa a dor a que chamou limiar de percepção da dor, o limiar superior ou tolerância à dor, é o terceiro limiar onde considera o nível mínimo do estímulo para que os indivíduos o evitem ou interrompam. Ao quarto limiar chamou tolerância com encorajamento em que os indivíduos são incentivados a suportar níveis de estimulação

dolorosa mais intensa. A dor é muitas vezes caracterizada pela sua intensidade e origem sendo que as designações que lhe são atribuídas variam e por vezes são difíceis de definir. Turk & Okifuji (2003) a propósito da terminologia da dor, referem que foram atribuídas definições a inúmeros termos relativos à dor com o objectivo de clarificar a comunicação entre a comunidade de investigadores e os clínicos. Para a correcta elaboração da taxonomia da dor foi proposta uma avaliação multifactorial onde se incluem os parâmetros da dor (aparelhos e sistemas, intensidade e duração), Doenças associadas e mecanismos neurofisiológicos e psicológicos.

3.1 Tipos de dor

Para Twygross (2001), a dor tem uma natureza multidimensional e multifactorial, pelo que é pertinente pensar – se nos vários aspectos físicos, psicológicos sociais e espirituais, que a ela possam estar associados. Assim, este autor considera vários tipos de dor:

Dor física, tem origem orgânica podendo estar associados a esta dor outros sintomas como por exemplo a ansiedade e a insónia.

Dor psicológica, traduz – se por medo, cólera, incapacidade, dependendo do atraso do diagnóstico ou pela frustração causada pelo insucesso da terapêutica instituída.

Dor social, surge em consequência da doença e representa as preocupações económicas, profissionais, familiares, sentimentos de abandono e isolamento.

Dor espiritual, quando se abate a frustração, o choque e a impotência perante o diagnóstico.

Na literatura, encontram-se vários autores que descrevem outros tipos de dor, sendo de salientar ainda:

Dor somática, pode ter origem em estruturas superficiais da pele, do tecido celular subcutâneo ou em estruturas mais profundas, como os ossos e os músculos, sendo normalmente referida como pontada Cristina (1998).

Dor visceral, é de difícil localização, por estar relacionada com grandes órgãos no interior do corpo. Este tipo de dor é transmitido através de fibras simpáticas e parassimpáticas do sistema nervoso autónomo, aparecendo no nosso corpo em locais bastante distantes e diferentes. Podem estar a ela associados sinais e sintomas, como por exemplo náuseas, diarreia, cólicas, sudorese, hipertensão e rigidez abdominal (Lobo

1998). A região anatómica onde mais frequentemente se localiza a dor visceral é o abdómen, sendo causa deste tipo de dor a tensão ou distensão das paredes das vísceras ocas, ou do peritoneu (Cailliet, 1999). Ainda para este autor, as vísceras que sofrem alterações mecânicas de causa inflamatória bacteriana, química ou isquémica produzem bradicina, serotonina, histamina ou prostaglandinas, que vão sensibilizar as terminações nervosas sensoriais, pelo que a distensão desses tecidos vai provocar diversos tipos de dor, dependendo da origem dos impulsos nociceptivos. A dor visceral é classificada como verdadeira, referida, parietal não referida ou parietal referida (Cailliet, 1999). A dor visceral verdadeira é pouco localizada, surda e ocorre na região do epigastro, periumbilical ou médio abdominal inferior, sendo descritas como câibra associando-se a ela outra sintomatologia como náuseas, sudorese, palidez e eventualmente vômitos. Já a dor referida é caracterizada por ser localizada em regiões dermatômicas ou mioossômicas. Exemplo de dor parietal não referida é a que é sentida nos quadros de apendicite aguda, é sentida directamente no órgão. A dor parietal referida ocorre no infarto do miocárdio, isto é, longe do local nociceptivo, uma vez que a dor é sentida na região escapular. A **dor pélvica** surge quando são afectados órgãos da pelve sendo a bexiga urinária, parte terminal dos ureteres, sigmíode, recto e genitais externos. A dor do fundo do útero pode ser sentida no hipogastro e a dor cervical provocar sensação de dor na região lombar e sagrada (Cailliet, 1999).

Vários autores fazem ainda referência à dor aguda e à dor crónica. Esta distinção é justificada, porque embora as terminações sensitivas para a dor sejam livres, as vias de transmissão desta sensação para o Sistema Nervoso Central pode ser feita em dois tempos distintos, dando origem à dor aguda ou à dor crónica (Guyton 2000). Assim, a **Dor aguda** é sinal de alarme, tem origem numa lesão tecidular e é a manifestação do estímulo nociceptivo que essa lesão provoca. É uma dor súbita, penetrante, intensa e localizada (Muller et al, 2002). Caracteriza-se por uma combinação de lesão tecidular, dor e ansiedade, o seu carácter transitório, leva ao aparecimento de um quadro de ansiedade que pode atingir a angústia desesperada (Melzack & Wall 1987). Ainda para estes autores, à ansiedade que está associada ao passado e ao presente, vem juntar-se o medo de consequências futuras, como a eminência da morte ou de sofrimento. À dor aguda está associado o desagradável do sofrimento passado a uma esperança de restabelecimento. A dor aguda tem sido designada por vários termos, tais como *dor em pontada*, *dor em agulhada*, *dor rápida*, *dor eléctrica* e outros, não sendo sentida na maioria dos tecidos mais profundos do corpo (Guyton, 2000). Este autor faz ainda

referência à **dor lenta** que se caracteriza por ter o seu início um segundo ou mais após a ocorrência do estímulo doloroso aumentando lentamente por um período de tempo que pode ir de vários segundos a minutos. Este tipo de dor pode ser referida como, *dor em queimação dor lancinante, dor pulsátil, dor nauseante e dor crónica*. Pode ocorrer a nível da pele e em quase todos os tecidos ou órgãos internos, e ao tornar-se lancinante pode levar a um sofrimento prolongado e insuportável.

Dor crónica pode ocorrer por estímulo nociceptivo persistente de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico. Permanece por um mês ou mais podendo repetir – se por períodos. Deixa de ser sinal de alarme e passa a sintoma. Muller et al, (2002). A dor crónica é um síndrome que exige cuidados médicos, provocando muitas vezes debilidade ou depressão profunda. No caso da dor crónica, o comportamento de quem a vive muda nos meses que se seguem ao seu aparecimento. Melzack & Wall (1987)

Dor transitória foi descrita por Melzack & Wall (1987) e está relacionada com a evolução temporal da dor. A dor de curta duração, tal como uma queimadura ligeira, ou uma picada duram apenas alguns segundos ou minutos, sendo que o seu dano real é mínimo, não sendo acompanhado de ansiedade. Neste tipo de dor, limitamo-nos a proferir algumas palavras menos correctas, ou friccionamos a região lesada para aliviar a dor, mas se a dor persiste pode ter consequências graves.

As fibras nervosas sensitivas identificam lesões que ocorrem ao nível das suas terminações e enviam-nas para a medula espinal. Para Wall (2002) a lesão tecidular pode causar três tipos de reacções:

Imediatas: Quando a lesão ocorre subitamente, a actividade dos impulsos nas fibras nervosas sensitivas activam-se e provocam a sensação dolorosa, é o caso de uma bofetada do calor ou do frio e da acção dos químicos.

Secundárias: Nesta reacção, as fibras sensitivas nervosas ao serem estimuladas libertam péptidos que provocam dilatação nos vasos sanguíneos e dor.

Terciárias : Manifestada pelos sinais cardinais da inflamação, *calor, rubor tumor e dor*, por vezes estão presentes após lesão tecidular. O calor é provocado pelo aumento de sangue quente que está em circulação, o rubor resulta da dilatação dos vasos sanguíneos. O inchaço é consequência do extravasamento de líquido para os tecidos dos vasos sanguíneos. A dor surge do processo destrutivo. A sensibilidade está dependente das terminações nervosas que em situação de lesão provocam dor, em parte devido a alterações do sistema nervoso central.

3.2 Métodos não farmacológicos de alívio da dor

Por vezes, opta-se por alternativas aos métodos farmacológicos, permitindo um alívio da dor. Os métodos a seguir descritos são disso um exemplo.

3.2.1 Acupunctura

Acupunctura é um termo europeu, descrito pela primeira vez no século XVII por Willeu Tem Rhyne, médico alemão, após visita a Nagasaki. Os chineses denominam-no *Chen* que significa picar com agulha. É uma técnica que tem mais de 4000 anos, embora haja autores que refiram existir há mais tempo (Lewith, 2000). O registo da primeira tentativa de tratamento da doença através de métodos da medicina tradicional chinesa data de 1500 a.C., e os primeiros textos de acupunctura constam no livro *Nei Ching Su Wen*, conhecido pela variedade de formas de tratamento que descreve (Lewith 2000).

Representa apenas uma parte da medicina tradicional chinesa que é complexa, e difícil de explicar empiricamente. Baseada num conhecimento universal, as suas ideias envolvem complexos ideais filosóficos, o que a torna diferente da medicina ocidental.

Entre os ideais filosóficos do *Yin e do Yang*, defendem que o ideal para a saúde é a harmonia (Lewith 2000).

A acupunctura constitui-se como uma intervenção terapêutica bem sucedida, na medicina tradicional chinesa. É uma técnica conhecida na Europa há mais de 300 anos, sendo cada vez mais utilizada como método para alívio da dor (Lewith 2000). Investigações clínicas revelam que a acupunctura pode ter efeitos benéficos para o tratamento da dor, mas são ainda necessários mais pesquisas (Lewith 2000). Smith et al 2005, publicaram um estudo sobre as terapias alternativas para o alívio da dor no trabalho de parto, numa amostra de 366 mulheres que tinham recorrido a diversas formas para alívio da dor (acupunctura, aromaterapia, musicoterapia e hipnose). Encontraram a evidência de que a acupunctura e a hipnose podem ajudar no alívio da dor. Relativamente aos benefícios da música e da aromaterapia as evidências são insuficientes. Na literatura consultada, além desta técnica, faz – se também referência a outras formas alternativas para o alívio da dor no trabalho de parto. Técnicas da mente – corpo, massagem, homeopatia, hipnose, música e imãs (Smith et al 2005).

3.2.2.Hipnose

A hipnose é cada vez mais, um recurso tanto nas áreas do desporto, da psicologia ou da medicina, nomeadamente na medicina dentária, ou por parteiras. (Gibson & Heap, 1991,cit Furnham et al, 2005). A hipnose pode ser utilizada nos processos de dor crónica, na ansiedade e nos actos cirúrgicos (Nash et al 2005). Yu, através do seu estudo sobre a ansiedade apoiado pela unidade de hipnose da faculdade de medicina de Londres, publicado em 2005, feito a um grupo de 4 chineses refere que parece ser possível o recurso à hipnose em simultâneo com outras terapias clássicas para o controlo da ansiedade. Cerca de 10%-15% dos indivíduos saudáveis podem responder favoravelmente à indução hipnótica em poucos minutos (Hilgard, 1965 cit., Egner et al, 2005). Durante a hipnose o cérebro suspende temporariamente as suas actividades sensoriais, e ao diminuir as áreas de actividade cerebral pode provocar uma diminuição da percepção dolorosa (Nash et al 2005). Em hipnoterapia, o mais importante é o paciente estar disponível para a indução hipnótica e fazer com que ele centre a atenção num ponto que pode ser visual ou auditivo (Munafó 2000). A reversibilidade da consciência nos processos hipnóticos não está ainda bem esclarecida no campo das neurociências (Raz et Shapiro, 2002 cit. Egner et al 2005).

Num estudo recente de Furnham et al, (2005), sobre as atitudes e crenças da hipnose e da hipnoterapia, foram discutidos os mitos e os perigos que possam estar associados a esta prática. A maioria conhece a hipnose e a hipnoterapia, mas vê-na apenas como fonte de diversão e entretenimento. Outros acreditam que pode reavivar na memória acontecimentos esquecidos. Foi referido ainda que a hipnose torna o hipnotizado mais obediente e submisso, sendo a vontade da pessoa dominada por outros. Referiu-se também o receio de ser mal utilizada e mal aplicada, pelo que deve haver limites e controlo no seu uso. Porém, este estudo revela que existem ainda muitos mitos sobre a hipnose e que não há ainda consenso na opinião da maioria das pessoas, havendo por isso necessidade de mais pesquisa neste âmbito. De salientar também a este respeito, a influência dos aspectos culturais na opinião sobre a hipnose (Rippere, 1981,cit. Furnham et al, 2005).

A maioria dos povos é sensível à hipnose (Gibson & Heap, 1991,cit., Furnham et al, 2005). A sensibilidade, a idade, o sexo e a personalidade foram estudados no âmbito da hipnose (Bemheim, 1886;Shor,1972, cit., Furnham et al, 2005) constatou-se que as crianças são mais susceptíveis à hipnose que os adultos, por fixarem durante mais tempo um objecto (Bemheim, 1886;Morgan & Hilgard, 1973, cit., Furnham et al, 2005).

Há estudos que sugerem que as mulheres são ligeiramente mais susceptíveis à hipnose, do que os homens, havendo alguma controvérsia sobre isto uma vez que em muitas sociedades a mulher é considerada um ser submisso e sugestível (Furnham et al, 2005). Mas em 1965, Hilgard negou esta opinião sendo que actualmente é mais aceite a ideia de que a susceptibilidade hipnótica não está dependente do sexo (Furnham et al, 2005). A hipnose caracteriza-se pela focalização intensa da atenção e a susceptibilidade hipnótica difere entre os indivíduos, ou seja, da capacidade em focalizar a atenção (Barber, 1960; Spiegel, 2003; Tellegen & Atkinson, 1974., cf. Jamieson & Sheehan, 2002., cit. Egner et al. 2005). Ainda não está bem esclarecido o motivo ou os motivos que levam a que umas pessoas sejam mais hipnotizáveis que outras (Nash et al 2005). Na experiência subjectiva da dor, a manipulação hipnótica simultaneamente com técnicas de neuroimagem, ajudam a dissociar os aspectos cognitivos e sensoriais. (Halligan et al., 2000 & Rainville et al., 1997, cit. Egner et al 2005). Estudos revelam que quando utilizada de forma correcta pode alterar os processos cognitivos e assim a percepção da dor (Nash et al 2005). Do ponto de vista da neurofisiologia explica – se o efeito analgésico da hipnose por provocar uma activação do sistema inibidor do córtex frontal que modela a actividade tálamo – cortical, separando a experiência dolorosa dos processos conscientes. A hipnose, quando utilizada pode aliviar a dor e a ansiedade tendo algumas vantagens sobre algumas formas analgésicas, não causando depressão das vias respiratórias, hipotensão arterial, náuseas e vômitos, e se aplicada em obstetria, não deprime o feto/ recém-nascido (Norris, 1999 cit por Graça et al, 2005). Actualmente, a hipnose está no campo da ciência cognitiva, e está documentada em relatórios médicos e científicos (Nash et al 2005).

3.2.3 - Acupressão

A acupressão é uma variante da acupunctura e baseia-se na aplicação de uma pressão constante em locais anatómicos específicos sem recurso a agulhas, é portanto uma técnica não invasiva, permitindo restaurar o nível de energia do corpo, e a harmonia do fluxo energético nas parturientes (Lee et al 2000). É uma técnica sem custos económicos e que evita o recurso a medicamentos, sendo que estes têm muitas vezes efeitos secundários tanto para a mãe como para o feto (Lee et al 2000). A dor resulta de um desequilíbrio entre energias. Numa parturiente, a sua experiência de dor pode depender do equilíbrio das suas energias físicas, psicológicas e espirituais (Lee et al 2000). Um estudo efectuado por este autor a 75 parturientes e publicado, por Lee et al

(2000), revela que 30 minutos de aplicação desta técnica permitem de forma eficaz o alívio da dor, sem recurso a analgésicos.

3.3 Teorias da dor

As teorias da dor desenvolvidas no último século foram apresentadas por diversos autores, salientando-se Melzack & Wall (1982) e Bonica (2003). A **teoria da especificidade da dor** é uma teoria tradicional, que consta em muitos manuais de neurofisiologia, defende que a dor é uma sensação específica com o seu próprio aparelho sensorial independente do tacto e outros sentidos Bonica (2003). Esta teoria foi proposta por Avicena, Galeno e Descartes sendo este quem a melhor descreveu. Com o avanço do conhecimento da fisiologia humana, no século XIX a teoria sofreu uma alteração, questionando-se os fisiologistas sobre a forma como se consciencializavam as diferentes qualidades de sensação. Dos estudos por eles desenvolvidos, concluíram que o cérebro reagia às mensagens enviadas do exterior e que posteriormente eram enviadas pelos nervos sensoriais, o que levou a crer que a qualidade das experiências está associada à propriedades dos nervos sensitivos, sendo Johannes Muller o primeiro a descrever esta doutrina que ficou designada como “doutrina da energia específica dos nervos.” Este cientista deu um grande contributo para o actual conhecimento dos processos sensitivos, baseando-se no facto do cérebro receber informação de objectos externos através dos nervos sensitivos. O fisiologista Max von Frey, continuou o desenvolvimento desta teoria que apenas se relacionava com os receptores e os seus seguidores procuraram fibras específicas que ligam os receptores à espinal-medula, e das vias específicas no seu interior. Em meados do século XX foi considerada uma teoria muito poderosa, propunha a existência de centros receptores na pele que transportavam através de um sistemas específico da dor, mensagens para um centro específico da dor. A **teoria do “pattern” (teoria do padrão)** foi desenvolvida no final do século XIX, opondo-se à anterior e baseava-se no conceito de que a intensidade do estímulo e o sistema nervoso central determinam a dor. Goldsheider (1894), foi um dos seus defensores, para ele, a intensidade e a duração da dor são desproporcionadas em relação ao tempo de aparição após o estímulo. A concepção deste fisiologista tem servido de base para outras teorias. A **teoria afectiva da dor** é mais recente e defende a ideia de que a dor é exclusivamente sensitiva. Surge pelo conceito invocado pelo filósofo e psicólogo Marshall (1894) de que a dor tem uma qualidade emocional, e estimula os estímulos sensitivos. Sherrington (1900) considerou como evidente as

dimensões afectiva e sensorial da dor, o que justifica a nossa defesa perante um estímulo doloroso. Para ele o espírito não é indiferente aos estímulos, pelo que nunca reagimos de forma indiferente, pelo que à dor está associada uma emoção. **A teoria do portão** desenvolvida por Melzack & Wall (1958) surgiu após a conclusão destes cientistas de que a percepção e a qualidade da dor, não estão apenas relacionados com relação entre a intensidade do estímulo e a percepção da dor mas sim com a dependência de aspectos psicológicos e fisiológicos. Baseados nas teorias anteriores, estes autores criaram esta teoria, que admite a existência de um mecanismo neuronal nos cornos posteriores medulares que se comporta como um portão que aumenta ou diminui a transmissão e a passagem dos impulsos transmitidos ao sistema nervoso central. A actividade das fibras grossa (A beta) e das fibras finas (A-delta e C) determinam a transmissão sensitiva assim como as influências que vêm do cérebro responsáveis pela actividade cognitiva. Quando a informação atravessa o portão dá-se a activação de zonas neuronais que causam dor. Esta teoria permitiu uma visão mais alargada da fisiologia d dor, ao explicar que existe um mecanismo que actua como um portão e que aumenta ou diminui os impulsos nervosos desde as fibras periféricas até ao sistema nervoso central.

3.4 Mensuração da dor

A dor, como fenómeno multidimensional e individual, tem sido objecto de estudo e análise, sendo o seu significado de tal forma importante que em 1995, a American Pain Society a considerou como quinto sinal vital, sendo portanto exigida a sua avaliação com a mesma equidade que os restantes. Em Portugal, a Direcção Geral da Saúde em conjunto com a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, instituiu através da Circular Normativa nº 9/DGCD, de 14/06/2003, a “Dor como o Quinto Sinal Vital.” Para garantir uma boa prática de cuidados de saúde, a mesma circular determina ainda o cumprimento dos seguintes pontos:

- 1 – Registo sistemático da intensidade da dor.
- 2 – Utilização para mensuração da intensidade da dor de uma das escalas validadas internacionalmente (escala visual analógica, escala numérica, escala quantitativa escala de faces).

Pretende-se assim, que os profissionais de saúde façam uma valorização sistemática da dor e dos efeitos terapêuticos.

A avaliação da dor, independentemente do método utilizado, pode não ser rigorosa, uma vez que pode estar influenciada pela tolerância à dor e pelos aspectos culturais. Para avaliar a dor, existem várias escalas que permitem efectuar uma avaliação da dor sentida pelos doentes. Assim, nas escalas de avaliação verbal, o doente selecciona a palavra que melhor descreva a intensidade da sua dor a partir de uma escala graduada, começando por nenhuma dor até intensa. A cada palavra corresponde um número que descreve intensidades diferentes. Exemplo de uma escala deste tipo consta no questionário da dor de McGill sendo uma escala multidimensional que valoriza a dor nas dimensões sensorial, afectiva e avaliativa. Sob o ponto de vista estatístico, vários estudos se têm mostrado favoráveis à sua estrutura, sendo reconhecida a fiabilidade e validade (Chapman & Syrjala, 2003). As escalas analógicas visuais, são escalas mais fáceis de utilizar, pelo doente comparando com os descritores da dor do questionário de McGill. Permitem que seja feita a mensuração da dor, através de uma régua graduada em que as extremidades apresentam os valores extremos da dor, pedindo-se ao doente que sinalize a sua dor nessa linha que indicará a intensidade da dor. Pode também ser utilizada a escala de avaliação por figuras, mais úteis nos serviços de pediatria, ou sempre que haja dificuldade na expressão verbal.

3.5. Intervenção de enfermagem na dor

Sendo a dor um sintoma subjectivo, com variação de intensidade e nas reacções de quem a sente, leva a que por vezes se esteja menos desperto para com o ser a quem e se prestam cuidados. É importante que o enfermeiro seja capaz de cultivar a sensibilidade em si próprio e tornar-se presente e autêntico para poder interagir. De acordo com George (1993), Watson entende que é apenas através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que alguém pode realmente e de modo sensível interagir com os outros. Para uma melhor compreensão do fenómeno da dor, é necessário que ela seja entendida em todas as suas dimensões considerando os diversos comportamentos daí resultantes. Caunt (1993), refere que Heskins & Welchew (1985) observaram algumas posturas comportamentais com o objectivo de diminuir a dor, gemidos ou gritos, expressões faciais, fechar os olhos, sudorese, agarrar ou massajar o local da dor, permanecer deitado e quieto, medo de ser tocado. McCaffery (1983 cit por Numbers, 1988), acrescentou a estes a tensão muscular, retenção da respiração, falar da dor e um aumento progressivo da ansiedade. Por outro lado, Numbers (1988), refere que para McCaffery, a dor provoca tédio, sendo capaz de dominar todo o corpo e a mente,

transformando a vida cansativa e por vezes numa alarmante corrida de obstáculos, afectando tanto o trabalho como o descanso. As diferenças identificadas face à dor, têm sido evidenciadas por estudos antropológicos em diversas culturas, pelo que para uma melhor compreensão desse fenómeno, deve atender-se aos múltiplos factores que determinam a individualidade e a diferença.

Na intervenção na dor, importa não só o comportamento do utente, mas também do profissional que lhe presta cuidados. Na intervenção clínica podemos encontrar diferentes modos de ser e de estar na assistência ao indivíduo com dor. O profissional, pode pautar o seu desempenho essencialmente nos modelos filosóficos do modelo biomédico, preocupando-se apenas em resolver as questões de diagnóstico e tratamento, desvalorizando os aspectos sociais e psicológicos do ser humano. Encontram-se também profissionais que valorizam os aspectos bio psicossociais actuando como educadores (Bonica, 2003). Ainda para este autor, o modelo bio psicossocial não se limita a uma explicação diagnóstica, à identificação do estímulo nociceptivo desencadeador da dor, procurando explicações neuroanatômicas e psicossociais.

Nesta perspectiva, é importante que a abordagem ao indivíduo com dor tenha em vista não só a cura mas também o seu alívio. Para o alívio da dor, recorre-se a métodos farmacológicos e não farmacológicos. Os segundos estão mais ao alcance dos enfermeiros e para Caunt (1993) podem incluir:

- Informação e apoio
- Meditação
- Terapias de relaxamento
- Distracção
- Representação mental de imagens
- Hipnoterapia
- Estimulação nervosa transcutânea.

Partilham destes métodos Smeltzer & Bare, (1993), ao referirem que a relação enfermeiro-doente, e a *orientação* são duas medidas básicas de enfermagem no controlo da dor, sendo a confiança, um aspecto importante nessa relação. O *relaxamento muscular* provoca uma redução na intensidade da dor, permitindo uma melhor tolerância à dor, pelo que o enfermeiro combina com outros métodos as técnicas de relaxamento. Também a *distracção* que pode ir da prevenção da monotonia à actividade física e mental, podem reduzir a intensidade da dor e aumentar a tolerância, a sua eficácia depende da capacidade do doente em receber e criar estímulos sensitivos que

combatam a dor. Pode resultar o ensino ao doente para fixar um ponto específico na parede ou no teto e massajar o local onde sente dor. A *estimulação cutânea* pode ser feita de várias formas, nomeadamente, pressão, vibração, calor, frio e estimulação eléctrica do nervo. Algumas destas formas têm contra-indicações dependendo do diagnóstico e condição física do doente, pelo que é necessária uma prescrição médica. O frio alivia a dor de forma mais rápida e duradoura uma vez que retarda a condução dos impulsos dolorosos. A estimulação eléctrica transcutânea, pode também ser aplicada em diversos locais do organismo, a nível da pele onde são aplicados eléctrodos que produzem uma sensação de formigueiro, vibração ou atrito no local da dor. Segundo Rico (1995) estudos electrofisiológico no rato, no gato e em primatas mostram que a estimulação cutânea segmentar das fibras A beta causava um inibição selectiva das fibras C e a actividade nociceptora nos neurónios dorsais em animais espinhais.

A intervenção de enfermagem perante os indivíduos com dor tem em vista a redução e alívio da dor, baseada numa avaliação para obtenção de dados sobre causas físicas mentais ou emocionais da dor (Smeltzer & Bare (1993). Após a aplicação das medidas de alívio da dor, a avaliação da eficácia destas medidas, é feita pela comparação das respostas comportamentais após as intervenções para que sejam mantidas ou modificadas. Relativamente à avaliação das respostas comportamentais, estes autores defendem que os comportamentos na dor variam entre os indivíduos e podem incluir manifestações fisiológicas, expressões verbais, comportamentos verbalizados, expressões faciais, movimentos do corpo, contacto físico com outros ou alterações em resposta ao ambiente. Assim, o enfermeiro ao observar as respostas comportamentais tem como objectivo identificar os seguintes aspectos:

- A intensidade da dor, através do recurso a escalas que permitam a sua graduação.
- A tolerância à dor.
- Características da sensação dolorosa, incluindo-se aqui a *localização, ritmo, duração e qualidade*.
- Efeitos nas actividades diárias, como sejam o sono, a alimentação, relacionamentos com outras pessoas.
- Opinião do doente sobre as formas que lhe permitem um alívio da dor.
- Preocupação do doente relativamente à dor, onde se inclui o prognóstico, interferência no seu desempenho e alteração da imagem corporal.

4-Fisiologia do trabalho de parto

No trabalho de parto estão subjacentes um conjunto de fenómenos que quando postos em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua posterior expulsão (Graça et al., 2005). As causas que desencadeiam o trabalho de parto, não são ainda completamente conhecidas (Ziegel & Cranley 1985). Na maioria dos casos é difícil identificar o início do trabalho de parto e a sua definição, embora não seja aceite com unanimidade, é baseada na frequência, regularidade e duração das contracções uterinas (Oxorn, 1989). Clinicamente, o trabalho de parto inicia – se com a instalação das contracções uterinas dolorosas que modificam o colo seguindo – se a dilatação. Maioritariamente, o útero inicia a sua actividade contráctil eficaz duzentos e oitenta dias após a data da última menstruação (Dickason et al., 1999).

O útero é o órgão responsável pela expulsão do feto no trabalho de parto, através da sua actividade contráctil que tem um mecanismo característico, resultante da sua organização estrutural. O músculo liso do miométrio possui fibras lisas que se dispõem de forma diferente a nível do corpo e do colo uterino. A nível do corpo existem três camadas de fibras lisas, uma externa muito fina, uma média que é a mais espessa e uma interna formada sobretudo por fibras circulares. A nível do colo o músculo é menos espesso e formado sobretudo por fibras circulares (Graça et al, 2005). Durante a gravidez o útero pode apresentar uma certa actividade contráctil, sendo que após as trinta semanas de gestação e especialmente após as trinta e cinco semanas as contracções tornam-se mais frequentes podendo ser perceptíveis (Oxorn, 1989). Para Graça et al. (2005) a actividade uterina durante as primeiras trinta semanas não é significativa sendo pouco intensas. A regulação da contractilidade do miométrio tem a sua principal origem nos iões de cálcio, nas prostaglandinas e na ocitocina. À medida que se aproxima o termo da gravidez, aumentam os níveis de estrogénios e progesterona, acompanhado de um aumento na síntese de receptores de ocotocina, pelo que durante o trabalho de parto está aumentada a sensibilidade do músculo uterino à ocitocina (Graça et al, 2005).

As alterações consideradas como possíveis para o desencadeamento do trabalho de parto, podem ter origem em múltiplas causas sendo de salientar a acção das prostaglandinas que promovem a actividade contráctil, a crescente sensibilidade do miométrio à ocitocina circulante elevando-se os seus níveis com a progressão do trabalho de parto, a descida dos níveis da progesterona placentar, maturação do desenvolvimento fetal, distensão das fibras do miométrio e a actividade do sistema imunitário (Mendes, 1993).

Diz-se que a mulher está em trabalho de parto quando há de forma progressiva apagamento, dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal. Importa então, distinguir o verdadeiro trabalho de parto do falso trabalho de parto. As contracções de Braxton-Hicks ou do falso trabalho de parto são mais intensas e estendem-se por uma área maior não tendo efeitos no colo do útero. Assim, uma grávida está em trabalho de parto, quando as contracções são dolorosas, rítmicas estendendo-se a todo o corpo uterino com uma duração de trinta a sessenta segundos, o colo do útero tem que estar apagado nas primíparas e em apagamento nas múltiparas, com uma dilatação de três centímetros. (Mendes, 1993). O início do trabalho de parto caracteriza-se muitas vezes por uma dor lombar baixa acompanhada de uma sensação de aperto na região abdominal, podendo ser semelhante à dor menstrual (Ziegel & Cranley 1985).

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro estádios distintos sendo designados como, **Primeiro estágio, Segundo estágio, Terceiro estágio e Quarto estágio** (Ziegel & Cranley, 1985, Bobak, 1999).

O **Primeiro estágio**, inicia-se com as primeiras contracções e termina com a dilatação completa. Este estágio subdivide – se ainda por duas fases, uma **fase lactente**, onde é feito o apagamento do colo até atingir três a quatro centímetros de dilatação. Esta fase de lactência pode ter uma duração de 8,6 horas nas primíparas tendo como limite máximo vinte horas, Nas múltiparas pode variara de 5,3 horas a catorze horas (Oxorn, 1989). Para Bobak (1999) numa primípara a variação média da primeira fase do trabalho de parto pode variar ente cerca de três horas e dezanove horas e meia. A **fase activa**, marca o final da fase lactente e termina com a dilatação completa do colo. A duração do trabalho de parto pode variar podendo ir no máximo até vinte e quatro horas. Autores como Ziegel, & Cranley (1985) referem que nas pimíparas a méda de duração é de aproximadamente doze horas e meia podendo ser variável e dividido pelas várias fases do trabalho de parto. A primeira fase durará onze horas, a segunda setenta minutos e a terceira etapa dez minutos. Nesta fase do trabalho de parto, as contracções uterinas

transmitidas pela pressão da bolsa de águas, são as principais responsáveis pela dilatação do colo uterino. Estas contracções são intermitentes com períodos de relaxamento que são mais longos, e são involuntárias, não estando por isso dependentes da vontade da mulher à medida que o trabalho progride, as contracções tornam-se mais intensas, e progressivamente mais dolorosas. Para Mendes (1993) as contracções têm um *triplo gradiente descendente*, são mais intensas no fundo do útero, mais duradouras e propagam-se no sentido descendente e a sua intensidade oscila entre os 25 e os 50 milímetros de mercúrio.

O **Segundo estágio**, também designado por período expulsivo, tem início quando o colo do útero atinge a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. A duração média deste estágio é de cinquenta minutos nas primíparas e de vinte minutos nas múltiparas, podendo ser variável (Cunningham et al, 1996). Para Oxorn (1989) a dilatação do colo do útero está dependente de dois mecanismos:

- 1- Pressão sobre o colo exercida pela apresentação, quando esta está ajustada à pelve.
- 2- Tracção longitudinal do colo pela parte superior do útero quando contrai e relaxa. As contracções tornam o segmento superior mais curto e espesso, enquanto que o segmento inferior fica mais longo e distendido, levando à dilatação cervical.

Para Mendes (1993), o mecanismo do parto normal, ocorre em 96% dos partos, com apresentação cefálica com flexão adequada, que percorre o trajecto do parto sem alterações, ocorrendo cronologicamente fenómenos com vista à progressão e expulsão do feto. Após a dilatação completa, a parturiente refere uma vontade incontrolável de “fazer força”, e de acordo com as instruções da enfermeira ou do médico utilizam a manobra de Valsava que permite a contracção repetida e vigorosa da musculatura abdominal que combinada com a força das contracções uterinas promove a descida e expulsão do feto (Graça et al., 2005). Um período de tempo mais prolongado neste estágio, pode ser considerado disfuncional podendo ter como causa desproporção fetopélvica, anomalias da apresentação, fraca eficácia da actividade contráctil ou distócia das partes moles (Oxorn, 1989).

O **Terceiro estágio**, inicia – se com o nascimento e termina com a expulsão da placenta, ou seja, com a dequitação. Para Graça et al (2005: 273) “designa-se por dequitação todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento.” Deve aguardar-se pelos sinais de descolamento e nunca forçar a sua expulsão. Para

et al, 1996) a placenta deve ser examinada cuidadosamente para garantir que está íntegra e sem anomalias.

O **Quarto estágio**, corresponde às duas primeiras horas após o nascimento, em que os órgãos reprodutivos maternos iniciam o retomar da sua condição pré gravídica. É um período de recuperação para a mãe, que ainda está numa fase debilitada e crítica.

A dor do parto está relacionada com as contracções uterinas, e no parto fisiológico ela é intermitente, sendo maior no pico da contracção desaparecendo com o relaxamento (Oxorn, 1989). É sobretudo uma dor do tipo visceral conduzida por fibras (Ramanathan 1995). As fibras A delta e C que são condutoras das sensações dolorosas do útero e da medula espinal com informações nociceptivas. Para McDonald (2003) a dor na primeira fase do trabalho de parto resulta da dilatação, distensão e estiramento cervical e do segmento inferior, na segunda fase, mantém-se as contracções e estiramento do corpo do útero e do segmento inferior uterino. A pressão aumenta progressivamente, na região inferior da pelve passando a causar outro tipo de dor devido à distensão do estreito pélvico inferior e do períneo. Algumas parturientes podem referir câibras que resultam da estimulação das estruturas sensíveis à dor dentro da cavidade pélvica nomeadamente a tracção do períneo, da pelve e dos ligamentos uterinos. O grau de dor é variável entre as parturientes, podendo ser em alguns casos indolores (Oxorn, 1989). A dor que ocorre durante o trabalho de parto pode ter efeitos na actividade uterina, através da secreção das catecolaminas e do cortisol bem como do stress emocional podem provocar um aumento ou diminuição da actividade contráctil, com compromisso da duração do trabalho de parto (McDonald, 2003). Outro efeito nefasto da dor no trabalho de parto, é referido por Ramanathan (1995) defendendo que a dor causa stress a nível do organismo materno com consequências para o feto, tal facto foi comprovado por pesquisas em animais, que demonstraram uma elevação dos níveis de catecolaminas na corrente sanguínea com compromisso do fluxo sanguíneo útero-placentar.

A dor do parto, sendo um fenómeno a ele inerente, preocupa a mulher e apesar dos avanços científicos e tecnológicos que permitem o alívio desta sensação dolorosa, ela é ainda percebida. À medida que o trabalho de parto progride, as contracções tornam – se progressivamente mais intensas mais duradouras e menos espaçadas (Graça, et al 2005). Referem ainda estes autores que é na fase activa que as contracções provocam mais incómodo e desconforto, pelo que as parturientes começam a exteriorizar as suas manifestações dolorosas e é percebida de formas diferentes ao

longo das várias fases do trabalho de parto. Pensa-se que a sua percepção, se deve sobretudo à dilatação, distensão e estiramento do colo uterino e peritoneu subjacente. Os estímulos dolorosos provenientes do colo e do segmento inferior do útero, são transportados por fibras sensitivas que formam o plexo uterino e através destas fibras é feito o percurso paralelo às fibras simpáticas que atingem a raiz dorsal dos nervos da 11^o e 12^o vértebras torácicas através de ramos comunicantes. Assim, os estímulos dolorosos do útero são conduzidos aos centros nervosos superiores Bello (1990).

A dor no primeiro estágio do trabalho de parto, localiza-se essencialmente no útero e nos anexos. No final da fase activa do primeiro estágio do trabalho de parto, devido a uma maior estimulação das estruturas sensíveis da dor, dentro da cavidade pélvica, as parturientes referem dor contínua e contrações musculares McDonald (2003). No segundo estágio do trabalho de parto, as características da dor são ligeiramente diferentes. A produção de estímulos nociceptivos torna-se menor quando o colo atinge a dilatação completa. A dor passa a ter origem nas áreas de enervação do nervo pudendo e a compressão exercida com a descida da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, a distensão do períneo e do canal de parto, desencadeia novos estímulos. Bello (1990).

A esta experiência de dor estão subjacentes expectativas e satisfação. Costa et al (2003) no seu estudo constataram que uma minoria das mães (31,3%) confirmou as expectativas criadas quanto ao trabalho de parto, enquanto que para a maioria (68,7%) o trabalho de parto não decorreu de encontro às expectativas criadas, considerando que foi pior ou muito pior. Para 24,4% o trabalho de parto decorreu melhor ou muito melhor que o esperado. Quanto à satisfação, os autores ressaltam que para a generalidade das mulheres que participaram neste estudo a forma como decorreu o trabalho de parto, o parto, e o pós parto foi bastante satisfatória, estando igualmente satisfeitas com os cuidados prestados. A insatisfação sentida era referente à duração do trabalho de parto e à dor que vivenciaram. Outro aspecto interessante neste estudo foi a confirmação de dados obtidos em observações de diversos autores, em que a experiência do parto se manifesta por ansiedade, falta de controlo, desorientação espaço-temporal, tristeza, zanga, raiva e medo, não estando presentes sentimentos positivos (Leventhal et al., 1989; Lyons, 1998; Rizk, Nasser, Thomas, & Ezimokhai, 2001; Thune-Larsen & Pedersen, 1988 cit por Costa et al, 2003).

Trabalhos de parto prolongados podem resultar numa experiência negativa para a mulher. Nysted & Lundman (2005) no seu estudo analisaram as percepções e

experiências de mulheres que tiveram um trabalho de parto prolongado, comparando com um grupo de mulheres que tiveram um trabalho de parto em tempo considerado normal. Os resultados revelaram que entre as parturientes que tiveram um trabalho de parto prolongado um terço considerou que a sua experiência de parto foi negativa, para dois terços essa experiência marcou para toda a vida. A estes resultados estava também associada a dor.

A capacidade de conseguir auto controlo pode ser factor de satisfação na experiência do parto. Um estudo no Japão concluiu que o auto controlo durante o trabalho de parto e a ocorrência de um parto sem incidentes contribuem para a satisfação materna no nascimento (Kabeyama & Miyoshi, 2001).

4.1 Intervenção na dor no trabalho de parto

A intervenção na dor do trabalho de parto, deve ser cautelosa e adequada, atendendo aos efeitos da dor no organismo materno com consequências para o feto. Sabe-se que a descarga de adrenalina provocada pela dor, pode em casos extremos causar hipertonia uterina, ou se associada ao cortisol, inibir a actividade contráctil eficaz, causando prolongamento no trabalho de parto (Graça et al, 2005). Observa-se frequentemente que as reacções das parturientes à dor traduzem sofrimento, variando o seu comportamento de mulher para mulher. Ao descrever estudos sobre o sofrimento causado pela dor no parto, Ormonde (1995) refere que Melzack utilizou o questionário de dor de McGill no trabalho de parto e no parto em oitenta e sete primíparas e cinquenta e quatro múltiparas concluindo que o índice médio total de dor (PRI) era de trinta e quatro nas primíparas e de trinta nas múltiparas, o que fazia entender que nas primíparas e trabalho de parto era significativamente mais doloroso. Comparado outros síndromes dolorosos com a dor do trabalho de parto, Melzack concluiu ainda que a intensidade média da dor no trabalho de parto era extremamente elevada e numa escala de valores 9,2% das primíparas classificavam a dor como leve, para 29,5%, era moderada, para 37,9% severa e extremamente severa para 23,4%. Relativamente às múltiparas, 24,1% classificaram a dor como leve, para 29,6% ela foi moderada, Severa para 35,2% e extremamente severa para 11,1%.

Nas sociedades modernas, verifica-se um empenho crescente no recurso a medidas interventivas para alívio da dor no trabalho de parto. Dos vários métodos propostos todos tendem a proporcionar uma melhor vivência da parturiente, em todo o processo de nascimento, disponibilizando-a para uma participação activa. Na literatura surge a referência às técnicas psicofisiológicas de relaxamento, a acupunctura, a hipnose

a musicoterapia como recurso ao alívio da dor no parto, porque muitas mulheres gostariam de evitar os métodos farmacológicos ou invasivos (Ziegel, & Cranley., 1985; Bobak, 1999; Dickason et al., 1999; & Smith et al 2005).

São já alguns os autores que fazem referência à presença de alguém significativo junto da parturiente como forma de suporte e alívio da dor sendo que a literatura actual refere a importância da presença do pai na sala de partos defendendo a ideia de que um pai participante e bem informado pode trazer contributos para a saúde e bem-estar tanto da mãe como do bebé, podendo também trazer benefícios para as relações familiares (Brazelton, et al., 1989; Colman & Colman, 1994). Porém, a sua presença junto da mulher durante o trabalho de parto, pode ser para ele angustiante, não sabendo o que fazer para a ajudar (Kitzinger, 1984). Ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o trabalho de parto e parto, poder ver e tocar no bebé logo após o período expulsivo, são aspectos que, hoje em dia, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma experiência positiva do parto (Cranley, Hedhal & Pegg, 1983; Figueiredo & Alegre, *in press*, citado por Figueiredo, 2002). O papel do companheiro durante a gravidez pode ser de apoio, considerando os sentimentos e vulnerabilidades da mulher, apoio esse que de acordo com alguns autores se deve manter no trabalho de parto e no nascimento. Em meio hospitalar, se for desejo da mulher a sua presença, só a deve deixar quando houver garantias de que está confiante e alegre para o decurso do trabalho de parto, na sua ausência (Kitzinger, 1984). Miranda (2002) num estudo realizado no Hospital de São João no Porto, refere um maior auto controlo e menor ansiedade nas parturientes que são acompanhadas durante o período expulsivo. MacFarlane (1992) faz referência a um estudo feito na década de setenta realizado por Henneborn & Cogan, no qual é demonstrado que quando há presença dos pais, se verifica no relato das mulheres efeitos bastante positivos, aliado a um decréscimo do consumo de analgésicos. Ziegel & Cranley (1985) entendem como sendo benéfica a participação do marido em aulas de preparação psicoprofilática para o parto em conjunto com a mãe, para que no momento do parto, ele a ajude a controlar-se. Sendo o marido, o outro elemento do casal que também vivenciou a gravidez, parece importante que participe no momento do nascimento. Já, (Colman & Colman, 1994), defendem que a experiência da gravidez deveria acabar tal como começou, num momento de intimidade e partilha entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida. Na literatura vê-se também destacado o lugar que deve ser ocupado pelo homem e salientada a sua importância como figura de

suporte na fase final da gravidez, e no parto é ele que esfrega as costas, ajuda a controlar a respiração e o relaxamento, e é ele que a mulher se encosta quando nasce o criança (Kitzinger, 1984)

4.2 Técnicas não farmacológicas de alívio da dor no parto

Torres (1997), refere que sob o ponto de vista terapêutico a psicologia preconiza intervenções dirigidas ao comportamento do indivíduo baseadas em técnicas psicofisiológicas, e cognitivas. As técnicas cognitivas, pretendem manipular a atenção dos indivíduos, direccionando o pensamento para acontecimentos que não estejam relacionados com a dor. Estas técnicas estão baseadas no princípio de que a percepção da dor está associada a pensamentos a que a pessoa recorre com o objectivo de tolerar ou exacerbar a dor.

A mulher em trabalho de parto, necessita de ajuda para superar a dor e pode optar por a vivenciar sem recurso a medicação, ou por outro lado, haver uma contra indicação para administração de terapêutica analgésica. As técnicas psicofisiológicas, hoje em dia muito utilizadas, proporcionam uma aprendizagem ao nível do controlo de parâmetros fisiológicos ligados à dor. Pretende-se que as mulheres sejam capazes de controlar a sensação dolorosa quebrando o ciclo medo – tensão – dor, através de técnicas de relaxamento. Para Dickason et al, (1998), esta educação feita como forma de preparação para o parto, é uma alternativa aos métodos farmacológicos e permitem que a mulher seja capaz de se concentrar, reduzir a fadiga, tensão muscular e ansiedade. A psicoproflaxia é baseada na educação física e psíquica da grávida, facultando-lhe meios para assegurar o controlo e a ansiedade, sendo Dick-Read em 1933 a salientar a importância da preparação física e psíquica para o controlo da dor nas parturientes. Defendeu a ideia de que a dor sentida no parto, surgia em consequência de condicionamentos sociais e pelo síndrome do medo e da dor. Bobak (1999) refere que para Read, “Se medo, tensão e dor andam de mãos dadas, então é necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e assim, eliminar a dor”. Este médico criou o método psicoprofilático para o parto, sendo que incluiu o relaxamento e a respiração como vertentes importantes. Ainda sobre a sua teoria, Read citado por Bobak (1999:235) refere, “ A implementação da minha teoria demonstra métodos através dos quais o medo pode ser ultrapassado, a tensão pode ser eliminada e substituída por relaxamento físico e mental.”Preconizava que a educação dada à grávida tinha como objectivo incutir-lhe confiança e privar o seu consciente de ideias negativas

Em 1920 na Rússia, Platonov, neuropsicólogo baseou – se nas ideias de Pavlov, e com a aplicação da hipnose tentou introduzir um processo de analgesia do parto. Lamaze visitou um dos serviços de obstetrícia da Rússia e ficou sensibilizado com a tranquilidade das parturientes. Criou então em 1955 na Europa o **método Lamaze**, que se baseia nas técnicas de respiração principalmente a que deve ser executada nas primeiras fases do trabalho de parto, baseado na teoria de que a percepção da dor durante o trabalho de parto, resulta de um reflexo condicionado. Baseia-se no condicionamento, disciplina e concentração, devendo a parturiente ser educada durante o período pré-natal por um técnico habilitado, de forma a ser capaz de responder de forma disciplinada ao estímulo das contracções uterinas no trabalho de parto (Dickason et al, 1998). Este método consiste essencialmente no “descondicionamento” pela supressão das emoções negativas em substituição de emoções positivas “recondicionamento”. Assim, a educação física e psíquica da mulher tem como finalidade:

- Eliminar factores desencadeadores de ansiedade que comprometem o controlo e a auto-confiança.
- Proporcionar condições que assegurem o controlo emocional e o domínio corporal (Resende, 1992).

Este método tem sido largamente difundido. Ainda para este autor, o tipo de respiração varia de acordo com as várias fases do trabalho de parto. Assim, para este autor, na **fase inicial** a mulher recorre a uma respiração tóraxica, lenta e rítmica. Inspira pelo nariz e expira pela boca. Na **fase activa** para suportar a maior intensidade das contracções, utiliza uma respiração tóraxica mais ligeira e mais rápida inspirando e expirando pela boca que deve estar pouco aberta, devendo rápida e garantir as trocas gasosas. Na **fase de transição**, por ser **uma** fase de maior dificuldade, utiliza uma respiração tóraxica superficial com leves sopros, devendo estar mais concentrada, o que promove o controlo no pico da contracção e quando sente pressão e necessidade de fazer esforços expulsivos. Na **fase de expulsão**, é necessária concentração e relaxamento controlado. A mulher deve utilizar os músculos abdominais recorrendo à manobra de valsava que consiste na retenção da respiração e efectuar esforços expulsivos. Deve ser uma manobra breve uma vez que pode provocar descida da tensão arterial materna e comprometer a circulação placentar.

O nascimento na água, parece estar a ser mais divulgado actualmente, constituindo-se também como um método não farmacológico para alívio da dor no

trabalho de parto. De acordo com o estudo de Eberhard et al (2005) em que foi avaliada a percepção da dor através da Escala Visual Analógica comparando o nascimento na água com o nascimento na cama, percebeu-se que o tipo de parto não influenciava a intensidade da dor nos diferentes estádios do trabalho de parto, porém, as mulheres que optaram por ter o parto na cama referiram sentir mais dor do que as que optaram por ter o parto na água. A água morna permite um relaxamento e facilita a tolerância à dor diminuindo a necessidade de analgésicos. Assim, o nascimento na água constitui-se como uma forma natural do parto, não significando contudo que a mulher não tenha experiência de dor.

4.3 Técnicas farmacológicas de alívio da dor no parto

A par dos avanços científicos e tecnológicos, a medicação anestésica utilizada em obstetrícia tem vindo a evoluir permitindo o alívio da dor na parturiente. Segundo McDonald (2003) foi o obstetra escocês Sir James Y. Simpson que em 1847 introduziu a analgesia moderna em obstetrícia com a utilização do éter e do clorofórmio, sendo a sua aplicação mal aceite por alguns elementos da comunidade médica, e só foi considerado um acto benéfico em 1853 quando a rainha Vitória recebeu este tratamento no parto do seu oitavo filho. Porém, a falta de consenso nas ideias sobre o parto, mantiveram-se o que levou a um comprometimento dos avanços da anestesiologia em obstetrícia. O American College of Obstetricians and Gynecologists e a American Academy of Pediatrics em 1992, recomendaram a disponibilidade de indivíduos devidamente habilitados para a administração de anestésicos e garantia de segurança das funções vitais em obstetrícia, sendo que em serviços com grávidas com quadros complicados, a presença do anestesista deve ser nas vinte e quatro horas (Cunningham et al 1996). A anestesia nesta área da saúde tem trazido novos benefícios para a prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto e os autores são unânimes em referir que a dor do parto não trás benefícios para a mulher nem para o feto. Também para Graça et al (2005) o stress e a ansiedade causados pela dor, alteram a homeostasia do organismo materno, com efeitos no feto e no desenvolvimento do trabalho de parto. Referem ainda estes autores, que a dor provoca uma intensa actividade adrenérgica que leva a um aumento do metabolismo e do consumo de oxigénio, e ao tentar compensar a alcalose respiratória, provoca acidose metabólica que pode ter repercussões no feto

Os cuidados analgésicos ou anestésicos a que se recorre centram-se na mãe e no feto, pelo que é necessária uma escolha adequada do medicamento a administrar, para

que seja eficaz e satisfatório para a parturiente. Para Cunningham et al (2002), há três princípios fundamentais a atender na analgesia do trabalho de parto, o medicamento deve ser simples, inócuo e preservar a homeostase fetal. Assim, é necessário atender ao tempo de administração da droga, dos seus efeitos e no trabalho de parto, no organismo materno e possíveis implicações no feto, atendendo ainda à idade, gestacional. Torna-se portanto, imperioso combater os efeitos da dor nas parturientes atendendo à apreciação global e individual.

Os meios farmacológicos para promover o alívio da dor podem ser sistêmicos, inalatórios ou loco regionais estando incluído nestas a epidural e a loco regional. A medicação por via sistêmica tende a ser menos usada, pelos efeitos depressores que tem sobre o feto. Os sedativos pelo seu efeito hipnótico, não retiram a dor, mas a parturiente não está consciente. Dado este efeito, por transmissão uteroplacentar, no momento do nascimento, o recém-nascido pode apresentar depressão respiratória ou diminuição nos reflexos, estando a parturiente mais predisposta a hemorragia pós – parto. Os narcóticos, mais utilizados são os opiáceos, sendo o seu recurso frequente sempre que esteja contra-indicado bloqueio epidural. Os seus efeitos secundários, são sobretudo no feto, podendo resultar índices de Apgar baixos, deficiente perfusão de oxigénio e alterações no exame neurológico (Graça et al 2005). A anestesia inalatória, quando utilizada, tem um efeito analgésico com alterações na consciência, não interferindo com a dinâmica do trabalho de parto. Pode também ser utilizada como complemento da anestesia geral balanceada, em partos distócicos por cesariana ou fórceps (Cunningham et al , 2002).

A analgesia epidural, foi descrita pela primeira vez em 1884, sendo que a sua primeira aplicação em obstetrícia ocorreu em 1909 na Alemanha por Stockel, sendo iniciada a sua utilização nos partos por cesariana apenas em 1973 (Graça et al 2005). O bloqueio epidural permite obter uma anestesia através da administração de agente anestésico no espaço epidural (Ziegel, & Cranley 1985). Referem ainda estes autores que este bloqueio, por norma, é feito quando está instalado o trabalho de parto activo com uma dilatação cervical de três a quatro centímetros.

No recurso a este método farmacológico, há a considerar as indicações, vantagens e complicações. Para Graça et al (2005) as indicações podem ser:

1) Obstétricas:

- indução do trabalho de parto;
- distócias dinâmicas;
- parto pré-termo:

- apresentação pélvica;
- apresentação occipito posterior persistente;
- gravidez gemelar;
- hipertensão arterial
- cesariana.

2) Anestésicas

As indicações anestésicas são para este autor:

- Antecedentes pessoais de entubação oro-traqueal difícil;
- ter o estômago cheio.

3) Médicas

Como indicações médicas o autor refere:

- cardiopatias;
- infecções respiratórias
- doença pulmonar crónica obstrutiva;
- asma;
- obesidade;
- diabetes.

Relativamente às vantagens da analgesia epidural o autor salienta que:

- As contracções vão-se tornando indolores ao longo do trabalho de parto;
- A colaboração entre a parturiente e o obstetra é promovida mais facilmente;
- Evita o recurso a anestesia geral se surgirem complicações;
- Facilita as manobras nos partos instrumentais;
- Garante analgesia no período pós-parto;
- Auxilia nas manobras de expressão uterina;
- Diminui o incómodo provocado pela posição ginecológica no período expulsivo;
- Reduz o desgaste físico e psíquico dos profissionais que trabalham na sala de partos.

No que respeita às complicações, estas podem relacionar-se com os aspectos técnicos e/ou com os efeitos secundários, e nestes, o autor identifica:

- hipotensão artéria materna;
- tremores, prurido, náuseas e vómitos;
- retenção urinária;
- complicações hemorrágicas e neurológicas.

Graça et al (2005) salientam ainda que a execução da técnica epidural tem contra indicações salientando como contra-indicações absolutas, a recusa da parturiente,

hemorragia grave ou shock, alterações da coagulação e hipotensão acentuada. Como contra-indicações relativas consideram a obesidade extrema, doenças neurológicas centrais e periféricas, cardiopatias congénitas estenose da aorta, cefaleias crónicas e suspeita de sofrimento fetal.

A tendendo a todos estes aspectos, este método analgésico tem demonstrado ser eficaz e satisfatório na perspectiva das parturientes. Para Bonica (cit por Graça et al, 2005), 85 a 90% das parturientes que foram submetidas a esta técnica obtém alívio completo da dor, 7 a 12% referem algum alívio e 2 a 3% referem não sentir qualquer alívio. Nysted et al (2004) na sua revisão de literatura concluíram que a analgesia epidural é um método considerado como eficaz no alívio da dor do trabalho de parto, quer na perspectiva das parturientes, quer na dos técnicos de saúde, devendo estes dar informação ao casal sobre os possíveis efeitos secundários. Porém, diversos artigos por eles analisados demonstraram a associação desta analgesia com distócias, nomeadamente por cesariana. Salienta-se ainda, que a maioria das mulheres que fizeram analgesia epidural eram primíparas, com um trabalho de parto prolongado. A concluir, os autores referem a necessidade de mais pesquisa para melhor esclarecimento dos efeitos secundários inerentes a este tipo de analgesia.

A aplicação desta técnica farmacológica requer por parte dos técnicos de saúde cuidados específicos. Para McDonald (2003) devem ser monitorizados os batimentos cardíacos fetais, as contracções uterinas, a dilatação cervical e a avaliação da progressão fetal, mantendo a parturiente em decúbito lateral. A este respeito, Bobak (1999) recomenda que o enfermeiro posicione o a parturiente em decúbito lateral e garanta o seu fácil acesso à campainha, devendo monitorizar os sinais vitais maternos a actividade contráctil, a avaliação da progressão do trabalho de parto e da apresentação fetal.

A escolha do método anestésico em obstetrícia, deve atender às eventuais complicações da gravidez onde se consideram a diabetes, toxémias, doenças cardíacas, apresentação, posição e maturidade fetal, hora da ingestão de alimentos, disponibilidade do anestesista e o desejo da mulher (Ziegel, & Cranley 1985). Deve ser considerada a percepção da mulher sobre o seu comportamento, e se planeou um parto sem o recurso a métodos farmacológicos, mas posteriormente aceita a medicação, ao enfermeiro compete garantir suporte e informação (Bobak 1999).

5 - Cuidados de enfermagem à parturiente

Os cuidados prestados à mulher em trabalho de parto, remontam aos tempos mais ancestrais da história da humanidade. Não se sabe em que época surgiu o conceito de parteiro ou assistente tradicional de parto, porém, todos os dados históricos indicam que as crianças eram ajudadas a nascer apenas por mulheres, sendo chamado o médico só em caso de complicações (O'Dowd & Philip, 1995). Segundo Donnison (1977, cit. por Kitzinger, 1996), em Inglaterra na época elisabetiana, a mulher dava à luz rodeada de “tagarelas”, onde se incluía a mãe, e consumia grande quantidade de bebidas fortes. Os cuidados prestados às parturientes e os rituais associados ao parto têm sido variados ao longo dos tempos e de acordo com as sociedades. A exemplo de grupos tradicionais, na China, alguns desses grupos consideram a parturiente como um ser detentor de substâncias perigosas e poluidoras para os homens, pelo que estes evitam estar presentes no parto, afastando-se de qualquer contacto com a mulher no mês que se segue ao parto (Helman, 1994). Este autor refere ainda que numa revisão de literatura, MacCormack afirma que na América Latina, Norte da Tailândia, Índia, SriLanka e África Ocidental as parturientes adoptam diversos posicionamentos, que podem variar entre o ficar em pé, de cócoras ou sentadas e na última fase do trabalho de parto apoiam-se em alguém ou em algum objecto, sendo acompanhadas pelas assistentes tradicionais do parto que asseguram um modelo não tecnológico do nascimento e do parto.

A assistência à mulher no parto sempre foi reconhecida e o percurso das parteiras vem descrito na literatura, destacando-se o contributo de Florence Nigthingale que quando criou a escola de enfermagem em St Thomas, desejou melhorar o estatuto das parteiras, preparando-as para trabalhar em áreas rurais mais desfavorecidas (O'Dowd & Philip, 1995). Outrora a assistência à mulher em trabalho de parto, era atribuída a outras mulheres que tinham a responsabilidade de ajudar a amiga, vizinha ou parente durante o trabalho de parto (Kitzinger, 1996).

A evolução dos cuidados em obstetrícia, trouxe progressos na assistência ao parto, sendo que aperfeiçoou e fez evoluir a área da enfermagem em saúde materna. A actuação da enfermagem assenta em saberes que se vão construindo na vida profissional

e pessoal, devendo estes, ser actualizados e aperfeiçoados com base na investigação científica. A enfermagem na maternidade centra os seus cuidados na grávida e família, nos vários estádios da gravidez, do nascimento e do puerpério (Bobak, 1999).

Embora haja já alguns métodos postos em prática, o trabalho de parto e o parto implicam ainda uma experiência dolorosa, pelo que é necessário cuidar a mulher com dor em todas as suas dimensões atendendo a que o crescente avanço científico e tecnológico, ajuda a que o ser humano não continue a sofrer. O deficiente conhecimento acerca da dor por parte de alguns profissionais de saúde e da sua correcta e regular avaliação tem sido referenciado como um dos obstáculos à gestão da dor (Carr, 2002).

A dor nunca foi definida ou compreendida de forma satisfatória, sendo percebida como uma sensação dolorosa e a reacção a essa dor pode diferir tanto na mesma pessoa como noutras. (Phipps et al, 1990). Relativamente à dor no trabalho de parto, tem-se verificado uma crescente preocupação e interesse por parte dos profissionais de saúde, em proporcionar alívio e prevenir complicações que podem ser físicas ou psicológicas. Um estudo recente de 211 mulheres com experiência de dor no trabalho de parto e no parto, revela que essa experiência pode provocar desordens mentais estando fortemente relacionada com a depressão e dificulta a relação mãe/filho (Hiltunen 2004).

A enfermagem, pela sua natureza holística, valoriza o cuidar humano numa abordagem bio psicossocial, acreditando que a experiência do parto no ser humano, é susceptível de diversas reacções e descrições, reconhece o papel do enfermeiro como fundamental para o suporte ao longo do trabalho de parto, que pode ser mais ou menos prolongado no tempo. A duração do trabalho de parto pode variar podendo ir no máximo até vinte e quatro horas. Autores como Ziegel, & Cranley (1985) refrem que nas pímíparas a média de duração é de aproximadamente doze horas e meia podendo ser variável e dividido pelas várias fases do trabalho de parto. A primeira fase durará onze horas, a segunda setenta minutos e a terceira etapa dez minutos. Para Bobak (1999) numa primípara a variação média da primeira fase do trabalho de parto pode variar ente cerca de três horas e dezanove horas e meia. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetricia procura proporcionar alívio nestas várias fases, e o alívio da dor descrito na literatura não se restringe aos recursos farmacológicos, sendo necessário estabelecer uma relação de ajuda, esta pressupõe estar com alguém que necessita ver satisfeitas as suas necessidades básicas (Lazure, 1994).Atendendo a que o desconforto sentido durante o trabalho de parto, pode causar alterações de carácter afectivo, manifestado por ansiedade, choro e gemido, devem ser valorizadas estas

manifestações de dor. A confiança, a massagem e o suporte emocional, são os métodos tradicionalmente utilizados pelas parteiras. (Vincent-Priya 1992 cit. Squire 2000).

A intervenção de enfermagem é importante e necessária, também no que respeita à preparação para o parto, e que deve ser feita preferencialmente durante a vigilância da gravidez onde devem constar momentos de educação para a saúde e preparação para o parto, para assim serem capazes de ultrapassar o medo do desconhecido e a ansiedade quando vivenciam a experiência do trabalho de parto. Alertar para os sinais e sintomas do início do trabalho de parto, bem como para os procedimentos inerentes, para que se sintam preparadas, devendo este ensino ser feito preferencialmente ao casal, para que a sua experiência de parto seja positiva

Durante a gravidez a mulher preocupa-se em obter informação sobre o parto, despertando-lhe à atenção estes temas que encontra no mais variado tipo de revistas, livros, filmes, documentários, conversar com outras mulheres, nas consultas de vigilância da gravidez e em aulas de preparação para o parto. Tem alguma curiosidade sobre o parto e como deve proceder procurando informação em algumas figuras de referência. Para Canavarro (2001) a grávida procura nos modelos maternos, especialmente na mãe formas de se comportar e de se preparar, assim como à família para a chegada de um novo elemento. Frequentemente apercebemo-nos da ambivalência existente nas grávidas, entre o desejo de chegar ao fim, porque se sente muito cansada, desconfortável, desejo de ver o filho, o medo do parto e de possíveis complicações.

Ao assistir a mulher em trabalho de parto, o enfermeiro ajuda de forma activa num acontecimento que é único e pessoal, pelo que os seus conhecimentos nesta área da saúde permite um suporte adequado. A qualidade dos cuidados de enfermagem traduz-se pela avaliação correcta das necessidades da díade mãe/filho, implementando acções eficazes. Tal com refere Reeder et al (1995), a avaliação da experiência de dor na parturiente pode incluir o reconhecimento dos sinais físicos de dor, valores da mulher/casal e valorização das queixas dolorosas, pelo que é necessário atender à subjectividade da dor e aceitar a individualidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, ao cuidar da mulher em trabalho de parto, procura proporcionar-lhe um ambiente calmo, privacidade, segurança, disponibilidade e através de uma comunicação verbal e não verbal transmitir confiança e optimismo. É importante saber-se quais os conhecimentos

prévios ao parto para que a informação /orientação seja adequada para ajudar a identificar as alterações inerentes ao trabalho de parto.

O conhecimento aprofundado das adaptações maternas à gravidez permite que o enfermeiro mais facilmente identifique e satisfaça as necessidades das parturientes (Bobak, 1999). Sabendo que o trabalho de parto, é um acontecimento que se pode prolongar por algum tempo, e ao qual se associam diversos fenómenos, é importante que se assegurem medidas de apoio à parturiente. O enfermeiro que assiste a mulher durante o trabalho de parto, deve considerar como importante: a observação cuidadosa da mãe e do feto, para despiste de complicações, bem como da avaliação minuciosa da evolução do trabalho de parto (Ziegel, E. & Cranley 1985). Por outro lado, Bobak (1999) entende que os cuidados de enfermagem a uma parturiente devem incluir: ajuda à mulher para participar no nascimento, à medida dos seus desejos, satisfazer os resultados por ela esperados, ajudá-la a manter a sua energia e a controlar o desconforto.

Para Reeder et al (1995) no processo de avaliação da parturiente, a caracterização das contracções e o seu efeito na dilatação cervical, é uma etapa a valorizar, pelo que compete ao enfermeiro ajudar a mulher a descrever as características da percepção dolorosa, para melhor reconhecer outros factores relacionados com esta percepção. Ainda para este autor, é importante que se identifiquem precocemente situações precipitantes da ansiedade que podem interferir com a percepção da dor, pelo que o contributo do enfermeiro com vista à diminuição da ansiedade passa pela esclarecimento sobre o trabalho de parto e orientação para adopção de medidas de alívio.

Os cuidados prestados à parturiente são individualizados e têm em vista o bem-estar materno e fetal. Bobak (1999) descriminou do seguinte modo alguns diagnósticos de enfermagem que considerou como relevantes para intervir e garantir o conforto durante o trabalho de parto:

- Alteração da perfusão dos tecidos relacionados com o efeito da analgesia e da posição materna;
- Dor relacionada com o trabalho de parto,
- Baixa de auto-estima relacionada com a percepção negativa do comportamento;
- Ansiedade ou medo relacionados com os procedimentos analgésicos;
- Alto risco para acidentes maternos relacionados com o efeito da analgesia
- Alto risco para traumatismo fetal relacionado com efeitos secundários da analgesia.

6-Aspectos emocionais na parturiente

Para melhor compreensão da dor, Wall (2002), propõe a consideração dualista defendida pela maioria dos filósofos, de que somos duas partes distintas: corpo e mente, sendo esta responsável pela operacionalização da informação sensorial, através de processos mentais, nomeadamente a percepção, o afecto, a memória, os actos conscientes e as formas de agir. Descartes defendia que a percepção da dor, deveria ocorrer numa zona específica da mente onde esta observava o corpo Bonica (2003). Aristóteles na sua teoria afectiva considerava a dor como uma emoção, mais do que uma sensação ela representava o contrário de prazer (Melzack & Wall 1987). Não raras vezes, ouvimos a referência à dor física ou à dor psicológica entendida exclusivamente como uma emoção. Mas numa realidade essencialmente fisiológica, ela tem as duas componentes. “A dor é sempre acompanhada por uma emoção e um significado, pelo que cada dor é única para o indivíduo” (Wall 2002:49). Da literatura consultada, verifica-se que há um interesse crescente pelo estudo da emoção nas várias áreas do conhecimento, nomeadamente na psicologia, filosofia, antropologia e história. Fazer uma abordagem das emoções é um trabalho complexo, dado que as causas da emoção devem ser abordadas atendendo à personalidade ao ambiente e à cultura Lazarus(1991, cit por Strongman 2004). As emoções são um meio que nos ajudam a interagir com o meio ambiente. (Plutchick, 1980 cit por Chalifour 1989).

Izard (1972,1977 e 1991 cit por Strongman 2004) refere dez emoções fundamentais no nosso sistema motivacional principal e que são: interesse, prazer, surpresa, tristeza, raiva, repugnância, desprezo, medo, vergonha e timidez. Das pesquisas feitas, constatou-se que há autores que agrupam de forma descritiva as emoções em função de condições particulares. Assim, a cólera, o medo o desgosto e a alegria, são consideradas emoções primárias. A dor, o desgosto e o prazer, constituem-se como emoções associadas aos estímulos sensoriais. Nas emoções da percepção de si, salientam-se o sucesso e o insucesso, a vergonha e a altivez, a culpabilidade e o remorso. Nos dois pólos extremos estão o amor e o ódio que se inserem na categoria das emoções associadas à relação entre os indivíduos. Os sons, as palavras e as cores são

emoções que resultam da comunicação com o meio ambiente (Krech et al (1979) cit por Chalifour 1989:45).

A atitude da mulher perante a gravidez e a maternidade é variável, mas é sempre envolta por sentimentos que podem ser mais ou menos exteriorizados. Sabe-se que, a gravidez e a maternidade estão presentes desde o início da adolescência e fazem parte da carga emocional que nos é transmitida pelo ambiente (Mendes, 1995). A propósito da atitude da mulher perante a gravidez, o autor salienta ainda a importância da atitude psicológica prévia à gravidez, onde distingue uma vertente positiva marcada pelo significado da gravidez para a mulher e para a sociedade, e uma vertente negativa caracterizada por aspectos associados ao risco da gravidez, à possibilidade de ter o filho com deficiência, ao medo do sofrimento, e às mudanças no estilo de vida. O autor considera também como importante a atitude perante a expectativa da gravidez, a aceitação da gravidez e os medos da gravidez. Neste âmbito os medos estão sobretudo associados ao medo do desconhecido, medo de ter um filho com deficiência ou nado morto e o medo da dor do parto.

É possível constatar que as mulheres em trabalho de parto podem ter várias formas de se comportar, podendo atingir os extremos, aceitar a dor e conter-se de forma a obter um comportamento controlado, ou entrar em histeria sendo incapazes de se controlar emocionalmente. As emoções e a forma como elas são exteriorizadas estão dependentes da personalidade, do significado dos acontecimentos e dá sentido à vivência humana, determinando comportamentos que se adoptam em diversas circunstâncias. Atendendo ao significado da dor no nascimento de um filho, a ansiedade manifestada pode estar também dependente das expectativas para o parto. Um estudo exploratório teve como objectivo examinar a relação entre as expectativas do nascimento com a ansiedade e a experiência vivida, e avaliar o efeito da paridade perante as expectativas e a experiência do parto. Os resultados revelam que as expectativas estão associadas à experiência do nascimento, porém, as correlações eram baixas. Verificou-se ainda que as expectativas negativas que são criadas durante a gravidez estão associadas a altos níveis de ansiedade. Entre as primíparas e as múltiparas, as diferenças das expectativas pareceu estarem mais relacionadas com a experiência do nascimento (Ayers & Pickering, 2005).

Sabe-se que a dor constante pode causar tristeza e medo, e tornar a pessoa mais frágil aumentando o stress e a ansiedade, criando-se muitas vezes o ciclo tensão

muscular, ansiedade, stress e dor podendo ser quebrado com o relaxamento muscular que diminui a tensão emocional e a ansiedade aumentando a tolerância à dor (Reis, 1995). A dor intensa vivida no trabalho de parto, pode causar na mulher alterações emocionais importantes a longo prazo, e afectar a sua saúde mental, influenciando a relação com o bebé durante os primeiros dias pós – parto (Kartchner, 1950, Roger's, 1956, & Melzack, 1984, cit por McDonald, 2003). Assim sendo, a ajuda à parturiente requer uma compreensão dos seus medos e preocupações, uma vez que as questões emocionais do parto podem estar associadas à vivência da dor.

Os cuidados de enfermagem na maternidade, tendem a prevenir estas complicações, emocionais e durante a vigilância do trabalho de parto os cuidados pressupõem a implementação de um planeamento que vise avaliar e intervir a nível das reacções fisiológicas e emocionais maternas e do companheiro (Bobak, 1999). Para Cunningham, et al (1996) as principais preocupações da mulher grávida prendem-se com o bem-estar fetal e com a dor do parto, devendo ser este aspecto considerado pelos profissionais de saúde. No que respeita à experiência da dor do trabalho de parto, se esta for vivida de forma negativa os seus efeitos podem deixar marcas indeléveis. Para Kitzinger (1984) as mulheres que tiveram um parto doloroso e se sentiram humilhadas e rebaixadas pela dor, durante toda a vida recordam essa experiência e a sua atitude em relação ao parto afecta outras mulheres e homens.

Para minorar a influência dos medos e das inseguranças, defende-se que haja uma preparação prévia ao parto, assegurando informação à grávida e marido constituindo-se assim, uma educação para o parto sendo imperativo que nestas sessões se prepare o estado de espírito da grávida. (Kitzinger, 1984). Ainda para esta autora, “É justo para ambos que também o homem tenha educação para o parto, e seja capaz de dar apoio positivo, de antecipar as reacções dela e de a guiar na sua tarefa.” (Kitzinger, 1984:210).

7 - Formulação do Problema

A complexidade e a subjectividade da dor, bem com as diversas formas de manifestação na vivência de processos dolorosos, têm sido objecto de estudo e análise. “Trata-se de uma experiência iminentemente pessoal, que depende da aprendizagem cultural e do significado atribuído à situação e de outros factores essencialmente individuais” (Melzak & Wal, 1987;28). Normalmente interpretada como sinónimo de castigo ou punição, a dor é vivenciada por todos nós, embora de formas e com intensidades diversas. A dor do parto, tem sido estudada, mas na literatura revista, não se encontram estudos que foquem de forma satisfatória o comportamento das parturientes primíparas, dos seus maridos enquanto acompanhantes e das enfermeiras perante este tipo de dor. Verifica-se uma crescente valorização nos recursos ao alívio da dor no trabalho de parto, sendo mais descritas as técnicas psicoprofiláticas, (Bobak, 1999), e a analgesia epidural, (Heinze & Sleigh, 2003; Nystedt, 2004), menos referidas são a acupressão, (Lee et al, 2004); a hipnose (Gibson & Heap, 1991, cit Furnham et al, 2005), e a acupuntura (Lewith, 2000). Relativamente à preparação psicoprofilática para o parto, um estudo de Leventhal et al (1989), cit por Figueredo et al (2002), concluiu que o facto das mulheres frequentarem essas aulas permite-lhes uma participação activa durante o trabalho de parto, diminuindo o mal-estar e a dor. Relativamente à analgesia epidural no trabalho de parto, esta constitui-se como um método farmacológico eficaz na redução da dor, com o mínimo de consequências para o feto (Direcção Geral de Saúde, 2001), porém, estudos recentes, contrariam um pouco esta ideia. Walker e O’Brien (1999), cit por Figueiredo et al (2002), avaliaram o efeito da analgesia epidural no parto, sobre as diversas dimensões do trabalho de parto, fazendo também a avaliação do recém-nascido. Analisaram 233 processos clínicos de primíparas, com idades compreendidas entre os 14 e os 39 anos, e compararam o grupo de mulheres submetidas a analgesia epidural, com o grupo de mulheres que não foi submetido a esta técnica. Os resultados revelaram a existência de um maior número de partos instrumentais e de cesarianas, no primeiro grupo. Verificaram ainda que os Índices de Apgar dos recém-nascidos ao 1º e aos 5º minutos de vida eram mais baixos no grupo que recorreu ao epidural.

Apesar dos investimentos técnico científicos com vista ao alívio da dor no trabalho de parto, a mulher ainda vivência a dor. Costa et al (2003), num estudo cuja amostra era composta por 115 primíparas utentes da consulta externa da Maternidade Júlio Dinis, pretendeu estudar a experiência de parto na mulher, atendendo às expectativas, à satisfação e à dor no parto e no puerpério imediato. Dessa amostra, 46,1% teve parto eutócico, sendo que 24,4%, foram submetidas a analgesia epidural e 21,7% não recorreu a qualquer tipo de analgesia. Verificaram então que para 56,6% das participantes, o parto foi bastante ou muito doloroso, 25,7% referiu ser um pouco doloroso e 17,7% referiu ser absolutamente nada doloroso.

As mulheres não se esquecem por completo da dor do trabalho de parto, e a recordação não é de todo exacta, inferindo-se assim, que as recordações da dor do parto podem traduzir-se como negativas em algumas mulheres, mas há maior probabilidade de traduzir consequências positivas (Niven & Murphy, 2000). Há estudos que focam as consequências da dor sentida ao longo do trabalho de parto nos comportamentos durante o período puerperal, porém, são contraditórios. Num estudo sobre a evidência do aparecimento da depressão pós – parto, e a sua etiologia, a dor e a perda de controlo durante o trabalho de parto foram referidos como factores predisponentes a desordens de stress pós - traumático (Reynolds, 1997.cit Hiltunen et al, 2004). Contudo, os dados não eram consistentes, e num estudo recente verificou-se que a dor forte e o inadequado alívio da dor, desiludiram as mulheres ou levaram à necessidade de intervenção cirúrgica de urgência, mas não associou a depressão pós-parto (Saisto et al, 2001, cit Hiltunen et al, 2004). Pelo contrário, outro estudo faz uma forte associação entre a dor do trabalho de parto e as desordens mentais, dificultando a ligação mãe/filho (Kumar, 1997, cit Hiltunen et al, 2004).

Sabe-se que as emoções condicionam os comportamentos, e quando vivenciadas durante o processo doloroso condicionam de forma importante tanto a percepção como os comportamentos (Melzack, 1987). Alguns autores acrescentam a componente emocional à dor mas não a relacionam com o parto (Melzack, 1987; Damásio, 2002). Neste âmbito, encontram-se estudos com referência aos medos onde era incluído o medo da dor do parto (Melender, 2002). A autora, refere que os medos associados à gravidez e ao parto são expressos por comportamentos, emoções e sensações físicas. Observações feitas por alguns autores demonstram que a experiência do parto é para a maior parte das mães essencialmente marcada pela falta de controlo, de desorientação espaço-temporal, ansiedade, medo, raiva, tristeza, zanga, cansaço e dor (Leventhal et

al., 1989; Lyons, 1998; Risk, Nasser, Thomas, & Ezimokhai, 2001; Thune-Larsen & Pedersen, 1989) cit por Costa et al (2003). As medidas de conforto, ambiente seguro, privacidade, informação, sustentação emocional, acompanhamento do profissional, foram relatados por mulheres, como sendo fontes de apoio e alívio da dor (Lowe, 2002). Uma reflexão crítica sobre as diversas componentes da dor no parto, e o confronto com alguns dados pouco satisfatórios, determinam a necessidade de mais pesquisa nesta área. É possível observarem-se comportamentos com reacção à dor (Chapman, 2000), mas são necessários mais estudos para que seja feita uma descrição das respostas comportamentais perante a dor, aleando a estas, os valores, as percepções e as preferências para obter alívio (Marmor & Krol, 2002). Callister et al (2003), concluem no seu estudo, que a compreensão do significado da dor, das diversas estratégias para com ela lidar, e dos comportamentos adoptados, atendendo ao back-ground cultural, podem contribuir para uma prestação de cuidados com qualidade e tornar a experiência do parto positiva.

O nosso estudo tem por objectivo, compreender os comportamentos de primíparas por ser a primeira experiência de parto, seus maridos e das enfermeiras perante a dor.

8 - Método

8.1. - Participantes

Os participantes neste estudo, são onze parturientes com idades compreendidas entre os vinte e os quarenta anos, apenas duas exercem uma actividade profissional (empregadas de balcão), cinco enfermeiras com a especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia com experiência profissional na área, entre os dois e os oito anos, e dois maridos com idade entre os vinte e oito e trinta anos com primeira experiência de paternidade e que acompanharam as mulheres no trabalho de parto. As parturientes são todos primíparas, duas das participantes tinham história de abortos anteriores, todas estavam com uma gravidez de termo, em trabalho de parto espontâneo ou induzido.

8.2. - Procedimento

Os participantes neste estudo, foram contactados no bloco de partos do Hospital do Espírito Santo em Évora após autorização desta instituição. A recolha da amostra foi efectuada no bloco de partos do Hospital do Espírito Santo em Évora, após contacto telefónico com as enfermeiras de serviço que confirmavam a existência de primíparas em trabalho de parto.

A apresentação às parturientes e os maridos foi feita pelas enfermeiras que estavam de serviço, nos respectivos quartos, e após o primeiro contacto foi feita a apresentação dos objectivos do estudo e dada a informação de que a utilização dos dados seria exclusivamente para este fim, pediu-se que fosse assinado na minha presença o consentimento informado (Anexo E) para a participação sendo assegurado o anonimato, a confidencialidade e dada a liberdade em qualquer momento se fosse seu entendimento. Durante o trabalho de parto foram feitas as observações livres, e feita a aplicação do questionário McGill da dor. No dia seguinte ao parto foi feita a entrevista às puérperas, no quarto que lhes tinha sido atribuído, após o horário das visitas da tarde, sendo igual o procedimento para os maridos. O processo da recolha de dados, foi baseada em entrevistas semi- estruturadas, gravadas e transcritas e na observação livre feita maioritariamente, na transição da fase lactente para a fase activa do trabalho de

parto, por ser o momento em que as queixas dolorosas são mais intensas antes da administração da analgesia epidural, sendo aplicado no mesmo momento àquelas que não se submeteram a esta técnica. Após cada observação foram escritas notas para caracterizar e interpretar os momentos.

8.3. - Instrumentos

Entrevistas semi-estruturadas, e observações livres - As perguntas iniciaram-se com uma questão inicial, “Sabemos que o trabalho de parto provoca dor, concerteza também teve, como foi para si esta experiência?” para incentivar a falar do tema, sendo que as outras perguntas foram feitas de acordo com o desenvolvimento da entrevista. O procedimento foi igual na entrevista feita aos maridos, sendo que a questão inicial era – “Agradeço então o facto de colaborar para o meu estudo e ia começar por perguntar se foi uma opção sua acompanhar a sua mulher na Sala de Partos?”. As observações livres foram feitas sem interferência nos procedimentos, pelo que foi adoptada uma posição discreta com menor proximidade nos momentos de aplicação de algumas técnicas nomeadamente da analgesia epidural e na avaliação do trabalho de parto. Foram elaboradas anotações de forma cronológica, onde se registaram expressões verbais e não verbais de todos os intervenientes procurando assegurar a interpretação dos factos do contexto em análise. Para Quivy (1998) na observação deve tentar-se que os dados recolhidos permitam avaliar aspectos com impacto no fenómeno em estudo.

Questionário da dor de McGill este, foi elaborado por Melzack e Torgerston que em 1971, desenvolveram um longo e complexo estudo em que classificaram palavras obtidas através da literatura médica e atendendo aos diferentes aspectos da dor, que foram posteriormente agrupadas em categorias (que descrevem atributos do ponto de vista, sensorial, afectivo, avaliativo e misto), e 20 sub classes. Cada subclasse contém palavras que parecem similares, mas fornecem variações na sua intensidade, podendo ser importantes para ajudar o doente a encontrar uma designação adequada. Considerando a concordância entre a intensidade e a descrição da dor nos indivíduos com um background cultural, socioeconómico e educacional deferentes, desenvolveu-se o questionário multidimensional da dor, conhecido como questionário da dor de McGill. Na sua estrutura, a categoria sensorial (subclasses de 1 a 10), refere-se às propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da dor, a categoria afectiva, (subclasses de 11 a 15), descreve os aspectos afectivos da dor, nomeadamente a tensão e o medo, a componente avaliativa (subclasse 16), permite expressar a avaliação da dor sentida. A categoria

mista inclui as subclasses de 17 a 20. O questionário McGill da dor, inclui também uma escala de intensidade da dor, com valores entre 0 e 5, um diagrama corporal, para indicação do local da dor, podendo também avaliar a periodicidade e duração da dor. Através da aplicação deste questionário é possível calcularem-se diversos índices: a) Índice de quantificação da dor (PRI-Pain Rating Index), neste sistema é atribuído o valor 1 à palavra que corresponde à menor dor em cada subclasse, a palavra seguinte tem o valor 2, e assim sucessivamente. O somatório do valor das palavras escolhidas dá uma pontuação separada por categorias ou uma pontuação total para todas as categorias. b) Quantidade de palavras escolhidas (NWC-Number of Words Chosen) c) Combinação do número de palavras escolhidas, (PPI-Present Pain Índice) e que são indicadores da intensidade da dor. O questionário McGill da dor, permite dar de forma esclarecedora dados sobre a intensidade dolorosa, assim como os seus aspectos quantitativos (Melzack, 1982). A versão original deste questionário tem sido submetida a adaptações e traduções para outras línguas, sendo possível encontrar também em língua portuguesa, à qual recorreremos (Martins, 1990). (Anexo F)

8.4 - Análise dos Dados

O método de análise dos dados, é a Grounded Theory, esta, constitui-se como um método que se propõe gerar uma teoria, de forma a contribuir neste estudo para um melhor conhecimento dos comportamentos dos indivíduos perante a dor do trabalho de parto. A recolha dos dados foi feita em simultâneo com a sua análise, tal como preconiza o método “Grounded Theory”, sendo este procedimento essencial para a recolha de dados subsequentes (Strauss & Corbin 1990), *trata-se de um método que assenta sobretudo no contexto da descoberta, e não num modelo de verificação*. Os dados foram descobertos através de um processo analítico, no qual se identificaram os conceitos. *O processo de análise, através da sua codificação permite a separação dos dados, a identificação de algumas categorias, suas propriedades e dimensões* (Glaser 1978).

As gravações das entrevistas, foram transcritas e analisadas, a partir da análise cuidada de cada entrevista bem como das observações não estruturadas, que foram também transcritas, codificadas e analisadas, linha a linha ou por parágrafos, onde foram identificados vários incidentes, dos quais foram retiradas ideias procurando aspectos similares ou diferentes que deram origem a categorias sendo feita uma conceptualização em memorandos. As categorias foram constantemente comparadas

entre si e à medida que os incidentes se repetiam, fez-se a comparação entre eles, para melhor perceber a necessidade de recolha de novos dados, visando uma concepção coerente. De acordo com Pires (2001) o método de comparação constante permite que o investigador faça gerar uma teoria integrada, consistente, plausível e próxima dos dados. Por haver dados de fontes distintas, ainda que do mesmo fenómeno, os resultados foram confrontados sistematicamente. Alguns incidentes, foram remetendo para categorias já criadas, o que levou a uma maior reflexão dessa categorias aprofundando as questões implícitas entre elas.

O processo de codificação e comparação constante, foi possível perceber a emergência de uma categoria central, que denominamos – Controlo Perante a Dor – verificando-se que os seus dados tinham implicações nas restantes categorias. À medida que o processo se foi desenrolando, verificou-se que os incidentes identificados, tinham atingido a sua saturação, verificando-se uma tendência para a repetição de categorias., não havendo por isso, mais ideias a acrescentar. O modelo foi emergindo de forma gradual, sendo que as categorias encontradas permitiram a contextualização do aspecto multidimensional da dor, podendo caracterizar o comportamento e relacioná-lo com diversos factores.

Atendendo à subjectividade da dor, e após termos feito algumas observações e entrevistas entendemos que seria vantajoso para o estudo obter a identificação de adjectivos que caracterizassem a dor das parturiente, pelo que foi aplicado o questionário de McGill da dor, adaptação para língua portuguesa, a oito das parturientes que participaram no estudo, na transição da fase lactente para a fase activa do trabalho de parto, tendo sido feita a explicação de que deveriam escolher apenas as palavras que descrevessem a sua sensação dolorosa no momento.

9 - Resultados

Olhando para os aspectos ressaltados da análise dos dados, destacam-se as **queixas dolorosas** apresentadas pelas parturientes, às quais reagem de duas formas distintas, sendo que na primeira há uma **rejeição da dor**, atendendo a que actualmente, algumas grávidas, têm conhecimento prévio da existência da analgesia epidural como *recurso eficaz*, e quando são admitidas nas maternidades, tendem a solicitá-la evitando passar por esse processo de dor (ver figura 1). Embora seja a primeira experiência de parto, o evitamento da dor, pode por vezes ter por base, uma certa influência da *opinião de terceiros*. Apesar do recurso a esta técnica, há ainda quem não a aceite, ao que parece por receios, fruto de falta de informação modificando a sua opinião à medida que vão tendo a *experiência dolorosa*. Ainda assim, embora de forma minoritária, existem algumas mulheres que desejam ter o seu filho de forma natural parecendo haver uma **aceitação da dor** através de uma **mentalização** para essa vivência de dolorosa.

Nem todas as mulheres reagem à dor de forma controlada, embora façam um esforço para se conterem. Parece-nos ser este, o aspecto que ressalta, e está relacionado com alguns factores intervenientes para que se consiga por parte das parturientes um comportamento controlado, sendo esta a categoria central, à qual foi atribuída a designação de **controlo perante a dor**. É um fenómeno complexo, caracterizado pela **personalidade**, já que na perspectiva de enfermagem, a forma como as pessoas estão na vida e encaram as dificuldades pode ser uma condicionante para lidar com a dor do parto e aceitá-la sem dramatizar. Encarar com pessimismo situações que causem *dificuldade*, aumenta o sofrimento e compromete a capacidade de *controlo*. Também a **cultura**, pode ser uma *barreira* nas relações interpessoais, tanto pelas dificuldades linguísticas como pelo modo como se comportam no parto baseada nos princípios em que se regem, sendo que muitas vezes a execução de determinadas práticas por elas desejadas e propostas não são compatíveis com os procedimentos hospitalares. A **aceitação da gravidez**, é também salientada considerando que o facto de se aceitar a gravidez e a *mentalização* para passar pelo processo do parto, são, para as enfermeiras, aspectos importantes e que determinam a capacidade das mulheres em obter *controlo*

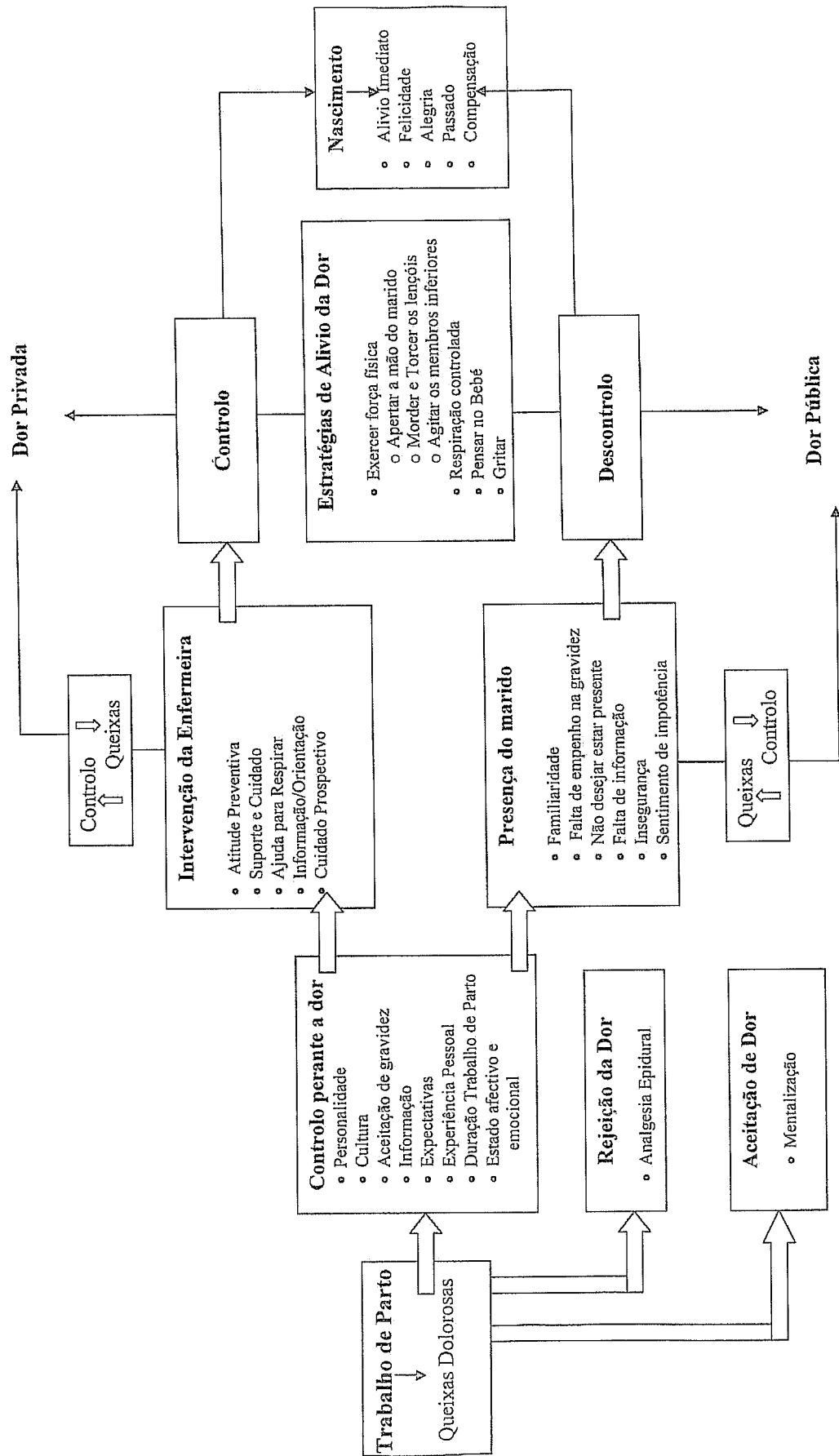


Fig.1 Modelo do Comportamento da Dor no Trabalho de Parto em Primíparas

durante o trabalho de parto. Ainda para as enfermeiras, a não-aceitação da gravidez além de mais facilmente desencadear comportamentos descontroladas, pode levar a uma situação oposta, verificando-se pelo contrário, que fiquem pouco comunicativas. Deve ser dada à grávida durante a vigilância de saúde informação que lhe permita preparar-se para o parto, porque parece haver muita **desinformação**, verificando-se que a maioria das entrevistadas procura obter alguns conhecimentos sobre a gravidez e o parto, sendo diversas as *fontes de informação*. Acreditam que estão bem informadas, e por vezes deparam-se com situações que não esperavam podendo descontrolarem-se ou ficar assustadas. Intervém também para o controle da dor, as **expectativas da dor e do parto**. Algumas destas entrevistadas, estão seguras de que a cada contracção o estímulo poderá causar dor. Por ser a primeira experiência de parto, inicialmente têm dificuldade em identificar as contracções do trabalho de parto. Dependendo das *ideias sobre o parto* que foram criando no decorrer da gravidez e da expectativa que têm para a dor e para o parto, classificam-na como *suportável*, contrariamente ao que lhe tinha sido dito durante a gravidez esperando sempre que as contracções seguintes sejam piores. Se pelo contrário pensam que vão suportar sem *dificuldade* mas depois sentem que não são capazes, mais facilmente surge o *descontrolo*, a *angústia/ansiedade* e o *stress emocional*. As entrevistadas referem ter criado alguma expectativa para o parto, esperando que seja breve e de forma *natural*. Referida também como sendo muito importante, a **experiência pessoal**, pode ter implicações e condicionar o comportamento de acordo com a expectativa da dor, porque sendo primíparas, não têm termo de *comparação* podendo no entanto, por vezes estabelecer algumas comparações com o que foram lendo ou ouvindo. Apesar de terem sido submetidas a analgesia epidural, algumas mulheres, tendem a enfatizar o facto de ainda terem sentido dor, e de que tiveram de lidar com ela, pelo que também perceberam a dor do parto. Parece-nos que a **duração do trabalho de parto**, pode condicionar o controlo da parturiente uma vez que, trabalhos de parto prolongados causam *exaustão*, mais *desespero* e *desconfortos*, desmobilizando as parturientes e aumentando-lhes a *angústia/ansiedade* bem como o nervosismo e *ansiedade dos maridos*. Referida regularmente como forma de avaliação, a **experiência do parto e do nascimento**, tornam-se mais gratificantes e surpreendentes quando não se prolongam no tempo. A duração do trabalho de parto e a actividade contráctil variam com a paridade e de mulher para mulher, sendo que pode causar de forma variável, maior ou menor desgaste e stress. Assim, verifica-se que há uma atitude de *rejeição da dor*, e as mulheres pretendem rapidamente ser submetidas a

analgésia epidural. Parece então, ser enfatizado, e referido como importante para o controlo da parturiente o seu **estado afectivo e emocional**.

A necessidade de controlo surge quando se instalam as primeiras contracções uterinas dolorosas, que se irão agravar progressivamente até ao final do trabalho de parto, podendo prolongar-se por algumas horas. No entanto, nos casos em que há recurso à analgesia epidural, esse tempo será reduzido devido ao efeito analgésico, ficando a parturiente mais calma e colaborante. A **intervenção da enfermeira** pretende assegurar o *alívio da dor* desde o momento da admissão, com o objectivo de reduzir os seus efeitos e proporcionar conforto. Comparativamente aos tempos em que não havia recurso à analgesia epidural, as enfermeiras, entendem que actualmente a vivência do trabalho de parto é mais tranquila, e facilitadora do desempenho profissional. Desta forma, pretende também assegurar um comportamento controlado através de uma **atitude preventiva**, evitando o *descontrolo* que provoca *desestabilização* em todos os intervenientes tornando o *ambiente* menos propício ao trabalho de parto, ao nascimento e à *intervenção da enfermeira*. As enfermeiras consideram também, que através de um sistema de **suporte e cuidado**, prestados de forma holística desde o momento da admissão até ao nascimento asseguram o *conforto* e o *alívio da dor*, quer por meios farmacológicos (analgésia epidural), quer por meios não farmacológicos, e nestes saliente-se a **ajuda para respirar** através dos exercícios de relaxamento. O cuidado engloba também a vigilância do *bem-estar fetal* e materno. Para as enfermeiras, é ainda importante que através de uma atitude empática se assegure **informação/orientação** uma vez que as parturientes bem informadas não se surpreendem com os sintomas e com as alterações fisiológicas que vão decorrendo, pelo que informar é procedimento comum com o objectivo favorecer o *controlo*, diminuir o *medo* e a *ansiedade*, sendo a orientação dada de forma oportuna e individual. Na opinião das enfermeiras, a falta de *informação* adequada provoca surpresa que pode ter efeitos positivos se for um acontecimento favorável, ou pelo contrário ter efeito negativo nomeadamente se surge alguma situação desagradável e que não vá de encontro ao esperado. Para evitar complicações no trabalho de parto, e facilitar a colaboração da parturiente no período expulsivo, as enfermeiras pretendem evitar que as parturientes fiquem exaustas e atinjam o desgaste físico e emocional, tendo um **cuidado prospectivo**, com vista a um correcto desenvolvimento do trabalho de parto, que terá efeitos positivos no momento do parto.

As enfermeiras consideram que conseguem de forma mais eficaz, obter por parte das parturientes um comportamento controlado, quando os maridos não estão presentes, pelo que a **presença do marido** parece ser factor desencadeador de descontrolo. Embora na actualidade exista legislação que contemple a permanência do pai na sala de partos, este nem sempre é considerado pelas enfermeiras como peça importante neste período de transição maternidade/paternidade, sendo, em seu entender, muitas das vezes causadores do *descontrolo*. Ao que parece isto deve-se à atitude passiva e distante ou apelativa que muitos apresentam, demonstrando que o acontecimento lhes é *alheio* e que se trata de um *dever a cumprir* por imposições sociais e familiares. Também o facto de estarem mal informados, de não apoiarem convenientemente as mulheres, não conseguindo controlar as suas emoções tornando-se apelativos e inseguros contagiam as mulheres favorecendo o seu *descontrolo* e a *desestabilização* do *ambiente* com implicações no desempenho das enfermeiras. Sabendo disto, por vezes, numa atitude preventiva e chantageante limitam a presença do marido na sala de partos criando-se condições de sucesso sempre que há descontrolo. É uma intervenção que tem resultado favoravelmente, porém, quando ele regressa a situação altera-se e a mulher volta a descontrolar-se.

Do ponto de vista fisiológico, a dor pode ser considerada como consequência de uma lesão ou da alteração do funcionamento em órgãos ou tecidos e a demonstração dessa dor pode ser verbal ou não verbal, transformando-se de acordo com as circunstâncias. Assim, se existem *queixas* há maior possibilidade de controlo, ou seja, aumentando o controlo, diminuem as queixas dolorosas, e a dor é privada. O controlo pode ser obtido através do recurso a várias **estratégias de alívio da dor**, sendo elas, exercer força física, apertar a mão do marido, morder e torcer os lençóis, agitar os membros inferiores, respiração controlada, pensar no bebé e gritar.

O facto de os maridos estarem presentes nas salas de parto, como meio facilitador no processo doloroso não se constitui como sendo benéfico para todos os intervenientes. Nem todas as enfermeiras consideram ser uma mais valia a presença do marido no acompanhamento do trabalho de parto, porque parece provável que a **familiaridade**, compromete a contenção dos seus actos e que por isso mais facilmente se descontrolem. Para que a sua presença seja bem sucedida, é seu entendimento que os maridos tenham **empenho na gravidez** sendo fundamental que os pais demonstrem durante a gravidez, que estão empenhados para que sejam capazes de assegurar ajuda prática às mulheres nos blocos de partos enquanto as acompanham, o **desejo em estar presente** naquele

contexto também é salientado pelas enfermeiras constatando-se das entrevistas feitas aos pais que expressam o desejo de presença no momento do nascimento, não sendo dada tanta ênfase ao acompanhamento no trabalho de parto. Foi também salientada pelas enfermeiras, a **falta de informação** como factor interveniente, pelo que é importante que os pais quando fazem o acompanhamento no trabalho de parto, estejam devidamente informados, devendo esta informação ser adquirida progressivamente em conjunto com a mulher e ao longo de toda a gravidez, podendo ser adquirida nos cursos de preparação psicoprofilática para o parto, o que lhes diminuiria a **insegurança**, que por vezes, os torna apelativos e questionam permanentemente sobre tudo o que se passa. É também evidente o **sentimento de impotência**, referido pelos maridos, quando se apercebem da *expressão da dor*, nomeadamente se esta é prolongada, desejam poder alivia-las, mas não sabem como, e algumas formas que utilizam não resultam. De forma mais leve parece ser referenciada ainda pelas enfermeiras, a **desmotivação** para esse acompanhamento.

Todos estes aspectos fazem com que o comportamento do marido possa provocar alguns constrangimentos nos profissionais com implicações no seu desempenho, e a forma como fazem o acompanhamento pode interferir com o comportamento da mulher descontrolando-a. Por outro lado, as parturientes consideram imprescindível a presença do marido, servindo de *apoio* porque, no seu entendimento, ela constitui-se como sendo um apoio nas várias fases do trabalho de parto, contribuindo para uma melhor tolerância à dor. É também um elemento de *partilha*, já que o facto de terem os maridos presentes, é uma forma de partilharem aqueles momentos que antecedem o nascimento do filho, ainda que eles não sejam capazes de dar ajuda prática. É alguém muito significativo com quem partilham o bom e o menos bom, sendo também essencial, no momento do nascimento, e se ocorrer algum imprevisto, têm conhecimento em simultâneo. Foi também salientada a *segurança interior*, que de alguma forma as tranquiliza, já que para as parturientes a presença do marido transmite uma sensação de segurança, de que tudo irá correr bem, porque é uma pessoa em quem confiam, que vivência a experiência em comum e que serve de *companhia*. Relativamente a esta, as entrevistadas são unânimes em afirmar que a **presença do marido** durante o trabalho de parto e no momento do nascimento se constitui da maior importância na medida em que as faz sentirem-se acompanhadas por alguém que lhe é familiar e que está igualmente envolvido no acontecimento. Os maridos reconhecem ser a sua presença um apoio, e a única ajuda efectiva que podem

dar, superando assim o sentimento de impotência que têm quando as vêm queixosas e descontroladas. Podemos assim, dizer que a dor numa situação de controlo é privada mas ao se descontrolarem com a presença do marido passa a ser pública, então, aumentando as **queixas dolorosas** diminui o **controlo**. Salienta-se a questão social da dor, uma vez que, a presença de alguém que é familiar, faz tornar publica a dor que até esse momento foi privada, então, a dor além do aspecto sensitivo, tem muito de pessoal. O controlo e o descontrolo, terminam inevitavelmente com o nascimento que traduz um **alívio imediato**, expresso por **felicidade**, sentimento que está subjacente durante o processo do trabalho de parto, emergindo isoladamente quando vêm o bebé, podendo misturar-se com comoção. Também a *alegria do nascimento*, quando o parto culmina com o nascimento de uma criança viva e saudável, acontecimento desejado e esperado que leva à *concretização* do desejo de ser mãe/pai, provoca no casal este sentimento por vezes inexplicável, o que faz superar todos os desconfortos físicos, a espera e dificuldades sentidas antes do parto, fazendo parte do **passado**, verifica-se que todas as entrevistadas referem ser uma **compensação** a experiência, porque levou à realização do nascimento.

Dada a dificuldade em exprimir a experiência dolorosa sob a forma de adjectivos, da aplicação do questionário McGill, da dor percebeu-se que maioritariamente a dor localizava-se na região supra púbica com irradiação para a região lombar, resultou ainda que as palavras mais utilizadas na categoria sensorial, foram: “arrancamento”, “terrível”, “perfurante”, “caimbra”, “abrasadora”, “formigueiro”, “continua” e “prolongada”. No que respeita à categoria afectiva, foram mais escolhidas as seguintes palavras: “assustadora”, “cansativa”, “esgotante”, “sufocante”, “arrasante” e “castigadora”. Na categoria avaliativa, a dor foi classificada como “miserável” sendo que para a categoria mista as palavras encontradas foram: “angustiante”, “trespassante” e “morna” (Anexo D).. Relativamente à intensidade da dor no pior período, os termos escolhidos foram: “angustiante”, “horrível” e “insuportável”, conforme os dados descritos no quadro:

Quadro 1-Descrição da dor por intensidade, no questionário de McGill da dor

Intensidade da dor	Dor neste momento	Dor no pior período	Dor no melhor período	Pior dor de dentes	Pior dor de estômago	Pior dor de cabeça
Ligeira	12,5%	0%	62,5%	0%	12,5%	12,5%
Incômoda	50%	0%	37,5%	12,5%	75%	50%
Angustiante	37,5%	37,5%	0%	12,5%	0%	12,5%
Horrível	0%	37,5%	0%	62,5%	12,5%	12,5%
Insuportável	0%	25%	0%	12,5%	0%	12,5%

Grupo de palavras que descrevem a duração da dor, refere-se a “brusca”, “momentânea” e” transitória, conforme os dados do quadro seguinte:

Quadro 2- Grupo de palavras que descrevem a duração da dor no questionário de McGill da dor

Grupo de Palavras	Percentagens %
Continua Fixa Constante	37,5%
Rítmica Periódica Intermitente	0%
Brusca Momentânea Transitória	62,5%

Para além destes aspectos que se salientam e que parecem intervir no comportamento da parturiente perante a dor, revela-se também como muito importante o *apoio das enfermeiras*, que as procuram ajudar, apoiar e compreender. As parturientes e os maridos reconhecem estas atitudes, e consideram-nas competentes.

10 -Discussão

Existem muitos estudos sobre a experiência do parto, e alguns deles centrados na dor, contudo parecem não trazer dados esclarecedores sobre o comportamento não só da parturiente, mas também do marido que a acompanha e das enfermeiras obstetras que lhes prestam cuidados. Desta forma, o nosso estudo teve como objectivo, compreender um pouco melhor a dinâmica comportamental perante a dor na experiência do trabalho de parto, num quadro actual, em que se introduziu a analgesia epidural em obstetrícia, baseado na observação e nos testemunhos dos participantes. Referenciamos aqui alguns aspectos ainda não totalmente esclarecidos, noutros estudos, tendo assim contribuído para identificar aspectos relacionados com esta vivência.

Dos dados obtidos, surge como categoria central o controlo perante a dor, notando-se como evidente a influência de três intervenientes com determinantes que concorrem para o controlo/descontrolo. Falamos das questões individuais que condicionam a forma como as parturientes se comportam perante a dor, assim como do contexto, e neste salientámos a competência da enfermeira na sua intervenção e a presença do marido. É uma experiência com momentos que são muitas vezes sentidos como sendo de dificuldade extrema, em que é feito um exercício de contenção para obter controlo, mas nem sempre com os resultados desejados, sendo que a título preventivo, as enfermeiras, operacionalizam o controlo, através da colaboração da parturiente com o recurso a técnicas de respiração e relaxamento, incentivo, reforço positivo e orientação para os esforços expulsivos. As enfermeiras consideraram que as parturientes informadas, têm melhor compreensão do fenómeno e controlam-se mais, pelo que têm a preocupação em explicar os procedimentos e dar informação/orientação para que percebam as alterações fisiológicas e emocionais decorrentes da dinâmica do trabalho de parto. Tal com referiu (Beaton, 1990), se a mãe tiver um conhecimento prévio do processo do nascimento e das formas para obter alívio da dor, tem maior probabilidade de viver uma experiência positiva do parto. De salientar, a relação entre o tempo de duração do descontrolo e a sua causa, podendo estar subjacente ao pico da contracção, ao trabalho de parto prolongado, à presença de outras parturientes

descontroladas, à incompatibilidade com as enfermeiras, ou ao grau de tolerância que esta tenha, à fase do trabalho de parto, nomeadamente nos momentos precedentes ao período expulsivo ou à ausência de recursos analgésicos farmacológicos, mais frequentemente a analgesia epidural. Do que foi dado a observar, os descritores de maior intensidade escolhidos pelas parturientes, traduziram um maior descontrolo nos picos maiores da contracção ou nas fases mais adiantadas do trabalho de parto, quando não há efeito analgésico ou quando o seu efeito está a diminuir. De salientar que o preenchimento foi sempre feito na presença dos maridos.

Um sentimento revelado pelas enfermeiras é de que as parturientes se descontrolam mais na presença dos maridos aspecto que não foi referido em estudos anteriores. De forma inexplicável, constatam que quando os maridos estão presentes o comportamento é pautado pelo descontrolo da parturiente parecendo ser uma forma de chamar a atenção de alguém que lhe é familiar, aumentando a ansiedade e a angústia do marido, pelo que de uma forma preventiva e chantageante criam condições de sucesso pedindo aos maridos que se retirem temporariamente só regressando quando a parturiente estiver controlada. Faz-se assim salientar a questão social da dor. A dinâmica entre os indivíduos e o contexto social onde se inserem em determinado momento, provoca um comportamento, que faz corresponder à expectativa social do “como deve ser feito”. Assim, a questão social da dor funciona, mas quando o marido regressa a situação altera-se, e a dor que era privada passa a pública. A decisão de tornar pública a dor, está em parte dependente da interpretação individual do significado da dor (Helman, 1994). Então, as queixas não são só uma expressão, mas exigem uma participação pessoal que pode estar condicionada pelas expectativas individuais da dor e do parto. Deste modo, pelo comportamento adoptado, há razões que sugerem que quanto maiores forem as queixas menor é o controle e quanto maior for o controle, menores são as queixas. Assim, a mulher ao esforçar-se por não se queixar aumenta o controlo. Sabe-se no entanto, de situações em que a mulher não reage à dor, não significando isso que não esteja a sentir-se desconfortável.

Os tempos modernos trouxeram a presença do marido para as salas de parto, podendo verificar-se no nosso estudo que a maioria das mulheres opta por ter como acompanhante o marido, e em sua substituição a mãe ou uma amiga. A presença dos maridos constitui-se para todas as participantes como sendo essencial, na medida em que é a pessoa directamente envolvida no acontecimento e com quem devem partilhar aqueles momentos. Foi referida a importância de ter o marido presente para vivenciar a

experiência a dois, ter em simultâneo conhecimento de situações imprevistas bem como assegurar apoio e companhia. Neste estudo, verifica-se que entre as enfermeiras varia a opinião de que a presença dos maridos não é de todo benéfica sendo antes um factor de descontrolo, por ser uma pessoa que lhes é familiar, serem inseguros, pouco informados e alguns deles não desejaram estar presentes no acompanhamento do trabalho de parto. Por outro lado, eles referem sentir-se impotentes para aliviar a dor, mas consideram como essencial a sua presença para dar apoio. O marido pode contribuir para o controlo da dor, mas necessitam ser preparados pelas parteiras para ajudar a mulher sempre que ela necessite (IP, 2000).

Destaca-se, neste estudo o facto das enfermeiras com mais anos de experiência profissional nesta área da saúde, considerarem que actualmente é menos desgastante a prestação dos cuidados preferindo ter as parturientes sem dor e controladas, pelo que um fenómeno que está presente na mente das enfermeiras é o alívio da dor, preferencialmente com o recurso a analgesia epidural, por ser eficaz. Wright et al (2000), referem no seu estudo que autores como Niven constataram que as parteiras se consideram peças chave no alívio da dor, incentivando ao recurso a métodos farmacológicos. Por outro lado, Dckason et al (2003) no seu estudo, referem que a analgesia epidural alivia a dor do trabalho de parto em primíparas, comparando a outros métodos farmacológicos. Vivemos numa sociedade em que se pretende combater a dor e os avanços científicos e tecnológicos têm permitido algumas práticas relativamente à dor do trabalho de parto. Podemos constatar no nosso estudo, que algumas parturientes optam antecipadamente por se submeter a esta técnica para obter alívio da dor. De acordo com Graça et al. (2005), em Portugal a analgesia epidural em obstetrícia já está muito divulgada, principalmente nos grandes centros urbanos.

Maioritariamente as mulheres obtiveram satisfação nos cuidados prestados e no apoio das enfermeiras, sendo a disponibilidade, o incentivo, o reforço positivo e o apoio, aspectos referidos como fundamentais no comportamento das enfermeiras enquanto cuidadoras numa situação de experiência do parto e nascimento. Um estudo de Tarkka et al (2000), revela que a satisfação das primíparas na sua experiência de parto, é realçada pelas habilidades das enfermeiras, pela atitude calma e optimista do marido e pela duração do trabalho de parto. Contudo, apesar das dificuldades vividas, como tem um final esperado, com a concretização do nascimento de um filho, a experiência é considerada como compensadora e gratificante. Em termos de avaliação da experiência

da dor, houve quem a referisse como um acto heróico e sensação de ter alcançado uma vitória.

A construção do modelo teórico permitiu acrescentar alguns dados sobre o comportamento na dor do trabalho de parto, pela inclusão dos maridos e das enfermeiras, intervenientes considerados chave neste processo de dor. Muitas dúvidas ficam ainda por esclarecer, sugerindo-se investigação numa amostra com múltiparas para comparação. Seria também interessante estudarem-se as motivações dos pais para o acompanhamento durante o trabalho de parto.

11-Referências

- Astley, A.(1991). A interpretação da dor ao longo dos tempos, Nursing. Lisboa 4:41,p.18-20.
- Ayers, S., & Pickering, A., D. (2005). Women's Expectations and Experience of Birth. *Psychology and Health*, Vol 20, nº1, pp.79-92.
- Beaton, J., G. (1990). Childbirth expectations a qualitative analysis. *Midwifery*. 6: 9-133.
- Bello, M. (1990). Analgesia y anestesia regional en obstetricia s/ edição. Espanha.
- Bíblia Sagrada. (1976). Edição da Palavra Viva, Lisboa
- Bobak, I.,Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). Enfermagem na maternidade 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Bolander, V.B.,Sorensen & Luckman (1988).Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica.1ªed em português, 3ª ed em inglês. Lisboa. Lusodidacta.
- Bonica, J. J., & Loeser, J. D. (2003)*Historia de los conceptos Y tratamientos del dolor*. In Butler, S. H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Edits), Bonica Terapêutica del Dolor. 3ª ed. Vol I, pp 3-18. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). A Relação mais Precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar.
- Calliet, R. (1999). Dor Mecanismos e Tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Callister, L. C., Kalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R. & Julkeuner – V. K. (2003). The pain of childbirth: perceptions of culturaliy diverse women. *Pain Management Nursing*, Vol. 4. Issue 4 December, pp. 145-154.
- Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da Gravidez e da Maternidade.Coimbra: Quarteto Editora.
- Carr,E. C. J. (2002). Removing barriers to optimize the delivery pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 0962 – 1067. November 1, vol.II, nº 6. . Retirado da base de dados Ebsco databases em 06/12/05.
- Caunt, H.(1993). Reduzindo o impacto psicológoco da dor pós operatória- Lisboa p.25-

- Chalifour, J. (1989). La relation d'aide en soins infirmiers; une prespective holistique – humanistique. Editions Lamarre. Paris.
- Chapman, L.,L.(2000). Expectant fathers and labor epidurals. *American Journal of Maternal Child Nursing* 25 3 (pp.133-138).
- Chapman, C. R., & Syrjala, K. L. (2003). *Medición del dolor*. In Butler, S. H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Edits), *Bonica Terapêutica del Dolor*. 3ª ed. Vol I, pp 375-376. México: McGraw-Hill Interamericana
- Classificação Internacional Para a Prática da Enfermagem. (1999). Versão alfa, Instituto de gestão e informática financeira da saúde.
- Classificação Internacional Para a Prática da Enfermagem. (2000) Versão beta, Instituto de Gestão e Informática Financeira da Saúde.
- Colman, L.& Colman, A. (1994). *Gravidez, a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Costa, R., Figueredo, B., Pacheco A., & Pais, a. (2003) Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), (pp. 47-67).
- Cristina, I.S. (1998) Enfermeiro perante a dor: cuidar com qualidade. *Enfermagem em foco*, edição especial.Lisboa. 8:31 p.21-25.
- Cunningham, F. G., MacDonald,P. C., Gant, N. F., Leveno, K. J.,&Gilstrap, L. C. (1996). *Williams Obstetricia*. 4ª ed. Barcelona: Masson, S. A.
- Dickinson, J. E., Paech, M. J., McDonald, S. J., & Evans, S., F. (2003) Maternal satisfacton with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43: 463-468.
- Dickason, E., J., Silverman, B., L., & Kaplan, J., a. (1998) *Enfermeria maternoinfantil*. Madird: Harcout Brace.
- Direcção Geral de Saúde (2001). Plano nacional de luta contra a dor. Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001.
- Eberhard, J., Stein, S., & Geissburhler, V. (2005). Experience of Pain and Analgesia Whith Water and Land Birts. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, June 26(2) : 127-133.
- Egner, T., Jamieson, E.;& Gruzielier,J. (2005). Hypnosis de couples cognitive control from conflit monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage*, Vol. 27, Issue 4, pág. 969 – 978. Retirado da base de dados Ebsco databases em

03/01/06.

- Fial, J. A. (2000) Uma visão biopsico- social. *Revista Dor*, 8, 14-30.
- Figueiredo, B., Costa. R. & Pacheco,A. (2002)Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*,2(xx) : 203-217.
- Fortin, M. F. (1999) Processo de investigação, da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Furnham, A.,& Lee, E. (2005) Lay beliefs about, and attitudes towards, hypnosis and hypnotherapy. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, VOL. 2, Nº 3 issn: 1545-4452,Retirado da base de dados Ebsco databases em 04/01/06.
- George, J.B. et al (1993).Teorias de enfermagem- os fundamentos para a prática profissional. Artes medicas. Porto Alegre. Brasil.
- Glasser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. San Francisco: Sociology Press.
- Graça, L. M. e colab. (2005). Medicina materno-fetal. 3ª ed. Lidel, Edições técnicas.
- Guyton, A.C.& Hall, J.E.(2000) Tratado de fisiologia médica.10ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.1ª ed em1956.
- Heinze, S. D., & Sleigh, M. J. (2003). Epidural or no epidural anesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices- *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol 21, nº4, November (pp.323-333).
- Helman, C., G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2004). Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*: 83: 257 – 261.
- IP, W., Y. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing*: 9: 265-272.
- Kabeyama, K., & Miyoshi, M. (2001). Longitudinal Study of Intensity of Memorized Labour Pain. *International Journal of Nursing Practice*,7, 46-53.
- Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto* Lisboa: Instituto Piaget
- Kitzinger, S. (1996). *Mães- Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lee, M.K., Chang, S., B., & Kang, D. (2004). Effects of SP6 Acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Vol. 10, nº6, pp. 956 965.. Retirado da base de dados Ebsco databases em 20/11/05.

- Lewith (2000), *Alternative treatments: acupuncture* in Munafó, M., Trim, J. (2000). *Chronic pain: a handbook for nurses*. 1ª ed. Butterworth – Heinemann. Oxford.
- Loeser, J. D., Butler, S.H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Edits) Bonica *Terapêutica del Dolor* (2003). Vols I e II. México: McGraw-Hill Interamericana
- Lobo, V.A.C.F. (1998) *Assistência ao doente oncológico em fase terminal*. Sinais Vitais. Coimbra.
- McCaffery, m., Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical Manual of Nursing Practice*. Philadelphia: The C. V. Mosby Company.
- McDonald, J. S. (2003) *Dolor del trabajo de parto*. In Butler, S. H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Edits), *Bonica Terapêutica del Dolor*. 3ª ed. Vol II. México: McGraw-Hill Interamericana.
- MacFarlane, A. (1992). *A psicologia do nascimento*. Lisboa: Salamandra.
- Marmor, T., & Krol, D. M. (2002). Labor pain management in United States : Understanding Patterns and the issue of choice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186 5 Suppl p. S173-S180.
- Martins, H., M. (1990). Uma adaptação do questionário da dor de McGill/Melzack para língua portuguesa (Monografia de Fim de Curso Apresentada na Área da Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Melender, H-L (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth* 20: 2 June.
- Mendes, M., L. (1993) (Ed). *Curso de Obstetrícia*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Melzack, R. & Wall, P. (1987). *O desafio da dor*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Miranda, M., V., B. (2002). O pai na sala de partos: ciência e técnica efeitos sobre a ansiedade e auto controle da parturiente. *Revista Sinais Vitais*, (40), 59-62.
- Muller, A., Schwetta, M. (2002). *Simple techniques pour la reliefe de la douleur*. Paris : Elsevier.
- Munafó, M., Trim, J. (2000). *Chronic pain: a handbook for nurses*. 1ª ed. Butterworth – Heinemann. Oxford.
- Nash, M.R., Benham, G. & Hamada, K. (2005). The truth and the thype of hypnosis. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 53 (3) Julho pp. 334 – 338. Base de dados: Academic search premier, retirado a 30/12/05.

- Niven, C. A., & Murphy- Black, T. (2000) Memory for labor pain: A review of the literature. *Birth* 27 4 p. 244-253.
- Nystedt, A., Edvardsson, D., & Willman, A. (2004). Epidural analgesia for pain relief in labour and childbirth- a review with a systematic approach-*Journal of Clinical Nursing* Vol 13 p.455-466.
- Nysted, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2005). The Negative Birth Experience of prolonged labour: A Case Referent Study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 579-586.
- O'Dowd, M., & Philipp. (1995) *História de la Ginecologia Y Obstetricía*. Barcelona: Edika Med.
- Ormonde, L. (1995). Anestesia e cuidados materno infantis. In Rico, T. & Barbosa, A. (Eds.), *Dor: do neurónio à pessoa*. Departamento de educação médica. Faculdade de medicina de Lisboa: Permanyer Portugal.
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de Parto*. 5ª ed. São Paulo: Roca.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992) *Modelo para o exexcício de enfermagem*. (M. J. Simões Trad.). Lisboa: ACEPS (obra original publicada em 1980).
- Perigo, G. (1961), *A Luta Contra a Dor: o parto indolor*. União Gráfica. Lisboa.
- Phipps, W., J., L., C., B., & Woods. N.,F.(1990). *Enfermagem médico-cirúrgica- Conceitos e Prática Clínica*. Vol I.1ª ed em português (tradução da terceira edição em inglês) Lisboa. Lusodidacta.
- Pires, A. (2001) *CRIANÇAS (E PAIS) EM RISCO*. Lisboa: ISPA.
- Quivy, R., Campenhault, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramanathan, S.(1995). *Anestesia obstétrica*. Tijuca: Revinter.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak, D. (1995). *Enfermeria Mternoinfantil*. Interamericana Macgraw-Hill; Rio de Janeiro.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak, D. (1995). *Enfermeria maternoinfantil*. Madrid:Interamericana McGraw-Hill.
- Reis, J. (1995).*Dor e enfermagem*. In Rico, T. & Barbosa, A. (Eds.), *Dor: do neurónio à pessoa*. Departamento de educação médica. Faculdade de medicina de Lisboa: Permanyer Portugal.
- Resende, J. (1992). *Obstetricía*. Rio de Janeiro: Guanbar Koogan.

- Rico, T. (1995). Mecanismos neurológicos e bioquímicos da dor. In Rico, T. & Barbosa, A. (Eds.), *Dor: do neurónio à pessoa*. Departamento de educação médica. Faculdade de medicina de Lisboa: Permanyer Portugal.
- Schwob, M. (1994). *A dor*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1993). *Brunner & Suddarth- Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7º ed 2 VolRio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, C. A., Collin,C. T., Cyna, A. m., Crowther, C. A. (2005). Complementary and alternative therapies of pain management in labor. *From the Cochrane Library*, Issue 4. Chichester,u: k: John Weiley & Sons.
- Squire,(2000).Pain relief: past and present. In: Yerby, M. (2000) (ed.) *Pain in childbearing*. Edinburgh. Baillière Tindall.
- Strauss, A. , & Corbin, J. (1990) *Basics of quantitative research*. Newbury Park: Sage
- Strongman. K.,T.(2004).A psicologia da emoção - Uma perspectiva sobre as teorias da Emoção.2ªed. (1º ed em Setembro de 1998). Manuais Universitários 5. Climepsi Editores. Lisboa.
- Tarkka, M.-T., Paunonen, M. & Laippala, L. (2000) Importanceof the Midwife in the First-time Mother's Experience of Childbirth. Original Article. 14: 184-190.
- Torres, L. M. (1997) *Medicina del Dolor* . Masson, S.A. Paris. 1997.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2003)*Terminología Y Taxonomia del dolor* .In Butler, S. H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Edits), *Bónica Terapêutica del Dolor*. 3ª ed. Vol I México: McGraw-Hill Interamericana.
- Twygross, R. (2001). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climpsi Editores.
- Wall, P. (2002). *Dor- a ciência do sofrimento*. Porto: Âmbar.
- Wright, M., E., McCrea, H., Stinger., M., & Marfhy-Black. (2000). Personal controle in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1168-1177.
- Yerby, M. (2000) (ed.) *Pain in childbearing*. Edinburgh. Baillière Tindall.
- Yu, C. K - C. (2005). Application of cognitive – behavioural hypnotic treatement for anxiety management in the Chinese. *Contemporary Hypnosis*; vol. 22, nº 2 p p. 104 – 114.Retirado da base de dados Ebsco databases em 04/01/06.
- Ziegel, E. & Cranley, M. (1985). *Enfermagem Obstétrica*. 8ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Listagem das Categorias.	65
Anexo B - Memorandos das Categorias.	74
Anexo C - Base de dados SPSS (questionário da dor de McGill)	119
Anexo D - Histogramas das subcategorias dos descritores da dor. .	122
Anexo E - Consentimento Informado.	133
Anexo F - Questionário McGill da dor.	135
Anexo G - Entrevistas Codificadas.	140
Entrevista 1.	141
Entrevista 2.	145
Entrevista 3.	149
Entrevista 4.	153
Entrevista 5.	158
Entrevista 6.	163
Entrevista 7.	168
Entrevista 8.	173
Entrevista 9.	178
Entrevista 10.	183
Entrevista 11.	188
Entrevista 12.	195
Entrevista 13.	203
Entrevista 14.	209
Entrevista 15.	213
Entrevista 16.	218
Entrevista 17.	221
Entrevista 18.	225
Anexo H - Observações codificadas.	229
Observação 1.	230
Observação 2.	234
Observação 3.	237
Observação 4.	241

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Descrição da dor por intensidade, no questionário de McGill da dor.	53
Quadro 2 - Grupo de palavras que descrevem a duração da dor no questionário de McGill da dor.	53
Gráfico 1 - Subcategoria Sensorial 1.	123
Gráfico 2 - Subcategoria Sensorial 2.	123
Gráfico 3 - Subcategoria Sensorial 3.	124
Gráfico 4 - Subcategoria Sensorial 4.	124
Gráfico 5 - Subcategoria Sensorial 5.	125
Gráfico 6 - Subcategoria Sensorial 6.	125
Gráfico 7 - Subcategoria Sensorial 7.	126
Gráfico 8 - Subcategoria Sensorial 8.	126
Gráfico 9 - Subcategoria Sensorial 9.	127
Gráfico 10 - Subcategoria Sensorial 10.	127
Gráfico 11 - Subcategoria Afectiva 11.	128
Gráfico 12 - Subcategoria Afectiva 12.	128
Gráfico 13 - Subcategoria Afectiva 13.	129
Gráfico 14 - Subcategoria Afectiva 14.	129
Gráfico 15 - Subcategoria Afectiva 15.	130
Gráfico 16 - Subcategoria Avaliativa 16.	130
Gráfico 17 - Subcategoria Mista 17.	131
Gráfico 18 - Subcategoria Mista 18.	131
Gráfico 19 - Subcategoria Mista 19.	132
Gráfico 20 - Subcategoria Mista 20.	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Sobre o Comportamento na Dor do Trabalho de Parto em Primíparas.	47
--	----

ANEXOS

ANEXO A

Listagem das Categorias

Nota: categoria; entrevista; observação

Listagem das Categorias

1. **ACEITAÇÃO DA DOR** 12:p2; 3:p1;
2. **ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ** 10:p2; 12:p1; 18:p1;
3. **ACOLHIMENTO** 10:p2; 07:p1;
4. **ACONSELHAMENTOS** 5:p3;
5. **AFABILIDADE** 5:p2; 12:p7; 17:p3;
6. **AFECTO PATERNO** 12:p7;
7. **AFLIÇÃO** 1:p1; 9:p3; 4:p3; 5:p2;
8. **AGITAÇÃO DO MARIDO** 1:p2; 12:p7;
9. **AJUDA PARA RESPIRAR** 1:p1; 8:p2; 8:p3; 10:p2; 10:p4; 11:p1;
11:p6; 12:p3; 13:p1; 15:p2; 16:p2;
10. **ALEGRIA DO NASCIMENTO** 2:p2; 4:p4; 8:p4; 9:p4; 17:p3; 15:p4;
11. **ALHEIO** 13:p2; 10:p3; 04:p1; 05:p1;
12. **ALIVIO DA DOR** 6:p2; 7:p3; 9:p2; 9:p3; 10:p4; 11:p4; 12:p2; 13:p1;
13:p3; 01:p3; 02:p2; 04:p2; 05:p1; 05:p2; 08:p2;
13. **ALIVIO IMEDIATO** 3:p1; 5:p4; 12:p7; 13:p4;
14. **AMBIENTE** 10:p2; 11:p1; 11:p5; 13:p5; 02:p1; 03:p1; 04:p1; 05:p1;
07:p1; 08:p1;
15. **AMBIVALÊNCIA** 2:p1; 4:p1; 4:p3; 6:p3; 3:p3; 17:p3;
16. **ANGUSTIA/ANSIEDADE** 9:p4; 12:p5; 16:p1; 15:p3; 14:p3; 16:p1;
18:p1; 01:p3; 03:p2; 04:p1;
17. **ANSIEDADE DO MARIDO** 4:p2; 9:p3; 11:p4; 12:p6; 06:p1;
18. **ANTECIPAÇÃO DA DÓR** 2:p2;
19. **ANTECIPAÇÃO DO NASCIMENTO** 2:p1; 5p:1; 7:p3;
20. **APOIO DO MARIDO** 2:p2; 8:p2; 8:p3; 14:p1; 14:p2; 1:p2; 3:p2;
15:p2; 17:p1; 16:p1; 01:p1; 02:p1; 04:p2; 05:p1;
21. **APOIO DA ENFERMEIRA** 2:p2; 1:p1; 3:p3; 5p1; 7:p1; 7:p2;
8:p3; 9:p3; 10:p3; 11:p4; 14:p2; 16:p2; 13:p1; 17:p2;
22. **APROXIMAÇÃO** 6:p3; 11:p4; 12:p2; 08:p2;
23. **ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL** 11:p1; 12:p5; 01:p2; 03:p2; 07:p2;

-
24. **ATITUDE DA ENFERMEIRA** 6:p3; 11:p2; 10:p2; 15:p3; 17:p1;
9:p3; 18:p1; O2:p1; O3:p3; O4:p1; O6:p1; O7:p1; O8:p2;
25. **AUTO DOMINIO** 11:p1;
26. **AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA** 12:p7;
27. **BARREIRA** 13:p1;
28. **BEM ESTAR FETAL** 1:p2; 3:p1; 4:p3; 12:p1; O2:p1;
29. **BREVIDADE** 4:p2; 5:p2; 6:p3; 9:p4; 12:p1; 11:p5;
30. **CATIVAR** 11:p1;
31. **CAPACIDADE** 15:p2; 16:p1; 17:p1;
32. **CHANTAGEM** 11:p2
33. **CICLO VICIOSO** 12:p6; 13:p3;
34. **COLABORAÇÃO** 11:p4; 12:p2; 13:p4; 15:p4; O1:p2; O4:p2;
35. **COMOÇÃO** O4:p2;
36. **COMPANHIA** 1:p2; 2:p2; 4:p2; 6:p2; 7:p3; 8:p3; 9:p3; 17:p1;
16:p1; 17:p1; O5:p1;
37. **COMPARAÇÃO** 3:p2; 4:p4; 5:p4; 12:p7; 13:p1; 4:p4; O1:p2;
38. **COMPENSAÇÃO** 1:p3; 6:p3; 9:p4; 8:p4;
39. **COMPLEXIDADE** 2:p1; 12:p4;
40. **COMPREENSÃO DO FENÓMENO** 12:p4; O1:p1; O3:p2;
41. **COMUM** 5p2;
42. **CONCRETIZAÇÃO** 3:p3; 4:p4; 7:p4; 14:p3; 15:p4;
43. **CONFIANÇA** 3:p3; 5p2; 15:p3;
44. **CONFORMAÇÃO** 8:p2; 9:p2; 10:p5; 8:p1; 9:p2; 15:p1; 17:p3; O1:p2;
O1:p3; O4:p1; O4:p2; O6:p2; O8:p2;
45. **CONFORTO** 12:p3;
46. **CONSTRANGIMENTO** 11:p5; 13:p4;
47. **CONTÁGIO** 1:p1; 6:p2; 8:p3; 8:p4; 11:p1; 12:p6; 13:p3;
48. **CONTENSÃO** 4:p2; 4:p4; 6:p2; 8:p3; 9:p3; 15:p2; 17:p3; O4:p2;
49. **CONTRAPARTIDA** 10:p3;
50. **CONTROLO** 7:p3; 8:p3; 9:p2; 11:p4; 12:p2; 3:p1; O1:p3; O2:p1;
O2:p2; O3:p1; O3:p2; O6:p1; O7:p1;
51. **CONVIVÊNCIA COM OS SENTIMENTOS** 13:p3;
52. **CORAGEM** 17:p1;
53. **CUIDADO PROSPECTIVO** 12:p3; 13:p3;
-

-
54. **CULPABILIZAÇÃO** 13:p4; 18:p2; O8:p2;
55. **CULTURA** 11:p2; 12:p4; 13:p1;
56. **CUMPLICIDADE** 17:p2;
57. **CURIOSIDADE** 3:p2; 4:p3; 7:p1; 8:p1;
58. **DECEPÇÃO** 12:p4; 17:p3;
59. **DECISÃO** 5:p2; 7:p2; 9:p2; 11:p3; 9:p2;
60. **DEMORA DO PERÍODO EXPULSIVO** 12:p5;
61. **DENEGACÃO** 12:p7; 13:p4;
62. **DESAMPARO** 6:p3;
63. **DESCOMPRESSÃO** 11:p4; 12:p6; 13:p4; 17:p3; O3:p1; O4:p2;
64. **DESCONHECIMENTO** 4:p3; 5:p1; 6:p1; 7:p4; 8:p2; 9:p1; 11:p3;
11:p5; 12:p2; 18:p2; O1:p3;
65. **DESCONFORTO** 3:p2; 7:p3; 8:p3; 9:p3; 11:p5; O1:p1; O2:p1;
O8:p1;
66. **DESCONTRACÇÃO** 11:p6; 7:p2;
67. **DESCONTRÓLO** 1:p1; 2:p1; 5:p1; 5:p3; 6:p3; 8:p2; 10:p2; 11:p2;
11:p3; 12:p4; 14:p2; 14:p3; 15:p2; 18:p1; O3:p2; O3:p3; O5:p1; O6:p2;
O8:p2;
68. **DESEJADA** 4:p1;
69. **DESEJO** 17:p1;
70. **DESEJO DA GRAVIDEZ** 10:p2; 12:p1; 13:p4; 14:p1;
71. **DESEJO DE ALÍVIO** 1:p1; 2:p2; 3:p1; 5:p2; 9:p2; 11:p5; 9:p2;
O1:p1; O1:p2; O1:p3; O3:p1; O3:p3; O4:p2; O5:p1; O5:p2; O6:p1; O7:p1;
O8:p1;
72. **DESEJO DO FINAL** 5:p2; 8:p3; 10:p3; 13:p3; 15:p4; 16:p2;
O1:p1;
73. **DESEJO DA GRAVIDEZ** 10:p2; 12:p1; 13:p3; 14:p1;
74. **DESESPERO** 3:p2; 6:p3; 12:p4; 14:p1; 15:p1; O5:p1;
75. **DESESTABILIZAÇÃO** 10:p3; 11:p2; 12:p7; 13:p2;
76. **DESGASTE PROFISSIONAL** 11:p4;
77. **DESINFORMAÇÃO** 6:p1; 11:p4; 12:p2; 13:p3; 15:p3;
78. **DESMOBILIZAÇÃO** 14:p3;
79. **DESORIENTAÇÃO** 2:p1; 4:p2; 4:p4; 14:p2; 11:p3;
80. **DESTAQUE** 10:p3; 11:p3; 12:p5; 12:p7; 13:p4;
-

-
81. **DESVIO** 12:p1;
82. **DEVER A CUMPRIR** 13:p2;
83. **DIFICULDADE** 3:p1; 5:p3; 6:p2; 9:p1; 9:p2; 11:p5; 15:p4; 16:p2;
18:p3; O8:p1;
84. **DIFICULDADE EXTREMA** 1:p1; 1:p3; 3:p1; 4:p2; 6:p1; 11:p3;
9:p1; 14:p2; 15:p1; 15:p2; O3:p3; O8:p1; O8:p2;
85. **DISPENSAVEL** 2:p1; 4:p3; 15:p3; O1:p1;
86. **DISPONIBILIDADE DA ENFERMEIRA** 13:p2; 13:p5; O1:p2;
O2:p1; O6:p1; O7:p1; O8:p1;
87. **DURAÇÃO DO SOFRIMENTO** 14:p2;
88. **DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO** 4:p1; 7:p4; 8:p2;
9:p1; 9:p3; 10:p1; 11:p5; 12:p1; 14:p1;
89. **EMPATIA** 11:p5; 12:p1;
90. **EMPENHO** 10:p3;
91. **ENVOLVIMENTO AFECTIVO** 15:p2; 16:p1; 17:p1; O8:p1;
92. **EQUILIBRIO EMOCIONAL** 10:p4; 13:p5;
93. **ESCLARECIMENTO** 10:p1; 11:p3; 11:p5;
94. **ESPERA** 12:p4; 5:p1; 6:p2; 7:p1; 15:p2; 15:p3; 16:p1; 17:p1;
O1:p1; O3:p1; O3:p2; O4:p2; O6:p2; O8:p1;
95. **ESSENCIAL** 12:p5;
96. **ESTRATÉGIA DE ALÍVIO** 1:p1; 2:p1; 2:p3; 3:p2; 4:p2; 6:p1;
9:p2; 15:p2; O1:p1; O2:p1; O6:p1;
97. **EXAUSTÃO** 6:p1; 7:p4; 8:p2; 14:p1; 15:p4; 17:p1; O1:p2; O3:p2;
O8:p1;
98. **EXCLUSIVIDADE** 15:p4;
99. **EXIGÊNCIA** 11:p 4;
100. **EXPECTATIVA DA DOR** 1:p3; 3:p2; 4:p1; 4:p3; 6:p1; 6:p2; 7:p1;
10:p1; 11:p5; 13:p3; 18:p1; O4:p2;
101. **EXPECTATIVA DO PARTO** 8:p2; 11:p2; 12:p4; 10:p2; 15:p3;
16:p1; O1:p2; O1:p3;
102. **EXPERIÊNCIA DE PERDA** 14:p2;
103. **EXPERIÊNCIA DE DOR** 1:p2; 5:p1; 4:p3; 6:p2; 7:p1; 7:p2;
10:p2; 11:p6; 13:p5; 14:p1; 15:p3; O3:p3; O6:p2; O8:p2;
-

-
104. **EXPERIÊNCIA DE PARTO** 5:p1; 12:p3; 12:p4; 13:p5; 9:p1;
10:p3;
105. **EXPERIÊNCIA DE PERDA** 14:p2;
106. **EXPERIÊNCIA POSITIVA** 2:p1; 5:p1; 3:p3; 7:p4; 8:p4; 9:p2;
15:p4; 16:p2; 17:p3;
107. **EXPERIÊNCIA GRATIFICANTE** 4:p4;
108. **EXPRESSÃO DA DOR** 11:p6; 12:p4; 13:p1; 18:p1; 18:p3; O1:p1;
O1:p2; O3:p2; O5:p1; O8:p1;
109. **EXTERIORIZAÇÃO DA EMOÇÃO** 16:p2; 17:p1;
110. **FAMILIARIDADE** 9:p3;
111. **FASE DO TRABALHO DE PARTO** 4:p1; 7:p4; 8:p2; 9:p1; 11:p4;
12:p3; 16:p1;
112. **FELICIDADE** 2:p2; 12:p7;
113. **FENÓMENO COMUM** 5:p2;
114. **FIGURA DE FACHADA** 10:p3; 13:p2;
115. **FONTES DE INFORMAÇÃO** 6:p1; 7:p3; 9:p2; O6:p1;
116. **FORÇA INTERIOR** 4:p2; 6:p2;
117. **FREQUÊNCIA DAS QUEIXAS** 11:p2;
118. **FUGA** 5:p3; 8:p1; 7:p2; 15:p1;
119. **GANHO** 1:p3;
120. **GRATIFICANTE** 12:p7;
121. **HEROÍSMO** 5:p4;
122. **HESITAÇÃO** 6:p3; 11:p3; 12:p2; 13:p5; 14:p1; 15:p1;
123. **IDADE** 10:p2;
124. **IDEIAS DO PARTO** 2:p2; 3:p2; 5:p3; 6:p2; 7:p1; 12:p1; 12:p5;
9:p1; 10:p4; 14:p2; 18:p2;
125. **IMATURIDADE** 10:p3;
126. **IMPOSIÇÃO SOCIAL** 13:p2; 10:p3;
127. **IMPOSIÇÃO DE GÊNERO** 13:p2; 1:p2; 11:p2;
128. **IMPOSSIBILIDADE** 8:p1; 14:p1;
129. **INCAPACIDADE** 8:p1; 8:p3;
130. **INCENTIVO** 8:p2; 12:p3; 7:p2; 8:p2; 15:p2;
131. **INCOMPARÁVEL** 3:p3; 4:p4; 5:p4; 2:p2; 14:p2;
132. **INCOMPATIBILIDADE** 11:p2;
-

-
133. **INCONVENIENTE** 13:p5;
134. **INDESCRITIVEL** 4:p1; 15:p1;
135. **INDIVIDUALIDADE** 1:p2; 2:p2; 3:p3; 4:p3; 4:p1; 6:p2; 9:p2;
10:p1; 11:p5; 12:p2; 14:p1; 15:p1; 15:p3; O1:p2;
136. **INESPERADO** 8:p1; 6:p2; 7:p2; 17:p1;
137. **INEXPLICÀVEL** 2:p2; 3:p1; 7:p1; 8:p1;
138. **INFLUÊNCIA DE OPINIÕES** 1:p2; 2:p2; 4:p1; 4:p3; 10:p1; 6:p3;
12:p2; 13:p; 18:p1;
139. **INFORMAÇÃO/ORIENTAÇÃO** 2:p2; 4:p2; 7:p3; 10:p1;
11:p1; 11:p5; 12:p1; 13:p4; 17:p1; 18:p2; O3:p1; O7:p1;
140. **IMPACIÊNCIA** 14:p3; 15:p3; O8:p2;
141. **INQUIETAÇÃO** 10:p3; O1:p1; O3:p1; O4:p1; O8:p2;
142. **INSEGURANÇA** 13:p2;
143. **INTERMINÁVEL** 14:p3; 3:p2;
144. **INTENSIDADE DA DOR** 1:p2; 2:p2; 5:p2; 3:p1; 6:p1; 12:p6;
4:p2; 18:p2; O7:p1; O8:p2;
145. **MECANISMO DE DEFESA** 11:p5;
146. **MEDO** 10:p3; 3:p2; 4:p3; 11:p2; 12:p3; 13:p2; 8:p1; 13:p3; 14:p2;
O4:p1;
147. **MEDO DO SOFRIMENTO** 2:p2; 4:p3; 5:p1; 5:p3; 15:p3;
148. **MENTALIZAÇÃO** 2:p1; 3:p1; 4:p4; 5:p3; 11:p1; 12:p2; 9:p2;
10:p1; 14:p1; 18:p3;
149. **MOTIVAÇÃO** 11:p3;
150. **MUDANÇA** 11:p5;
151. **NATURAL** 11:p1; 12:p3; 1:p2; 2:p2; 8:p1; 9:p1; 10:p4;
152. **NEGAÇÃO** 12:p1;
153. **OBSCURIDADE** 5:p4; 7:p4; 9:p3; 14:p3; 15:p4; 16:p2;
154. **OCULTAÇÃO** 17:p3;
155. **OPINIÃO DE TERCEIROS** 3:p2; 7:p1; 8:p1; 9:p; 5:p3; 9:p2;
14:p2; 15:p1;
156. **OPORTUNO** 12:p3; O5:p1;
157. **OPTIMISMO** 5:p3; 7:p1; 9:p2; 15:p1; O1:p1; O1:p3;
158. **PAPEL DO MARIDO** 12:p7;
159. **PARTILHA** 1:p2; 7:p3; 16:p1;
-

-
160. **PARTO NATURAL** 2:p2; 9:p1;
161. **PASSADO** 1:p3; 2:p2; 3:p1; 3:p2; 5:p4; 7:p4; 8:p3; 11:p4; 14:p1;
17:p3;
162. **PERSISTÊNCIA DA DOR** 3:p1;
163. **PERSONALIDADE DA PARTURIENTE** 10:p1;
164. **PERSONALIDADE DO MARIDO** 12:p6;
165. **PERSUAÇÃO** 11:p2;
166. **PERTURBAÇÃO** 12:p6; 11:p1;
167. **PESSIMISMO** 10:p2;
168. **PESSOA SIGNIFICATIVA** 1:p2; 12:p6; 13:p2; O2:p1;
169. **PREOCUPAÇÃO** 4:p3; 1:p2; 17:p3; O3:p2;
170. **PREPARAÇÃO PARA O PARTO** 10:p3; 12:p5; 13:p3; 18:p2;
O7:p1;
171. **PRESENÇA DO MARIDO** 4:p2; 11:p2; 2:p2; 6:p2; 14:p3;
15:p4; 16:p1; 17:p1; O2:p1; O3:p1; O6:p1;
172. **PRESENÇA DE PESSOA SIGNIFICATIVA** 1:p2; 13:p2;
173. **PREVENÇÃO** 11:p2; 12:p1; 12:p3; 12:p4; O8:p1;
174. **PRIVACIDADE** 7:p3; 9:p3; 14:p3; O3:p1; O7:p1; O8:p1;
175. **PRIVILÉGIO** 8:p3;
176. **PROCESSO FISIOLÓGICO** 1:p2; 10:p4; 12:p3; 13:p1;
177. **PROXIMIDADE DO NASCIMENTO** 1:p2; 4:p4; 5:p2; 7:p2; 8:p3;
9:p3; 12:p5; 14:p2; 15:p1;
178. **RECURSO EFICAZ** 3:p2; 5:p1; 6:p3; 7:p2; 11:p2; 11:p4; 9:p1;
18:p2;
179. **REFORÇO POSITIVO** 7:p2; 8:p2; 15:p2; O3:p1;
180. **REJEIÇÃO DA DOR** 5:p2; 8:p1; 10:p1; 10:p4; 11:p3; 12:p3;
13:p1; 13:p3; 13:p4; 7:p2; 15:p1; 18:p3; O2:p2; O5:p1;
181. **RESPEITO PELAS OPINIÕES** 12:p3;
182. **RESPONSABILIZAÇÃO** 13:p4;
183. **ROTINA** 11:p3; 12:p2;
184. **SEGURANÇA** 11:p2; 12:p3; 18:p2; O4:p1; O8:p2;
185. **SEGURANÇA INTERIOR** 5:p2; 4:p2; 9:p3; 1:p2; 14:p2;
186. **SENSAÇÃO** 12:p1;
187. **SENTIMENTO DE CULPA** 13:p3;
-

-
188. **SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA** 6:p2; 16:p2; 17:p2; 18:p2;
O5:p1;
189. **SIGNIFICADO DA DOR** 1:p2; 2:p1; 2:p2; 4:p1; 5:p2; 5:p3;
7:p2; 8:p1; 8:p3; 9:p3; 12:p7; 13:p1; 14:p1; 14:p2; 17:p2; 15:p2; O1:p2;
190. **SOBREAVISO** 12:p5; O1:p2; O6:p1;
191. **SOFRIMENTO** 6:p2, 9:p1; 13:p5;
192. **SORTE** 4:p3; 18:p3; O1:p1;
193. **STRESS EMOCIONAL** 4:p2; 3:p2; 7:p4; 8:p2; 12:p4; 15:p3; 17:p3;
O1:p3;
194. **STRESS EVITAVEL** 1:p2; 3:p3; 5:p2; 6:p3; 7:p2; 9:p2; 14:p2;
15:p1;
195. **STRESS FISIOLÓGICO** 4:p1; 5:p2; 6:p3; 1:p1; 7:p4;
196. **SUBJECTIVIDADE** 12:p2; 13:p1; 10:p4; 18:p1;
197. **SUPERVISÃO** 10:p3; 12:p6;
198. **SUPORTÁVEL** 4:p3; 7:p1;
199. **SUPORTE** 12:p4; 5:p1; 7:p3; 10:p2; 12:p3; 15:p2; 17:p2; 18:p2;
O2:p2; O8:p1;
200. **SURPRESA** 1:p3; 2:p1; 4:p2; 4:p3; 7:p1;
201. **TEMPO DE SOFRIMENTO** 5:p3; 6:p1; 6:p2; 16:p2;
202. **TEMPO DE ESPERA** 7:p4; 14:p3; 14:p1;
203. **TENSÃO** 11:p4; 12:p6; 16:p2; O5:p1; O8:p2;
204. **TOLERÂNCIA À DOR** 6:p1; 13:p1; 2:p1;
205. **TRANQUILIDADE** 3:p2; 9:p2; 10:p2; 11:p4; 11:p5; 13:p5;
12:p3; 14:p3; O3:p1; O3:p2; O4:p1; O4:p2; O6:p1;
206. **TRANSMISSÃO DE CALMA** 1:p2; 3:p2; 3:p3; 7:p3; 11:p1; 12:p4;
13:p2; 13:p4; 18:p2; O1:p2; O1:p2; O4:p2; O5:p2;
207. **ÚNICA** 2:p2;
208. **ULTRAPASSÁVEL** 9:p2
209. **VEEMÊNCIA** 11:p1; 13:p3;
210. **VITÓRIA** 3:p2; 4:p4;
211. **TRIVIAL** 11:p1; 12:p1;
212. **VIVÊNCIA PESSOAL** 16:p2;
-

ANEXO B

Memorandos das Categorias

Memorandos das Categorias

213. ACEITAÇÃO DA DOR 12:p2; 3:p1;

Algumas mulheres aceitam a dor do parto e decidem não fazer analgesia epidural, sendo que conseguem obter um comportamento controlado. Há casos em que se controlam, aceitando a dor mas sabem que irão fazer analgesia epidural.

214. ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ 10:p2; 12:p1; 18:p1;

O facto de se aceitar a gravidez e a mentalização para passar pelo processo do parto, são, para as enfermeiras, aspectos importantes e que determinam a capacidade das mulheres em obter controlo durante o trabalho de parto. Ainda para as enfermeiras, a não aceitação da gravidez além de mais facilmente desencadear comportamentos descontroladas, pode levar a uma situação oposta, verificando-se pelo contrário, que fiquem pouco comunicativas.

215. ACOLHIMENTO 10:p2; 07:p1;

O acolhimento é feito no momento da admissão onde é feita uma história detalhada da gravidez e dos antecedentes pessoais. É no acolhimento que é feito o primeiro contacto com a parturiente e estabelecida a relação com a enfermeira.

216. ACONSELHAMENTOS 5:p3;

Algumas mulheres têm curiosidade em saber pormenores sobre o parto através de quem já vivenciou essa experiência. Por vezes, além das opiniões que ouvem, são-lhes também dados alguns conselhos, relativamente à forma como devem proceder para o bom desenvolvimento do trabalho de parto e facilitar o nascimento.

217. AFABILIDADE 5:p2; 12:p7; 17:p3

As enfermeiras que se mostram mais distantes e menos disponíveis, provocam nas parturientes uma sensação de abandono e solidão. Quando têm uma atitude afável, se asseguram suporte e cuidado, podem obter maior colaboração da

parturiente, e há maior possibilidade de controlo. A incompatibilidade com o profissional de saúde é um aspecto referido tanto pelas parturientes como pelas enfermeiras, como factor de descontrolo.

218. AFECTO PATERNO 12:p7;

Nas situações em que as mulheres não aceitam a gravidez, no momento do nascimento, embora as mães tenham uma reacção de denegação, a figura paterna que está presente mostra-se carinhosa e afectuosa com o bebé.

219. AFLIÇÃO 1:p1; 9:p3; 4:p3; 5:p2;

O sentimento de aflição surge quando a mulher faz um exercício de contenção para não se descontrolar e sente que não consegue dominar a dificuldade mesmo com o recurso às estratégias de alívio da dor.

220. AGITAÇÃO DO MARIDO 1:p2; 12:p7;

Para as enfermeiras, algumas parturientes apercebem-se que os maridos estão ansiosos e inquietos, perturbando os momentos em que recorrem às técnicas de concentração e relaxamento. Este comportamento prejudica a parturiente, pelo que a presença de um marido com estas características promove o descontrolo e perturba a assistência profissional. Algumas das entrevistadas reconhecem que os maridos pudessem ter estado nervosos e agitados enquanto as acompanhavam, mas mesmo assim desejaram a sua presença porque lhes assegurou companhia, momentos de partilha e segurança.

221. AJUDA PARA RESPIRAR 1:p1; 8:p2; 8:p3; 10:p2; 10:p4; 11:p1;
11:p6; 12:p3; 13:p1; 15:p2; 16:p2;

O alívio pode ser obtido com o recurso a exercícios respiratórios de relaxamento. Este é o recurso utilizado por todas as parturientes, e para o fazerem correctamente, têm a informação/orientação das enfermeiras ou tiveram conhecimento e preparação prévia, se frequentarem cursos de preparação para o parto. Na opinião das enfermeiras, algumas das senhoras que fizeram preparação psicoprofilática para o parto, em determinados momentos não conseguem efectuar correctamente estes exercícios e descontrolam-se à semelhança das quem não fizeram essa preparação, dada a intensidade da dor, por vezes, mesmo com analgesia epidural. Os maridos

podem assegurar essa ajuda enquanto as acompanham no trabalho de parto e incentivá-las para a sua execução.

222. ALEGRIA DO NASCIMENTO 2:p2; 4:p4; 8:p4; 9:p4; 17:p3; 15:p4;
Quando o parto culmina com o nascimento de uma criança viva e saudável, acontecimento desejado e esperado que leva à concretização do desejo de ser mãe/pai, provoca no casal um sentimento de alegria, por vezes inexplicável, o que faz superar todos os desconfortos físicos, a espera e dificuldades sentidas antes do parto.

223. ALHEIO 13:p2; 10:p3; O4:p1; O5:p1;

Para as enfermeiras, alguns maridos pouco permanecerem junto da mulher durante o trabalho de parto e ficam alheios à sua função não se verificando que haja apoio do marido, quando acompanham as mulheres, esperando apenas pelo nascimento do filho. Parece ser o objectivo e o desejo principal de alguns maridos apenas assistir ao parto, pelo que não sabem exactamente como hão-de ajudar as mulheres perante o estímulo resultante das contracções, tornando-se apelativos ou com postura de supervisão. Também o facto de não se informarem previamente sobre a fisiologia do trabalho de parto e tudo o que o envolve os faz afastarem-se um pouco na fase que precede ao nascimento.

224. ALIVIO DA DOR 6:p2; 7:p3; 9:p2; 9:p3; 10:p4; 11:p4; 12:p2; 13:p1;
13:p3; O1:p3; O2:p2; O4:p2; O5:p1; O5:p2; O8:p2;

As enfermeiras desde o momento da admissão procuram saber da existência de dor e recorrem, invariavelmente a formas farmacológicas e não farmacológicas assegurando que as parturientes consigam alívio. Algumas entrevistadas dão ênfase ao alívio da dor e da forma tranquila como viveram o trabalho de parto, após terem sido submetidas a analgesia epidural. Para algumas, o conhecimento prévio sobre a analgesia epidural faz com que pensem pouco na dor do parto durante a gravidez, porque sabem que podem evitar senti-la. Quando são admitidas na maternidade demonstram que já tomaram a decisão de se submeterem aquela técnica demonstrando uma atitude de rejeição da dor. Quando estão sob o efeito da analgesia epidural, ficam mais calmas, conseguem dormir e estão comunicativas e sorridentes.

225. ALIVIO IMEDIATO 3:p1; 5:p4; 12:p7; 13:p4;

Existem momentos em que as parturientes descrevem as contracções como sendo insuportáveis e da qual pretendem alívio imediato, preferencialmente com analgesia epidural, por ser um recurso eficaz para o alívio da dor. O período expulsivo é também referido como único meio de assegurar o alívio imediato, traduzindo um desejo do final que também leva à concretização de ter o filho, e que culmina com um sentimento de felicidade.

226. AMBIENTE 10:p2; 11:p1; 11:p5; 13:p5; O2:p1; O3:p1; O4:p1; O5:p1; O7:p1; O8:p1;

Comparativamente com os tempos em que não havia recurso a analgesia epidural, as enfermeiras consideram que actualmente o ambiente calmo proporciona um melhor desempenho profissional, com ausência de gritos e da expressão da dor. Além disso, podem estar menos pacientes em determinados turnos nomeadamente nos turnos da noite. Também as parturientes referem preferir ficar sozinhas nos quartos num ambiente mais privado para poderem estar mais à vontade. Para evitar o contágio e proporcionar privacidade, as enfermeiras têm o cuidado de evitar colocar duas parturientes no mesmo quarto, nomeadamente as que se destacam pelo descontrolo, salvo quando o serviço não permite. É ainda prática de algumas enfermeiras, pedir aos maridos que se retirem por momentos do bloco de partos com o objectivo de mudar de ambiente, e assim permitir acalmar as senhoras e eles próprios.

227. AMBIVALÊNCIA 2:p1; 4:p1; 4:p3; 6:p3; 3:p3; 17:p3;

Pode surgir nas várias fases do trabalho de parto, entre a dor e o desconforto verificando-se referencia a sentimentos ambíguos relativamente à sensação dolorosa que se tornava menos perceptível quando atende ao significado da dor, que é ter o filho. Embora não queiram ter dor, devido às ideias do parto, por outro lado, revelam que até tinham curiosidade em saber como é. Verifica-se ainda que quando fazem o balanço da experiência do parto há momentos que a transmitem como penosa, mas atendendo ao significado da dor, e à concretização de ter um filho, leva a que tenha uma conotação de compensação. Por ser a dor do parto, leva a que as parturientes façam um maior exercício de contenção.

228. **ANGUSTIA/ANSIEDADE** 9:p4; 12:p5; 16:p1; 15:p3; 14:p3; 16:p1; 18:p1; O1:p3; O3:p2; O4:p1;

Pode ser gerada durante o trabalho de parto nomeadamente se este é prolongado e doloroso, agravando-se com o tempo de espera, sendo extensível ao marido, nomeadamente nos períodos em que não é permitida a sua presença na sala de partos, ou quando as vêm muito queixosas e descontroladas, causando-lhes um sentimento de impotência por não conseguirem aliviá-las da dor. O impacto com o ambiente da sala de partos, com o desconhecido e a expectativa da dor podem exacerbar estes sentimentos. O facto de ver as outras senhoras a ter os seus filhos e elas se manterem em espera aumenta a ansiedade.

229. **ANSIEDADE DO MARIDO** 4:p2; 9:p3; 11:p4; 12:p6; O6:p1;

Para as enfermeiras, maridos que estejam ansiosos, que exteriorizem a emoção a manifestem, transmitem essa ansiedade às mulheres, impedindo ou não facilitando condições para que se acalmem e controlem. Todas as entrevistadas referem ser importante a presença do marido durante o trabalho de parto e parto, reconhecendo algumas delas que apesar de se mostrarem ansiosos e sem nada conseguirem fazer para as aliviar. Basta apenas a sua presença para lhes fazer companhia.

230. **ANTECIPAÇÃO DA DOR** 2:p2;

Por vezes, a mentalização para passar pela percepção dolorosa do parto, provoca uma aceitação deste processo e a cada contracção que vivenciam contabilizam-na como natural e de forma antecipatória prevêem que outras contracções virão, reconhecendo que este é um sinal de que o trabalho de parto está a evoluir

231. **ANTECIPAÇÃO DO NASCIMENTO** 2:p1; 5p:1; 7:p3;

Por vezes, a percepção das primeiras contracções uterinas, provoca um sentimento antecipatório do nascimento, causando alegria e alívio porque conseguiram levar a gravidez a termo e preparam-se para a fase seguinte à gravidez, entendida esta como o parto e nascimento.

232. **APOIO DO MARIDO** 2:p2; 8:p2; 8:p3; 14:p1; 14:p2; 1:p2; 3:p2;
15:p2; 17:p1; 16:p1; O1:p1; O2:p1; O4:p2; O5:p1;

Na perspectiva das parturientes, a presença do marido constitui-se como sendo um apoio nas várias fases do trabalho de parto, contribuindo para uma melhor tolerância à dor. É também uma companhia, um elemento de partilha e ajuda para superar o medo e o desconforto. Os maridos reconhecem ser a sua presença um apoio, sendo esta a única ajuda efectiva que podem dar, superando assim o sentimento de impotência que têm quando as vêm queixosas e descontroladas. Nem todas as enfermeiras consideram importante a presença do marido na sala de partos, mas, depende da personalidade deles.

233. **APOIO DA ENFERMEIRA** 2:p2; 1:p1; 3:p3; 5:p1; 7:p1;
7:p2; 8:p3; 9:p3; 10:p3; 11:p4; 14:p2; 16:p2; 13:p1; 17:p2;

Considerado fundamental para ultrapassar a dificuldade sentidas dando informação / orientação nas diversas situações, tendo efeitos na experiência do parto.

234. **APROXIMAÇÃO** 6:p3; 11:p4; 12:p2; O8:p2;

As parturientes consideram que o facto das enfermeiras se dirigirem a elas várias vezes, significa apoio e interesse por parte do profissional, dando segurança, podendo também a enfermeira conseguir delas maior colaboração e controlo. Algumas são muito apelativas e solicitam a sua presença várias vezes, nomeadamente nas fases mais adiantadas do trabalho de parto ou se este se prolonga.

235. **ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL** 11:p1; 12:p5; O1:p2; O3:p2; O7:p2;

As enfermeiras referem ter preocupação em assegurar assistência ajudando as parturientes, e na vigilância do bem-estar fetal, para prevenção de complicações. Asseguram algumas delas, um ambiente calmo que por vezes conseguem manter. Em seu entender, lidar com a mulher em situação de trabalho de parto, e com dor, faz parte das suas funções, onde se inclui o apoio o suporte e o cuidado. Neste âmbito, a enfermeira deve ser também decidida e para levar a mulher a se controlar, e acalmar o marido tem uma atitude veemente.

236. **ATITUDE DA ENFERMEIRA** 6:p3; 11:p2; 10:p2; 15:p3; 17:p1;
9:p3; 18:p1; O2:p1; O3:p3; O4:p1; O6:p1; O7:p1; O8:p2;

Contribui para o controlo das parturientes, sendo que a incompatibilidade com o profissional é quase sempre geradora de ansiedade e provoca descontrolo. As enfermeiras reconhecem que quando asseguram um ambiente calmo logo no momento da admissão, e se a sua atitude for calma, e disponível, conseguem transmitir tranquilidade às parturientes e maridos através de um sistema de suporte levando-os a colaborar. Também o facto de integrarem a parturiente no espaço físico, e nas rotinas do serviço, é considerado benéfico para o estabelecimento da relação enfermeira/parturiente.

237. **AUTO DOMINIO** 11:p1;

A consciencialização de que têm que passar pelo processo doloroso e a preocupação com o bem estar fetal leva ao auto domínio, além de que este é um objectivo das enfermeiras para assegurar e manter o controlo.

238. **AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA** 12:p7;

As enfermeiras referem que algumas mulheres após o período expulsivo, quando não há complicações, tendem a fazer de uma forma espontânea e imediata o balanço da experiência que pode variar entre a dificuldade sentida e o superar das expectativas.

239. **BARREIRA** 13:p1;

A nacionalidade, a língua, os aspectos culturais, e a falta de informação e de preparação para o parto, podem comprometer a comunicação e o comportamento.

240. **BEM-ESTAR FETAL** 1:p2; 3:p1; 4:p3; 12:p1; O2:p1;

Parece ser uma preocupação tanto das mães como das enfermeiras, sendo muitas vezes lembrado às mães a importância de serem colaborantes e controladas para o benefício do trabalho de parto e do bebé, assegurando simultaneamente um cuidado prospectivo para prevenir complicações e dificuldades nas última fase do trabalho de parto.

241. **BREVIDADE** 4:p2; 5:p2; 6:p3; 9:p4; 12:p1; 11:p5;

Por vezes o período do trabalho de parto é considerado como um período vivido com muita dificuldade mas breve, dependendo da duração do trabalho de parto e do tempo que estiveram sem o efeito da analgesia epidural. A experiência dolorosa torna-se mais breve com o recurso a esta técnica farmacológica porque proporciona alívio da dor e favorece o trabalho de parto. Por outro lado, as entrevistadas não estão psicologicamente preparadas para passarem por trabalhos de parto prolongados.

242. **CATIVAR** 11:p1;

A enfermeira procura desde o primeiro contacto, tranquilizar a parturiente dando-lhe informação/orientação, suporte e cuidado e ajuda para respirar. Desta forma, parece ser, mais fácil obter delas um comportamento controlado

243. **CAPACIDADE** 15:p2; 16:p1; 17:p1;

Os maridos referem sentirem-se corajosos e capazes de apoiar as mulheres e fazer-lhes companhia no parto, não dando tanta ênfase ao desejo de presença no trabalho de parto.

244. **CHANTAGEM** 11:p2

Pode ser uma forma das enfermeiras conseguirem obter controlo, por parte das parturientes, solicitando aos maridos que se retirem temporariamente do bloco de partos, e alertar as senhoras de que os maridos só regressam quando conseguirem um comportamento controlado.

245. **CICLO VICIOSO** 12:p6; 13:p3;

As parturientes devem evitar viver esta experiência sob stress, porque com o avançar do tempo, e com a evolução do trabalho de parto, têm mais dificuldade em lidar com ele e de controlar, podendo levar ao contágio.

246. **COLABORAÇÃO** 11:p4; 12:p2; 13:p4; 15:p4; O1:p2; O4:p2;

A colaboração das parturientes é importante para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, pelo que as enfermeiras as acalmam, tendo em vista a prevenção da exaustão, para que fique colaborante no período expulsivo As

enfermeiras referem que por norma, é mais fácil obter colaboração nas senhoras que frequentaram assiduamente e com motivação as aulas de preparação para o parto.

247. **COMOÇÃO** O4:p2;

O momento do nascimento constitui-se como sendo causador de comoção, havendo uma exteriorização da emoção em alguns casais nomeadamente nos pais.

248. **COMPANHIA** 1:p2; 2:p2; 4:p2; 6:p2; 7:p3; 8:p3; 9:p3; 17:p1; 16:p1; 17:p1; O5:p1;

As entrevistadas são unânimes em afirmar que a presença do marido durante o trabalho de parto e no momento do nascimento se constitui da maior importância na medida em que as faz sentirem-se acompanhadas por alguém que lhe é familiar e que está igualmente envolvido no acontecimento. O facto de se sentirem acompanhadas pelos maridos provoca sentimentos de segurança.

249. **COMPARAÇÃO** 3:p2; 4:p4; 5:p4; 12:p7; 13:p1; 4:p4; O1:p2;

De uma forma geral, durante a vivência do parto, as mulheres tendem a estabelecer termos de comparação de acordo com o que foram ouvindo ou lendo durante a gravidez, podendo estar ou não de acordo com a expectativa criada.

250. **COMPENSAÇÃO** 1:p3; 6:p3; 9:p4; 8:p4;

As queixas dolorosas, causadas pelo trabalho do parto, podem ser intensas mas são transitórias, e quando termina sem desvios do que é esperado ou desejado, é considerado como compensador. Para a maioria das entrevistadas, atendendo ao aspecto compensatório a experiência dolorosa faz parte do passado.

251. **COMPLEXIDADE** 2:p1; 12:p4;

O trabalho de parto, varia a sua complexidade entre os indivíduos, o que faz criar ideias e expectativas diversas para o parto. Por vezes as enfermeiras

tentam informar acerca desta complexidade sem alarmar, mas de formam a que haja por parte da parturiente e do marido uma compreensão do fenómeno.

252. **COMPREENSÃO DO FENÓMENO** 12:p4; O1:p1; O3:p2;

A informação/ orientação dada pelas enfermeiras tem como objectivo levar as parturientes/casais a compreenderem os mecanismos do trabalho de parto, para que melhor compreendam as situações que forem surgindo, evitando assim medo, angústia/ ansiedade e inquietação. Esta compreensão permite que a mulher se adapte às mudanças fisiológicas e psicológicas que vão ocorrendo.

253. **COMUM** 5p2;

O facto das parturientes encararem o parto como um acontecimento comum à mulher, sendo desejado por muitas, e que leva à concretização do nascimento de um filho, contribui para a mentalização de que têm que passar por esse processo, mas que nem sempre assegura o controlo das queixas. Reconhecer o trabalho de parto como um acontecimento comum e natural, pode ajudar a encarar de forma conformada os desconfortos que vão ocorrendo.

254. **CONCRETIZAÇÃO** 3:p3; 4:p4; 7:p4; 14:p3; 15:p4;

Para a maioria das entrevistadas, o objectivo da gravidez é satisfazer o desejo de ser mãe, e o facto de trem passado pela experiência de dor no parto, é compensado pelo facto de terem concretizado o seu desejo.

255. **CONFIANÇA** 3:p3; 5p2; 15:p3;

O facto de as enfermeiras serem disponíveis, e de os maridos poderem estar junto das, parturientes, transmite confiança. Verifica-se também que quando têm uma atitude mais optimista estão mais confiantes.

256. **CONFORMAÇÃO** 8:p2; 9:p2; 10:p5; 8:p1; 9:p2; 15:p1; 17:p3; O1:p2;

O1:p3; O4:p1; O4:p2; O6:p2; O8:p2;

As parturientes que por algum motivo não puderam fazer analgesia epidural, após o parto, referem que se conformaram com esse facto. O importante era ter o bebé. Embora durante o trabalho de parto considerem que tiveram azar.

257. CONFORTO 12:p3;

Sabendo que ao trabalho de parto estão associados vários desconfortos, a enfermeira incentiva o marido a molhar a cara e os lábios.

258. CONSTRANGIMENTO 11:p5; 13:p4;

Algumas das parturientes, após o parto reconhecem que algo foi desajustado no seu comportamento, pedindo desculpa às enfermeiras.

259. CONTÁGIO 1:p1; 6:p2; 8:p3; 8:p4; 11:p1; 12:p6; 13:p3;

O facto de estar junto de alguém que está com dor, demonstrando sofrimento e descontrolo, pode provocar nos maridos uma sensação de impotência para as ajudar, gerando-lhes ansiedade e frustração por, não conseguirem acalmar as companheiras. Também quem está presente no quarto, na mesma condição de parturiente pode ficar incomodada ou afectar de forma contagiante e provocar descontrolo. No entender de algumas enfermeiras pode ser mais frequente nas primíparas por ser a primeira experiência dolorosa, marcada pelo desconhecido o que pode dificultar o auto domínio. Para evitar o contágio as enfermeiras têm o cuidado de evitar colocar duas parturientes no mesmo quarto, nomeadamente as que têm comportamentos menos controlados, salvo quando o serviço não permite. Desta forma, asseguram também a privacidade. Por alguns maridos se mostrarem mais ansiosos e por vezes descontrolados, é ainda prática de algumas enfermeiras, pedir que se retirem do quarto para que mudem de ambiente, e se acalmem. Numa atitude chantageante, referem às senhoras que os maridos só regressarão para junto delas quando se controlarem.

260. CONTENSÃO 4:p2; 4:p4; 6:p2; 8:p3; 9:p3; 15:p2; 17:p3;
O4:p2;

As parturientes tendem a conter-se nos seus comportamentos e expressão da dor, quando estão na presença das enfermeiras, soltando mais livremente as suas emoções na presença do marido. Esta pode ser também uma estratégia de alívio da dor. O facto de atenderem ao significado da dor, leva-as a que se esforcem para se controlar e chegar ao fim.

261. CONTRAPARTIDA 10:p3;

Alguns maridos mantêm-se nas salas de parto junto das mulheres mas o objectivo é assistir ao nascimento. Tornam-se inquietos, não sabem ou não conseguem apoiar as mulheres, e optam por ter uma atitude de supervisão do equipamento tecnológico, principalmente se é uma área que lhes agrade.

262. CONTROLO 7:p3; 8:p3; 9:p2; 11:p4; 12:p2; 3:p1; O1:p3; O2:p1; O2:p2; O3:p1; O3:p2; O6:p1; O7:p1;

É mais fácil de obter com as primeiras contracções uterinas.

Para as enfermeiras, o controlo no comportamento está condicionado pela mentalização para a dor do parto, pelas expectativas da dor e pela experiência do parto. Referem que é necessária uma preparação prévia verificando-se mais nestes casos uma postura de contenção. Algumas entrevistadas reconhecem ter-se controlado com recurso a várias estratégias de alívio da dor. A maioria recorre aos exercícios de respiração e relaxamento, muitas vezes são os maridos e as enfermeiras que asseguram essa ajuda para respirar. Pode estar dependente de factores externos que desencadeiem a contracção, nomeadamente os efeitos da perfusão ocitócica. Para as enfermeiras, a sua intervenção com vista a conseguir por parte das parturientes um comportamento controlado, é sobretudo preventivo, pelo que dão previamente informação/orientação, ajuda para respirar, suporte e cuidado, asseguram analgesia epidural sempre que não haja contra indicação e em casos mais extremos, limitam a presença do marido quando há evidência de que este compromete o comportamento controlado da parturiente. O controlo está condicionado pela relação com a enfermeira, a sua disponibilidade no momento e a forma como é feito o feed-back com a parturiente e com o marido. Assegurar um ambiente calmo na sala de partos, é para algumas enfermeiras uma forma de as controlar.

263. CONVIVÊNCIA COM OS SENTIMENTOS 13:p3;

Para as enfermeiras, o facto das mulheres criarem ideias do parto, nas fases em que sentem maior dificuldade, há um stress emocional, e a vivência de vários

sentimentos naquele período de tempo. As parturientes referem uma alternância de sentimentos, com a qual têm que conviver.

264. **CORAGEM** 17:p1;

Os maridos referem sentir-se capazes de assistir ao parto e com força para apoiar as mulheres. A presença durante o período do trabalho de parto, embora não esteja para eles planeada é encarada de bom grado.

265. **CUIDADO PROSPECTIVO** 12:p3; 13:p3;

As enfermeiras asseguram cuidado e suporte, para alívio da dor e favorecimento do controlo, com vista a um correcto desenvolvimento do trabalho de parto, que terá efeitos positivos no momento do parto.

266. **CULPABILIZAÇÃO** 13:p4; 18:p2; O8:p2;

Para as enfermeiras, as mães que não aceitam a gravidez, desenvolvem um sintoma de culpa, relativamente ao bebé, pelo sofrimento que estão a passar.

267. **CULTURA** 11:p2; 12:p4; 13:p1;

A cultura pode ser uma barreira nas relações interpessoais, tanto pelas dificuldades linguísticas como pelo modo como se comportam no parto, baseada nos princípios em que se regem, sendo que muitas vezes a execução de determinadas práticas por elas desejadas não são compatíveis com os procedimentos hospitalares.

268. **CUMPLICIDADE** 17:p2;

A relação do casal muitas vezes está manifestada por actos de cumplicidade.

269. **CURIOSIDADE** 3:p2; 4:p3; 7:p1; 8:p1;

Embora não pensem muito no parto, estas entrevistadas, reconhecem que até tinham alguma curiosidade em saber algo sobre o parto, mas têm uma atitude de fuga quando são referenciados aspectos negativos ou que traduzam dificuldade. Quando iniciam o trabalho de parto, sentem-se ambivalentes, não querem ou receiam os efeitos da dor, mas por outro lado, desejam saber como é.

270. **DECEPÇÃO** 12:p4; 17:p3;

Por vezes, o facto de o trabalho de parto não evoluir com a rapidez que desejam ou esperavam pode ser decepcionante

271. **DECISÃO** 5:p2; 7:p2; 9:p2; 11:p3; 9:p2;

Parece haver por parte de algumas entrevistadas uma atitude de rejeição da dor. Sabendo previamente da existência da analgesia epidural como recurso eficaz, chegam à maternidade, decididas em garantir o alívio da dor embora estejam pouco esclarecidas acerca dos efeitos e da forma como é administrada, o importante é retirar a dor.

272. **DEMORA DO PERÍODO EXPULSIVO** 12:p5;

Quando o período expulsivo se prolonga, as mulheres ficam ansiosas e questionam-se sobre o que está a ocorrer sendo mais evidente nas que trazem informação dos cursos de preparação psicoprofilática para o parto.

273. **DENEGAÇÃO** 12:p7; 13:p4;

Quando a gravidez não é aceite, ou desejada, as mães parecem recusar o filho logo no período expulsivo.

274. **DESAMPARO** 6:p3;

O facto das enfermeiras, não terem uma atitude de aproximação, provoca mas mulheres que estão em trabalho de parto uma sensação de desamparo.

275. **DESCOMPRESSÃO** 11:p4; 12:p6; 13:p4; 17:p3; O3:p1;
O4:p2;

Quando as enfermeiras se apercebem da ansiedade do marido, pedem-lhes que se retirem da sala de partos temporariamente para que se distraiam um pouco e aliviem a tensão que vivem. Para as enfermeiras por vezes é necessário que mudem um pouco de ambiente, para que se acalmem. a maioria das vezes só diminuem a tensão após o nascimento.

276. **DESCONHECIMENTO** 4:p3; 5:p1; 6:p1; 7:p4; 8:p2; 9:p1; 11:p3;
11:p5; 12:p2; 18:p2; O1:p3;

Pode provocar medo e insegurança a ambos os membros do casal. Numa primeira experiência dolorosa está associado o desconhecido e se deparam

com um ambiente de gritos e descontrole podem não ter auto domínio para ultrapassar a situação adoptando uma postura igual por contágio. O facto de não estarem alertadas para determinadas situações, pode assustá-las e perante os acontecimentos que vão surgindo, o desconhecimento pode alterar as expectativas da dor e do parto que se foram criando durante a gravidez. Por ser a primeira experiência de parto, algumas parturientes não identificaram as primeiras contracções como sendo o início do trabalho de parto, não se mostrando ansiosa ou com medo pelo facto de estar eminente o parto.

277. **DESCONFORTO** 3:p2; 7:p3; 8:p3; 9:p3; 11:p5; O1:p1; O2:p1; O8:p1;

Está inerente ao trabalho de parto, podendo não ocorrer, nomeadamente as náuseas, os vómitos e alguns efeitos secundários da analgesia. Por ser a primeira experiência de parto, por vezes, nem todas estão dispostas para estas alterações o que pode aumentar a angústia/ansiedade e o descontrole. As enfermeiras consideram importante alertar preventivamente para o eventual aparecimento destes desconfortos, para evitar que se assustem caso surjam.

278. **DESCONTRACÇÃO** 11:p6; 7:p2;

Após o parto, procura-se que haja momentos sem tensão, podendo estes ser criados pelas puérperas ou pelas enfermeiras através de um diálogo franco onde por vezes se faz o balanço do que ocorreu, onde se inclui o comportamento.

279. **DESCONTRÓLO** 1:p1; 2:p1; 5:p1; 5:p3; 6:p3; 8:p2; 10:p2; 11:p2; 11:p3; 12:p4; 14:p2; 14:p3; 15:p2; 18:p1; O3:p2; O3:p3; O5:p1; O6:p2; O8:p2;

Pode estar também associado ao contágio, na medida em que este parece ser contagiante. Para as enfermeiras, o descontrole parece estar também dependente da presença do marido, sendo uma forma de o chamar à atenção para o seu sofrimento e por ser alguém que lhes é familiar. Apenas as enfermeiras associam o descontrole à aceitação da gravidez e aos factores culturais. Podem diminuir o descontrole, a preparação e a mentalização prévia para o parto a qual deve ser dada no período pré natal assim como o

conhecimento dos mecanismos que o determinam. Os cursos de preparação para o parto são considerados desnecessários por algumas parturientes, na medida em que as técnicas de respiração e relaxamento que ajudam a controlar a mulher, são explicadas pelas enfermeiras durante o trabalho de parto. As que frequentam esses cursos referem ser uma mais valia mas, por vezes não conseguem relaxar de forma desejável, dada a intensidade da dor e pedem o recurso a analgesia epidural por desejo de alívio . As entrevistadas fazem referência a estes cursos só no sentido de as ajudar a respirar para obter alívio da dor e não como fonte de informação e preparação. As enfermeiras têm opiniões divergentes. Para algumas, as senhoras que frequentaram estes cursos têm um comportamento mais controlado, enquanto que para outras, a frequência nos cursos não trouxe alguma vantagem, por falta de motivação para o fazer ou porque assistiram a poucas aulas. Mostram – se um pouco cépticas em relação a esses cursos e ao real efeito nas grávidas, quer pelos conteúdos que lhe são transmitidos, quer pela pessoa que os ensina. Ou pela motivação que têm quando os frequentam. Para as enfermeiras, o descontrolo está ainda associado à expectativa da dor do parto e à aceitação da gravidez . O descontrolo tende ser mais evidente após a dilatação completa ou próximo do período expulsivo, onde é mais difícil controlar a respiração e fazer os esforços expulsivos correctamente. A acrescentar a este facto está a exaustão verificada em algumas parturientes, e o desconforto causado, leva a que percam o pudor destapando – se a cada momento.

280. DESEJADA 4:p1;

Apesar do desconforto que causa, a dor é desejada , porque significa o final da gravidez e a instalação do trabalho de parto que leva brevemente à concretização de ter o filho . Sendo o trabalho de parto um processo fisiológico , onde estão subjacentes as contracções uterinas, as mães desejam senti-las atendendo ao significado da dor .

281. DESEJO 17:p1;

Os pais expressam o desejo de estar presentes no momento do nascimento, não sendo dada tanta ênfase ao acompanhamento no trabalho de parto.

282. **DESEJO DA GRAVIDEZ** 10:p2; 12:p1; 13:p4; 14:p1;

Para a maioria das enfermeiras, o controlo e a reacção à dor no trabalho de parto estão dependentes do desejo e do empenho na gravidez. Para quem já teve experiência de perda, o desejo da gravidez é mais evidente, não se verificando que haja maior controlo.

283. **DESEJO DE ALIVIO** 1:p1; 2:p2; 3:p1; 5:p2; 9:p2; 11:p5;
9:p2; O1:p1; O1:p2; O1:p3; O3:p1; O3:p3; O4:p2; O5:p1; O5:p2; O6:p1;
O7:p1; O8:p1;

Por vezes a dor é tão intensa e o trabalho de parto tão prolongado que leva ao desejo de que haja uma pausa nas contracções, que o parto ocorra de forma breve ou que seja possível fazer analgesia epidural. Esta situação, causa por vezes desespero, quando são informadas de que ainda devem esperar, quer para o final, quer para que seja possível submeterem-se a analgesia epidural. Do que foi observado, algumas mulheres, nesta fase, recorrem aos maridos para que sejam interlocutores e chamem as enfermeiras para lhes comunicar que a dor está a ser insuportável querem saber quando e como vão obter alivio. Alguns maridos ao presenciarem o desespero e o descontrolo das mulheres, tornam-se apelativos e pretendem que as enfermeiras consigam uma forma para aliviar.

284. **DESEJO DO FINAL** 5:p2; 8p:3; 10:p3; 13:p3; 15:p4;
16:p2; O1:p1;

Quando dor é muito intensa e o trabalho de parto se prolonga mais do que o esperado, as mulheres desejam que tudo termine rapidamente, porque começam a não ser capazes de lidar com a dificuldade sentida. Também, pelo alívio da dor e do desconforto, e poder obter a concretização de ser mãe e ter o seu filho. Algumas enfermeiras referem que mulheres primíparas com idade mais avançada desejam mais o final, sinal de que conseguiram levar a gravidez a termo e ter o filho. O tempo de espera ou a ansiedade do marido leva a que questionem frequentemente a enfermeira a sobre a hora prevista para o nascimento.

285. DESEJO DA GRAVIDEZ 10:p2; 12:p1; 13:p3; 14:p1;

Para a maioria das enfermeiras, o controle e a reacção à dor no trabalho de parto estão dependentes do desejo e do empenho na gravidez.

286. DESESPERO 3:p2; 6:p3; 12:p4; 14:p1; 15:p1; O5:p1;

O facto de não entrarem em trabalho de parto ou de este estar a evoluir lentamente, quando são confrontadas com a informação da enfermeira sobre essa realidade podem causar decepção levar ao desespero, nomeadamente se não estão sob o efeito analgésico. Na fase mais adiantada do trabalho de parto, o pico da contracção é mais intenso, causando maior desconforto, e embora transitório é considerado desesperante, e desencadeia descontrole.

287. DESESTABILIZAÇÃO 10:p3; 11:p2; 12:p7; 13:p2;

No entender das enfermeiras, maridos ansiosos e inseguros, não transmitem segurança e calma às mulheres e, por contágio, podem originar um ambiente desfavorável ao controle da mulher e ao desempenho das enfermeiras.

288. DESGASTE PROFISSIONAL 11:p4;

Atendendo à experiência do passado em que não havia possibilidade de se recorrer a analgesia epidural, as enfermeiras entendem que situações de descontrole provocam um maior desgaste profissional, uma vez que nem sempre as orientações dadas com vista à obtenção do controle são bem sucedidas. Tal acontecimento nos dias de hoje já não se justifica, porque com o descontrole há mais riscos para a mãe e para o feto, levando a que a enfermeira faça uma vigilância maior no bem-estar materno.

289. DESINFORMAÇÃO 6:p1; 11:p4; 12:p2; 13:p3; 15:p3;

A maioria das entrevistadas procura obter alguns conhecimentos sobre a gravidez e o parto, sendo diversas as fontes de informação. Acreditam que estão bem informadas, e por vezes deparam-se com situações que não esperavam podendo descontrolarem-se ou ficar assustadas.

290. DESMOBILIZAÇÃO 14:p3;

O facto de se aperceberem de que algo está a correr mal, entristece e desmobiliza as parturientes.

291. DESORIENTAÇÃO 2:p1; 4:p2; 4:p4; 14:p2; 11:p3;

Resulta da dificuldade que vai surgindo devido à persistência da dor e da capacidade em lidar com ela, bem como da duração do trabalho de parto. É referida pelas parturientes uma certa incapacidade de organizar as ideias e a forma de estar provocada pela dor do parto.

292. DESTAQUE 10:p3; 11:p3; 12:p5; 12:p7; 13:p4;

Para algumas das enfermeiras, o facto das mulheres frequentarem os cursos de preparação para o parto, faz com que se comportem de forma a conseguir um maior controlo, destacando-se de outras que não fizeram qualquer preparação, e que estão pouco informadas. Também os maridos que fazem o acompanhamento e que não estiveram empenhados e com envolvimento afectivo na gravidez e no parto, têm um comportamento distante como se algo de alheio de tratasse.

293. DESVIO 12:p1;

No entendimento das enfermeiras, quando há desvios do que é esperado e desejado pode significar perigo ou causar ansiedade nas parturientes, sendo por isso importante alertá-las preventivamente para que estejam preparadas se algo de diferente acontecer.

294. DEVER A CUMPRIR 13:p2;

Na perspectiva das enfermeiras, alguns maridos aparentam pela postura que adquirem, que a sua presença é apenas um dever a cumprir, uma imposição social, sem que consigam apoiar e ajudar as mulheres.

295. DIFICULDADE 3:p1; 5:p3; 6:p2; 9:p1; 9:p2; 11:p5; 15:p4; 16:p2;
18:p3; 08:p1;

Aspecto referido relativamente à capacidade de suportar as dores sem que haja descontrolo. Com a evolução do trabalho de parto, a dor torna-se mais intensa levando a uma dificuldade em lidar com ela. Essa dificuldade é reconhecida tanto pelas parturientes como pelas enfermeiras, sendo a estratégia de eleição a respiração controlada. Além disso, algumas das enfermeiras têm a preocupação de as informar sobre o trabalho de parto e da dor como um processo que lhe está inerente. Esta informação visa ajudar a ultrapassar dificuldades. Para algumas parturientes a dor é tão intensa que provoca uma dificuldade em fazer correctamente os exercícios respiratórios e colaborar com as enfermeiras nomeadamente próximo do período expulsivo, levando ao desespero. Por outro lado, a dificuldade é sentida durante mais tempo, quando não há efeito analgésico.

296. DIFICULDADE EXTREMA 1:p1; 1:p3; 3:p1; 4:p2; 6:p1;
11:p3; 9:p1; 14:p2; 15:p1; 15:p2; O3:p3; O8:p1; O8:p2;

Surge principalmente na fase mais adiantada do trabalho de parto ou quando estes se prolongam no tempo, independentemente de terem ou não feito preparação para o parto, em que não conseguem de todo suportar a dor causando exaustão, desespero e stress emocional. Em alguns casos, esta dificuldade é sentida no período expulsivo mesmo que tenham sido submetidas a analgesia epidural causando descontrolo.

297. DISPENSÁVEL 2:p1; 4:p3; 15:p3; O1:p1;

A preparação psicoprofilática para o parto nem sempre é considerada necessária, tanto pelas enfermeiras como das parturientes.

298. DISPONIBILIDADE DA ENFERMEIRA 13:p2; 13:p5;
O1:p2; O2:p1; O6:p1; O7:p1; O8:p1;

A disponibilidade das enfermeiras está dependente da carga de trabalho e das solicitações das parturientes sendo que nem sempre estão disponíveis para estar permanentemente junto das parturientes e dos maridos como pretendiam.

299. DURAÇÃO DO SOFRIMENTO 14:p2;

Quando os maridos se apercebem de que a expressão da dor, e a sua evolução e duração no tempo, sentem-se impotentes e não sabem como responder aos seus pedidos de ajuda. Tendem a apoiá-las de diversas formas, estando presentes, dizendo -lhes palavras de incentivo, reforço positivo e dar a mão no momento da contracção.

300. DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO 4:p1; 7:p4;

8:p2; 9:p1; 9:p3; 10:p1; 11:p5; 12:p1; 14:p1;

Trabalhos de parto prolongados podem causar exaustão, mais desespero, desconfortos, desmobilizando as parturientes e aumentando-lhes a angústia/ansiedade bem como o nervosismo e ansiedade dos maridos.

Referida regularmente na avaliação da experiência do parto e do nascimento, é mais gratificante e surpreendente quando não se prolonga no tempo. No trabalho de parto, o período em que a actividade contráctil é mais intensa varia de mulher para mulher, sendo que este pode causar de forma variável maior ou menor desgaste e stress. Verifica-se uma rejeição da dor, as mulheres pretendem rapidamente ser submetidas a analgesia epidural.

301. EMPATIA 11:p5; 12:p1;

As enfermeiras procuram ter uma atitude empática desde o momento da admissão, considerando que é importante em relação de ajuda, conseguir que as parturientes e os maridos sintam confiança no profissional, e lhes proporcione tranquilidade. Reconhecem que através de uma atitude empática conseguem mais facilmente que a parturiente se controle e que o marido esteja mais envolvido e apoie a esposa.

302. EMPENHO 10:p3;

As enfermeiras consideram fundamental que os pais demonstrem durante a gravidez, que estão empenhados para que sejam capazes de assegurar ajuda prática às mulheres nos blocos de partos enquanto as acompanham

303. ENVOLVIMENTO AFECTIVO 15:p2; 16:p1; 17:p1; O8:p1;

Os pais demonstram que desejam estar presentes no momento do nascimento, mantendo-se junto das parturientes, mobilizando todos os esforços para estarem presentes nesse momento.

304. **EQUILIBRIO EMOCIONAL** 10:p4; 13:p5;

As enfermeiras consideram que é um factor importante para obter controlo

305. **ESCLARECIMENTO** 10:p1; 11:p3; 11:p5;

Algumas senhoras mostram estar esclarecidas acerca de alguns dos procedimentos necessários para o parto, sendo diversas as fontes de informação, o que é na opinião das enfermeiras, benéfico para o controlo e para uma experiência positiva do parto. Para as enfermeiras os maridos que estão esclarecidos conseguem controlar melhor as suas emoções, e são capazes de dar ajuda prática á mulher.

306. **ESPERA** 7:p4; 14:p3; 12:p4; 5:p1; 6:p2; 7:p1; 15:p2; 15:p3; 16:p1; 17:p1; O1:p1; O3:p1; O3:p2; O4:p1; O6:p2; O8:p1.

Por vezes, o tempo de permanência nas salas de parto pode ser de um ou dois dias sem que ocorra o parto ou o aparecimento de contracções, o que pode aumentar a angústia/ansiedade, o medo e a s inseguranças. Na indução do trabalho de parto, o tempo que ocorre desde o inicio da indução até à instalação do trabalho de parto, pode durar várias horas e por vezes sem sucesso aguardando-se pelo dia seguinte.

307. **ESSENCIAL** 12:p5;

De forma divergente, algumas enfermeiras consideram que é importante a frequência nos cursos de preparação para o parto, pela abrangência de conhecimentos que transmite.

308. **ESTRATÉGIA DE ALÍVIO** 1:p1; 2:p1; 2:p3; 3:p2; 4:p2; 6:p1; 9:p2; 15:p2; O1:p1; O2:p1; O6:p1;

Muitas destas mulheres utilizam estratégias de alívio da dor, sendo que a algumas delas são sobretudo de exercer força física, tal como apertar a mão do marido, morder os lençóis ou torcê-los, esticar as pernas e cerrar as pálpebras. Em alguns casos, gritam. Por vezes pensam no bebé que é o significado da dor.

309. **EXAUSTÃO** 6:p1; 7:p4; 8:p2; 14:p1; 15:p4; 17:p1; O1:p2; O3:p2; O8:p1;

Referida pela maioria das entrevistadas, resulta da duração do trabalho de parto e do stress fisiológico a que estão sujeitas. Está também presente nos maridos, nomeadamente quando os internamentos são de muitas horas ou o trabalho de parto se prolonga.

310. **EXCLUSIVIDADE** 15:p4;

A gravidez é um acontecimento que pertence à mulher, pelo que ela tem nisso a experiência de um sentimento que não é sentido pelo homem.

311. **EXIGÊNCIA** 11:p 4;

Para as enfermeiras, actualmente, as parturientes que não aceitem fazer analgesia epidural, pode ser um elemento que cause maior exigência do ponto de vista da assistência profissional, uma vez que há probabilidade de não suportar a dor e de entrar em descontrolo, prejudicando o bem-estar fetal.

312. **EXPECTATIVA DA DOR** 1:p3; 3:p2; 4:p1; 4:p3; 6:p1; 6:p2; 7:p1; 10:p1; 11:p5; 13:p3; 18:p1; O4:p2;

Algumas destas entrevistadas, estão seguras de que a cada contracção o estímulo poderá causar dor. Por ser a primeira experiência de parto, inicialmente têm dificuldade em identificar as contracções do trabalho de parto. Dependendo das ideias sobre o parto que foram criando no decorrer da gravidez, da influência de opiniões e da expectativa do parto. Classificam-na como suportável, contrariamente ao que lhe tinha sido dito durante a gravidez esperando sempre que as contracções seguintes sejam piores, ou pelo contrário, se pensaram que iriam suportar sem dificuldade quando vivem essa experiência de dor, sentem que não são capazes, mais facilmente surge o

descontrole, a angústia/ansiedade e o stress emocional. Há quem não tenha criado qualquer expectativa da dor, preocupando-se com outras possíveis complicações associadas ao parto.

313. **EXPECTATIVA DO PARTO** 8:p2; 11:p2; 12:p4; 10:p2; 15:p3;
16:p1; O1:p2; O1:p3;

As entrevistadas referem ter criado alguma expectativa para o parto, esperando que seja breve e de forma natural. Por vezes mostram curiosidade em saber como se processa e o que se sente.

314. **EXPERIÊNCIA DE DOR** 1:p2; 5:p1; 4:p3; 6:p2; 7:p1; 7:p2;
10:p2; 11:p6; 13:p5; 14:p1; 15:p3; O3:p3; O6:p2; O8:p2;

Pode condicionar o comportamento de acordo com a expectativa da dor, porque sendo primíparas, não têm termo de comparação podendo no entanto, por vezes estabelecer comparação com o que foram lendo ou ouvindo. Apesar de terem sido submetidas a analgesia epidural, algumas mulheres, tendem a enfatizar o facto de ainda terem sentido dor, e de que tiveram de lidar com ela, pelo que também percepcionaram a dor do parto. Por vezes, quando sentem mais desconforto referem que será o primeiro e único filho.

315. **EXPERIÊNCIA DE PARTO** 5:p1; 12:p3; 12:p4; 13:p5; 9:p1;
10:p3;

È uma vivência nova, para algumas a primeira experiência de dor física mais intensa. È subjectiva e individual à qual se reage das mais variadas formas.

316. **EXPERIÊNCIA DE PERDA** 14:p2;

Em situações onde já ocorreu aborto, a mulher tende a viver a gravidez de forma tranquila sem pensar no parto, desejando chegar ao fim da gravidez para ver o filho. Durante o trabalho de parto, não se verificou maior descontrole nestas mulheres,

317. **EXPERIÊNCIA POSITIVA** 2:p1; 5:p1; 3:p3; 7:p4; 8:p4; 9:p2;
15:p4; 16:p2; 17:p3;

Quando a experiência do parto é vivida com as dificuldades que lhe são inerentes ela é considerada como sendo positiva

318. EXPERIÊNCIA GRATIFICANTE 4:p4;

Quando a experiência do parto é vivida com as dificuldades que lhe são inerentes ela é considerada como sendo positiva

319. EXPRESSÃO DA DOR 11:p6; 12:p4; 13:p1; 18:p1; 18:p3; O1:p1; O1:p2; O3:p2; O5:p1; O8:p1;

Varia de acordo com a cultura a expectativa do parto o desejo da gravidez e fase do trabalho de parto. Permite que a enfermeira mais facilmente identifique a forma como reage à dor e a necessidade de fazer uma avaliação da progressão do trabalho de parto.

320. EXTERIORIZAÇÃO DA EMOÇÃO 16:p2; 17:p1;

Por vezes o stress emocional ultrapassa a capacidade de contenção e exteriorizam o que sentem, podendo ser emoção ou impaciência.

321. FAMILIARIDADE 9:p3;

Pode, ser factor de descontrolo, pelo que a presença de alguém que é familiar nomeadamente o marido, provoca comportamentos menos aceitáveis, podendo conter-se mais quando estão na presença de alguém que não conhecem e num ambiente igualmente desconhecido.

322. FASE DO TRABALHO DE PARTO 4:p1; 7:p4; 8:p2; 9:p1; 11:p4; 12:p3; 16:p1;

A intensidade da dor e a frequência das contracções varia ao longo do trabalho de parto, pelo que quando não há efeito analgésico, as queixas tendem a ser maiores e aumentar a dificuldade em suportar as fases mais adiantadas e o período expulsivo. Nesta fase quando há descontrolo só o nascimento do bebé vai reequilibrá-las. Como a maioria opta por fazer analgesia epidural, a fase de maior dificuldade antecede ao efeito deste método.

323. FELICIDADE 2:p2; 12:p7;

Sentimento que está subjacente durante o processo do trabalho de parto, emergindo isoladamente quando vêm o bebê, podendo misturar-se com comoção.

324. FIGURA DE FACHADA 10:p3; 13:p2;

No entendimento das enfermeiras, alguns maridos acompanham as mulheres no trabalho de parto, sem que seja por vontade própria mas sim para agradar a família e dar a conhecer foi um marido e pai presente, apresentando uma postura de alheio.

325. FONTES DE INFORMAÇÃO 6:p1; 7:p3; 9:p2; O6:p1;

As mulheres enquanto grávidas procuram informar-se acerca do parto, com alguém experiente, sendo várias as fontes de informação, podendo servir de comparação quando vivem a experiência do parto. Os relatos ouvidos podem causar efeitos positivos ou negativos com implicações nos comportamentos que vão adoptando.

326. FORÇA INTERIOR 4:p2; 6:p2;

Surge com uma mentalização positiva para passar pelo processo da dor, e traduz – se numa forma de optimismo para continuar.

327. FREQUÊNCIA DAS QUEIXAS 11:p2;

Varia com a duração do trabalho de parto, com a presença do marido, e com a fase do trabalho de parto. Pode ainda estar subjacente a aceitação da gravidez e o confronto com o desconhecido.

328. FUGA 5:p3; 8:p1; 7:p2; 15:p1;

As entrevistadas, referem que durante a gravidez, se retiravam ou desviavam quando o tema de algumas conversas sobre o parto se referiam ao parto mas numa perspectiva pessimista e dificultosa.

329. GANHO 1:p3;

Pode ser factor de maior controlo, na perspectiva das enfermeiras.

336. **IMPACIÊNCIA** 14:p3; 15:p3; O8:p2;

Sentimento revelado pela parturiente devido ao desconforto e à exaustão.

337. **IMPOSIÇÃO SOCIAL** 13: p2; 10:p3;

Na perspectiva de enfermagem, muitos maridos estão presentes na sala de partos, por ser forçado em consciência a fazê-lo para dar resposta a algo que parece ser comum na actualidade, sem que seja seu desejo real.

338. **IMPOSIÇÃO DE GENERO** 13:p2; 1:p2; 11:p2;

O facto da figura masculina estar isenta de passar por este processo de dor, pode ainda actualmente ter uma conotação de peso, e o marido estar presente apenas para assistir ao nascimento

339. **IMPOSSIBILIDADE** 8:p1; 14:p1;

O facto de não poder fazer analgesia epidural, é um impedimento que aparenta ser aceite com conformação.

340. **INCAPACIDADE** 8:p1; 8:p3;

Por vezes, a dificuldade de sentida é tão intensa que o sentimento que se tem é de que não se é capaz de aguentar e chegar ao fim.

341. **INCENTIVO** 8:p2; 12:p3; 7:p2; 8:p2; 15:p2;

O apoio do marido, pode ser benéfico quando transmite palavras de confiança. As enfermeiras falam do bebé, e num diálogo que dá reforço positivo, incentivam-nas, o que parece ser uma forma de obter maior colaboração e promover o controlo. Esse incentivo pode ser mais benéfico se for dado desde a fase inicial do trabalho de parto., quando a dor é mais tolerável.

342. **INCOMPARÁVEL** 3:p3; 4:p4; 5:p4; 2:p2; 14:p2;

Algumas entrevistadas referem a dor do parto como sendo difícil de explicar e estabelecer qualquer termo de comparação.

343. INCOMPATIBILIDADE 11:p2;

O facto da parturiente não se compatibilizar com o feitio e o modo de estar da enfermeira, pode desencadear descontrolo.

344. INCONVENIENTE 13:p5;

A analgesia epidural, provoca alívio da dor mas tem efeitos secundários, que para muitas parturientes não estão bem esclarecidos, o que as leva a ter uma atitude inicial de rejeição dessa técnica e aceitação da dor, embora por vezes mudem de opinião quando confrontadas com a dor.

345. INDESCRITIVEL 4:p1; 15:p1;

A dor do parto não se consegue descrever só sendo vivenciada. Também a vivência dos sentimentos, nomeadamente quando é o primeiro filho, é tão intensa e variada que se torna difícil descrever, nomeadamente o período expulsivo.

346. INDIVIDUALIDADE 1:p2; 2:p2; 3:p3; 4:p3; 4:p1; 6:p2; 9:p2; 10:p1; 11:p5; 12:p2; 14:p1; 15:p1; 15:p3; O1:p2;

Algumas das entrevistadas referem a dor como subjectiva e de vivência pessoal, pelo que pressupõe reacções diversas. Esta forma de pensar leva a que não se assustem nem criem ideias negativas sobre o parto, ou sejam influenciadas pelas opiniões de terceiros. A sensibilidade à dor varia de individuo para individuo, dando origem a comportamentos variados, e no caso particular da dor de parto, estão subjacentes factores que diminuem ou exacerbam essa sensação, traduzindo-se em diversas reacções comportamentais. De salientar a cultura, a expectativa da dor, o desejo e a aceitação da gravidez, a influência de opiniões e a presença do marido.

347. INESPERADO 8:p1; 6:p2; 7:p2; 17:p1;

Quando algo de inesperado acontece há uma necessidade de desviar o que foi planeado, nomeadamente as induções do parto.

348. INEXPLICÁVEL 2:p2; 3:p1; 7:p1; 8:p1;

A dor do parto dada a sua múltipla dimensão, não se consegue explicar, bem como as atitudes que se tem quando é vivenciada.

349. INFLUÊNCIA DE OPINIÕES 1:p2; 2:p2; 4:p1; 4:p3; 10:p1; 6:p3; 12:p2; 13:p; 18:p1;

Para as enfermeiras a forma como as parturientes se comportam está também dependente das opiniões que foram obtendo acerca do parto e dos relatos que ouviram e pode em algumas circunstâncias ser lembrado durante o trabalho de parto, servindo de base de comparação, com efeitos divergentes. Do que foi dado a observar e de acordo com algumas entrevistas, quem criou ideias sobre o parto numa perspectiva optimista, e se na sua experiência se depara com algo difícil de suportar, sente mais angústia e mais facilmente entra em descontrolo. Pode também ocorrer o inverso, quando se criaram receios e medos acerca do parto, mas na sua vivência pessoal, serem capazes de superar sem dificuldade, considerando nestes casos que foram contempladas com o factor sorte. Conversas ouvidas durante a gravidez, podem criar expectativas que não correspondem ao real, quando vivido, causando angústia/ansiedade ao longo do desenvolvimento do trabalho de parto, ou pelo contrário, alívio por ser menos difícil do que estavam à espera.

350. INFORMAÇÃO/ORIENTAÇÃO 2:p2; 4:p2; 7:p3; 10:p1; 11:p1; 11:p5; 12:p1; 13:p4; 17:p1; 18:p2; O3:p1; O7:p1;

Na opinião das enfermeiras, é importante que tanto as parturientes como os maridos estejam previamente informados acerca do trabalho de parto e do parto, para que possa haver uma compreensão do fenómeno vivendo o nascimento do filho de forma tranquila sem ansiedade/angústia, diminuindo nos maridos insegurança, sentimento de impotência e desmotivação. Um aspecto que as enfermeiras consideram importante é dar informação e prepará-las para o extremo do que há probabilidade de acontecer ao longo do trabalho de parto.

351. INQUIETAÇÃO 10:p3; O1:p1; O3:p1; O4:p1; O8:p2;

Para os maridos que fizeram o acompanhamento no trabalho de parto, o tempo de espera, assistir às queixas da mulher sem poder fazer nada para aliviar, estar num ambiente desconhecido, trás alguma inquietação. A espera pelo momento do nascimento, para ser submetida a analgesia epidural ou entrar em trabalho de parto pode torná-los inquietos. Também devido à intensidade da dor e à duração do trabalho de parto, as parturientes revelam-se um pouco inquietas.

352. INSEGURANÇA 13:p2;

Por vezes, a insegurança dos maridos torna-os apelativos e questionam permanentemente sobre tudo o que se passa, sendo se deve, na opinião das enfermeiras, a falta de informação que deveria ser adquirida durante a gravidez.

353. INTERMINÁVEL 14:p3; 3:p2;

Quando a situação do desconforto se arrasta ou é intensa, aleada à espera o processo do nascimento parece para as parturientes, que não tem fim.

354. INTENSIDADE DA DOR 1:p2; 2:p2; 5p2; 3:p1; 6:p1; 12:p6;
4:p2; 18:p2; O7:p1; O8:p2;

A intensidade da dor e a frequência das contracções varia ao longo do trabalho de parto, pelo que quando não há efeito analgésico, as queixas tendem a ser maiores e aumentar a dificuldade em suportar as fases mais adiantadas e o período expulsivo. Nesta fase quando há descontrolo só o nascimento do bebé vai reequilibrá-las. Como a maioria opta por fazer analgesia epidural, a fase de maior dificuldade antecede ao efeito deste método.

355. MECANISMO DE DEFESA 11:p5;

Para conseguirem reagir de forma assertiva e humanizada, às reacções das parturientes, as enfermeiras criam mecanismos que lhes permitam ultrapassar de forma tranquila certos desvios de comportamento que por vezes ocorrem.

356. MEDO 10:p3; 3:p2; 4:p3; 11:p2; 12:p3; 13:p2; 8:p1; 13:p3; 14:p2;
O4:p1;

Embora seja pouco referido, algumas parturientes e enfermeiras referem o medo da dor, do sofrimento, do desconhecido, da duração do trabalho de parto e da incapacidade para chegar ao fim. As senhoras referem ter medo que algo corra mal para si e para o seu bebé, notando-se por vezes maior preocupação com o bebé.

357. **MEDO DO SOFRIMENTO** 2:p2; 4:p3; 5:p1; 5:p3; 15:p3;

As entrevistadas referem ter sentido medo que o trabalho de parto se prolongue e que o sofrimento seja duradouro. Aspecto que se confirma com o que foi observado.

358. **MENTALIZAÇÃO** 2:p1; 3:p1; 4:p4; 5:p3; 11:p1; 12:p2; 9:p2; 10:p1; 14:p1; 18:p3;

Quando as mulheres se mentalizam de que devem colaborar, porque a situação que estão a viver é necessária e comum, tornam-se mais colaborantes e controladas. Algumas parturientes não sentem como necessária a preparação para o parto.

359. **MOTIVAÇÃO** 11:p3;

Para as enfermeiras, o facto das grávidas fazerem preparação para o parto, só tem o efeito pretendido de se estiverem motivadas nessa aulas, e souberem pôr em prática os conteúdos transmitidos.

360. **MUDANÇA** 11:p5;

Para as enfermeiras, algumas parturientes alteram de tal forma o seu comportamento, chegando a perder o controlo do que verbalizam ou fazem.

361. **NATURAL** 2:p2; 9:p1; 11:p1; 12:p3; 1:p2; 2:p2; 8:p1; 9:p1; 10:p4;

Algumas parturientes referem a preferência por um parto natural, sendo esse o seu desejo antes da experiência da dor do parto. Algumas referem que idealizaram durante a gravidez, ter um parto sem recurso à instrumentalização.

362. **NEGAÇÃO** 12:p1;

As enfermeiras referem que quando a gravidez não é desejada a postura das senhoras pode variar entre ficarem caladas ou revoltadas.

363. **OBSCURIDADE** 5:p4; 7:p4; 9:p3; 14:p3; 15:p4; 16:p2;

Algumas entrevistadas não se conseguem lembrar em concreto do momento em que são transferidas para a sala de partos.

364. **OCULTAÇÃO** 17:p3;

O desejo do marido em estar presente leva a que se passe despercebido quando as normas do serviço impõem que se retire.

365. **OPINIÃO DE TERCEIROS** 3:p2; 7:p1; 8:p1; 5:p3; 9:p2; 14:p2;
15:p1;

As opiniões sobre o parto, que as grávidas vão ouvindo, podem resultar de uma curiosidade em saber antecipadamente como será a dor, ou ela surgir espontaneamente nas conversas, às quais podem não atender muito tendo uma atitude de fuga. Estas opiniões podem ou não influenciar o comportamento durante a experiência do parto.

366. **OPORTUNO** 12:p3; O5:p1;

A informação, a ajuda para respirar e o apoio para terem o efeito desejado, devem ser feitos de forma oportuna, sendo de evitar os momentos em que ocorrem as contracções.

367. **OPTIMISMO** 5:p3; 7:p1; 9:p2; 15:p1; O1:p1; O1:p3;

Algumas enfermeiras entendem que o facto da mulher se mostrar optimista perante a experiência de parto, ajuda a uma aceitação da dor, sendo favorável ao controlo. Também algumas parturientes não se deixam influenciar pela opinião de terceiros, e mostram-se optimistas quanto à experiência que vão viver.

368. **PAPEL DO MARIDO** 12:p7;

Para as enfermeiras, os maridos são uma ajuda efectiva, com efeitos no apoio à mulher durante o trabalho de parto, se estiverem informados, calmos e forem capazes de as ajudar e transmitir calma.

369. **PARTILHA** 1:p2; 7:p3; 16:p1;

Para as entrevistadas, o facto de terem os maridos presentes, é uma forma de partilharem aqueles momentos que antecedem o nascimento do filho, ainda que eles não sejam capazes de dar ajuda prática. É alguém muito significativo com quem partilham o bom e o menos bom, sendo também essencial, no momento do nascimento, e se ocorrer algum imprevisto, têm conhecimento em simultâneo.

370. **PASSADO** 1:p3; 2:p2; 3:p1; 3:p2; 5:p4; 7:p4; 8:p3; 11:p4; 14:p1; 17:p3;

Há uma tendência a referirem a experiência de dor como algo que pertence ao passado, olhando apenas para o facto de ter obtido a concretização do nascimento, envolvendo-se apenas com o filho.

371. **PERSISTÊNCIA DA DOR** 3:p1;

Provocam saturação, nomeadamente se são muito intensas, pretendendo-se alívio imediato.

372. **PERSONALIDADE** 10:p1;

Na perspectiva de enfermagem, a forma como as pessoas estão na vida e encaram as dificuldades pode ser uma condicionante para lidar com a dor do parto e aceitá-la sem dramatizar. Encarar com pessimismo situações que causem dificuldade, aumenta o sofrimento e compromete a capacidade de controlo.

373. **PERSONALIDADE DO MARIDO** 12:p6;

Do ponto de vista da enfermagem, a personalidade do marido pode condicionar o comportamento das parturientes, sendo essencial que sejam calmos e confiantes, que lhes façam companhia e transmitam segurança.

374. PERSUAÇÃO 11:p2;

Para as enfermeiras, as mulheres tentam demonstrar aos maridos de forma convicta de que estão a sofrer.

375. PERTURBAÇÃO 12:p6; 11:p1;

Um ambiente de grito e de dor, perturba o desempenho das enfermeiras na vigilância e condução do trabalho de parto e no momento do nascimento. Sabendo que os indivíduos com dor podem ter comportamentos diversos, estes têm implicação na reacção e atitude das enfermeiras, que podem ficar indiferentes, distantes ou impõem-se com o objectivo de conseguir controlo. As enfermeiras referem ainda que os maridos ansiosos e impacientes. Também tem efeito perturbador para o seu desempenho.

376. PESSIMISMO 10:p2;

Pessoas que no seu dia a dia lidem mal com a dificuldade podem relativamente ao trabalho de parto, não ter uma atitude positiva, e mais facilmente se angustiarem.

377. PESSOA SIGNIFICATIVA 1:p2; 12:p6; 13:p2; O2:p1;

Foi valorizada a presença junto da parturiente de alguém que seja próximo e que dê ajuda e suporte não tendo que ser necessariamente o marido. O importante é que transmita calma e confiança.

378. PREOCUPAÇÃO 4:p3; 1:p2; 17:p3; O3:p2;

E comum em todas as parturientes, por ser a primeira experiência de parto, preocupem-se com o bem estar fetal, e com o desconhecido, nomeadamente com a intensidade da dor, è também fonte de preocupação para os maridos, o facto de correrem o risco de não assistir ao nascimento sempre que se ausentam do bloco de partos.

379. PREPARAÇÃO PARA O PARTO 10:p3; 12:p5; 13:p3; 18:p2;
O7:p1;

Os cursos de preparação para o parto são considerados dispensáveis para algumas parturientes, na medida em que as técnicas de respiração e

relaxamento que ajudam ao controlo, são explicadas pelas enfermeiras durante o trabalho de parto. As que frequentam esses cursos referem ser uma mais valia mas, por vezes não conseguem relaxar de forma desejável, dada a intensidade da dor verificando-se ainda que optam pelo recurso à analgesia epidural. Consta-se que a referência a estes cursos é feita só no sentido de ensinar estratégias de ajuda para respirar e não como fonte de informação e preparação para o parto. As enfermeiras têm opiniões divergentes, enquanto que para algumas, as senhoras que frequentaram estes cursos têm um comportamento mais controlado destacando-se das restantes. Para outras, a frequência nos cursos não trouxe alguma vantagem, ou porque não estavam motivadas para o fazer ou porque assistiram a poucas aulas. Mostram – se um pouco cépticas em relação a esses cursos e ao real efeito nas grávidas, quer pelos conteúdos que lhe são transmitidos, quer pela pessoa que os ensina. Ainda na opinião das enfermeiras, algumas das senhoras que fizeram preparação psicoprofilática para o parto, em determinados momentos não conseguem efectuar correctamente estes exercícios e descontrolam-se à semelhança de quem não fez essa preparação.

380. PRESENÇA DO MARIDO 4:p2; 11:p2; 2:p2; 6:p2;14:p3;
15:p4; 16:p1; 17:p1; O2:p1; O3:p1; O6:p1;

Embora na actualidade exista legislação que contemple a permanência do pai na sala de partos, este nem sempre é considerado pelas enfermeiras como peça importante neste período de transição maternidade/paternidade, sendo, em seu entender, muitas das vezes causadores do descontrolo. Ao que parece isto deve-se à atitude passiva e distante ou apelativa que muitos apresentam, demonstrando que o acontecimento lhes é alheio e que se trata de um dever a cumprir por exigências sociais e familiares. Também o facto de estarem mal informados, de não apoiarem convenientemente as mulheres, e não conseguirem controlar as suas emoções tornando-se apelativos e inseguros contagiam as mulheres favorecendo o seu descontrolo e a desestabilização do ambiente com implicações no desempenho das enfermeiras. De forma oposta, as parturientes referem que ter o marido presente é um apoio e uma segurança.

381. PRESENÇA DE PESSOA SIGNIFICATIVA 1:p2; 13:p2;

Actualmente, a legislação permite a presença do marido na sala de partos, não sendo o marido pode ser outra pessoa do desejo da parturiente, tendo efeitos benéficos e favoráveis para o comportamento da mulher em trabalho de parto.

382. PREVENÇÃO 11:p2; 12:p1; 12:p3; 12:p4; O8:p1;

As enfermeiras actuam a título preventivo na dor e no controlo, questionando logo no momento da admissão se desejam fazer analgesia epidural para que sejam tomadas atempadamente todas as medidas. Nos casos em que as parturientes estejam descontroladas, é pedido aos maridos que se retirem temporariamente para que consigam em privado obter controlo, prevenindo situações de contágio e de caos.

383. PRIVACIDADE 7:p3; 9:p3; 14:p3; O3:p1; O7:p1; O8:p1;

Algumas entrevistadas preferem viver o seu trabalho de parto, apenas na companhia do marido. É importante que o ambiente seja isento de ruídos que traduzam a vivência de outras utentes que estejam no mesmo quarto. Preferem também estar sozinhas porque gerem o pudor de forma mais descontraída.

384. PRIVILÉGIO 8:p3;

Para as parturientes, poder ter o marido como acompanhante é considerado um acto de privilégio comparando com quem não tem essa possibilidade.

385. PROCESSO FISIOLÓGICO 1:p2; 10:p4; 12:p3; 13:p1;

Tanto as enfermeiras como as parturientes, reconhecem o trabalho de parto e o parto como um processo fisiológico, inerente aos seres vivos, reconhecendo-lhe algumas dificuldades, referindo que devia ser isento de desconforto.

386. PROXIMIDADE DO NASCIMENTO 1:p2; 4:p4; 5p2; 7:p2; 8:p3; 9:p3; 12:p5; 14:p2; 15:p1;

È um momento muito ansiado. Com o decurso do tempo, desejam ouvir das enfermeiras a informação de que está próximo o nascimento do filho. Algumas entrevistadas referem que dado o significado da dor, as dificuldades vividas no trabalho de parto, são minimizadas quando se apercebem da proximidade do nascimento. Também a ruptura das membranas, a data provável do parto e o

início da actividade contráctil são indícios de que o nascimento está para breve, tendo conseguido levar a gravidez a termo. Por ser a fase em que as contracções são mais fortes, há maior predisposição ao descontrolo, nomeadamente se não têm efeito analgésico ou se este está a ter pouco efeito.

387. RECURSO EFICAZ 3:p2; **5p1**; 6:p3; 7:p2; 11:p2; 11:p4; 9:p1; 18:p2;

A analgesia epidural, é considerada pela maioria das entrevistadas como o recurso que as aliviará e que não prejudica o bebé, embora desconheçam efeitos secundários. A maior parte está decidida a ser submetida a esta técnica, e algumas das que tencionam não fazer, quando se confrontam com a dor, mudam de opinião. As enfermeiras preocupam-se em assegurar o alívio da dor com esta técnica, que maioritariamente leva a uma experiência positiva e satisfação na experiência do parto.

388. REFORÇO POSITIVO 7:p2; 8:p2; 15:p2; O3:p1;

As mulheres sentem força para continuar quando sentem que são estimuladas, tanto pelos maridos como pelas enfermeiras, e que lhes é dada atenção e orientação elogiando – as naquilo que se esforçam em fazer.

389. REJEIÇÃO DA DOR 5p2; 8:p1; 10:p1; 10:p4; 11:p3; 12:p3; 13:p1; 13:p3; 13:p4; 7:p2; 15:p1; 18:p3; O2:p2; O5:p1;

As enfermeiras são unânimes em proporcionar às mulheres uma experiência de parto o menos dolorosa possível. Comparando com os tempos em que não havia recurso a analgesia epidural, referem que já não se justifica a dor no trabalho de parto além de que já não estão habituadas a ouvir gritos tornando o ambiente da sala de partos desfavorável à assistência profissional e à ajuda às mulheres, com risco de implicações no comportamento de outras parturientes causadas por contágio.

O facto das mulheres saberem previamente da existência da analgesia epidural como um recurso eficaz de combate à dor, faz com que a maioria a solicite sendo que em alguns casos é manifestando esse desejo logo no

momento da admissão. Esta possibilidade de rejeição da dor passa a ser também desejada por algumas das participantes que antes de sentirem as contracções do trabalho de parto, tinham optado por não se submeterem a este método farmacológico.

390. RESPEITO PELAS OPINIÕES 12:p3

Por vezes, as enfermeiras, aceitam o facto da mulher não querer fazer epidural, respeitando esse desejo, não insistem para que mudem de ideias.

391. RESPONSABILIZAÇÃO 13:p4;

Quando transmitem informação sobre a analgesia epidural, algumas enfermeiras referem que esta é uma escolha pessoal e não uma imposição devendo assinar previamente o consentimento informado para actos médicos.

392. ROTINA 11:p3; 12:p2;

Por rotina, as enfermeiras pretendem saber logo no momento da admissão se as parturientes pretendem fazer analgesia epidural, aproveitando a oportunidade o mais precocemente possível para dar informação /orientação no sentido de assegurar o alívio da dor, com um método que é actualmente um recurso eficaz.

393. SEGURANÇA 11:p2; 12:p3; 18:p2; O4:p1; O8:p2;

As enfermeiras procuram ser seguras nos seus actos, quando se prevê que a situação se pode complicar devido ao descontrolo comunicam ao médico de serviço.

394. SEGURANÇA INTERIOR 5p2; 4:p2; 9:p3; 1:p2; 14:p2;

Para as parturientes, a presença do marido transmite uma sensação de segurança, de que tudo irá correr bem, porque é uma pessoa em quem confiam, que vivência a experiência em comum e que serve de apoio e companhia.

395. SENSAÇÃO 12:p1;

Para as enfermeiras, a dor do parto não é mais do que uma sensação resultante de um stress fisiológico que origina o que chamamos dor.

396. SENTIMENTO DE CULPA 13:p3;

Na perspectiva da enfermagem, as mães que não desejem a gravidez, no primeiro contacto com o bebé, ficam indiferentes e culpam-no pela dor sentida.

397. SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA 6:p2; 16:p2; 17:p2; 18:p2;
O5:p1;

Os maridos referem que quando se apercebem da expressão da dor, nomeadamente se esta é prolongada, desejam poder alivia-las, mas não sabem como, e algumas formas que utilizam não resultam. Este aspecto é também reconhecido pelas mulheres.

398. SIGNIFICADO DA DOR 1:p2; 2:p1; 2:p2; 4:p1; 5:p2; 5:p3;
7:p2; 8:p1; 8:p3; 9:p3; 12:p7; 13:p1; 14:p1; 14:p2; 17:p2; 15:p2; O1:p2;

A dor torna-se mais suportável e as mulheres controlam-se mais quando se consciencializam de que têm que passar por aquele processo para ter o filho.

399. SOBREAVISO 12:p5; O1:p2; O6:p1;

As enfermeiras entendem como vantajoso que as mulheres estejam alertadas para o aparecimento de determinados sintomas, para que não se assustem ou descontrolem.

400. SOFRIMENTO 6:p2, 9:p1; 13:p5;

A dor do trabalho de parto é aguda e transitória à qual estão subjacentes outros desconfortos físicos e psicológicos, que lhe confere um carácter penoso.

401. SORTE 4:p3; 18:p3; O1:p1;

O facto da duração do trabalho de parto ser curta, de conseguir superar os desconfortos inerentes ao trabalho de parto, de não sentir as dificuldades que foi ouvindo de pessoas que já tiveram a experiência do parto, faz com que a parturiente estabeleça uma comparação e sinta que teve sorte, por não ter um

período prolongado de espera e de desconforto. É também comum entre as parturientes desejarem entre elas que tenham sorte, que corra tudo bem.

402. **STRESS EMOCIONAL** 4:p2; 3:p2; 7:p4; 8:p2; 12:p4; 15:p3; 17:p3;
01:p3;

Alguns dos entrevistados, vivenciam uma variedade de emoções que se repetem constantemente e que culminam com o nascimento do bebê.

403. **STRESS EVITAVEL** 1:p2; 3:p3; 5:p2; 6:p3; 7:p2; 9:p2; 14:p2;
15:p1;

Durante a gravidez evitam falar do parto e dador, sendo lembrado com a proximidade do parto.

404. **STRESS FISIOLÓGICO** 4:p1; 5:p2; 6:p3; 1:p1; 7:p4;

Os mecanismos do trabalho de parto, provocam estímulos dolorosos resultantes dos estímulos inerentes provocando uma situação de stress com o qual se tem que lidar.

405. **SUBJECTIVIDADE** 12:p2; 13:p1; 10:p4; 18:p1;

Algumas parturientes e enfermeiras, reconhecem a subjectividade da dor, sendo por isso difícil classifica-la e compara-la, explicar porque por vezes há aceitação da dor, e noutras situações rejeição da dor, pelo que a comparação e a influência de opiniões nem sempre correspondem às expectativas criadas para o parto.

406. **SUPERVISÃO** 10:p3; 12:p6;

Alguns maridos, não têm a iniciativa de apoiar as mulheres mas porque querem estar presentes, mantém-se no quarto mas mais numa atitude de supervisão. Incluem-se aqui os que estão mais ansiosos e que se tornam mais apelativos.

407. **SUPORTÁVEL** 4:p3; 7:p1;

A dor do parto nem sempre é encarada como experiência que provocou dificuldade.

408. **SUPORTE** 12:p4; 5:p1; 7:p3; 10:p2; 12:p3; 15:p2; 17:p2; 18:p2;
O2:p2; O8:p1;

A dor do parto nem sempre é encarada como experiência que provocou dificuldade.

409. **SURPRESA** 1:p3; 2:p1; 4:p2; 4:p3; 7:p1;

Dado o desconhecimento do trabalho de parto os acontecimentos que vão surgindo surpreendem quer de forma positiva ou negativa, pelo que as enfermeiras consideram importante dar informação /orientação prevenindo-as e evitar que se assustem ou fiquem ansiosas. Quando se surpreendem de forma positiva, consideram que tiveram sorte.

410. **TEMPO DE SOFRIMENTO** 5p3; 6:p1; 6:p2;16:p2;

A duração do trabalho de parto e da intensidade das contracções pode levar à exaustão, à impaciência e a um sentimento de sofrimento interminável, aumentando a ansiedade do casal tornando-os mais apelativos e desejosos da presença da enfermeira.

411. **TENSÃO** 11:p4; 12:p6; 16:p2; O5:p1; O8:p2

Por vezes as exigências profissionais e das utentes e maridos leva a que a enfermeira viva uns momentos de tensão para os quais tem de arranjar estratégias para as resolver.

412. **TOLERÂNCIA À DOR** 6:p1; 13:p1; 2:p1;

A tolerância à dor pode ser condicionada pela cultura, personalidade, desejo da gravidez, presença do marido, significado da dor e fase do trabalho de parto. Também a espera pode causar exaustão e torná-las menos tolerantes.

413. **TRANQUILIDADE** 3:p2; 9:p2; 10:p2; 11:p4; 11:p5; 13:p5;
12:p3; 14:p3; O3:p1; O3:p2; O4:p1; O4:p2; O6:p1;

É um aspecto referido tanto pelas enfermeiras como pelas parturientes. Para as parturientes, o facto de saberem que podem recorrer à analgesia epidural, faz

com que durante a gravidez não se preocupem com as questões da dor no parto, porque sabem antecipadamente que há um recurso eficaz para o alívio da dor. Para tranquilizar as parturientes, as enfermeiras tendem a informá-las e apoiá-las emocionalmente de forma a proporcionar um ambiente acolhedor, uma vez que é seu entendimento que um ambiente desconhecido compromete a tranquilidade. As enfermeiras preferem ainda que as senhoras façam epidural, para que fiquem calmas, e permitam que elas exerçam a sua função de forma tranquila.

414. **TRANSMISSÃO DE CALMA** 1:p2; 3:p2; 3:p3; 7:p3; 11:p1; 12:p4; 13:p2; 13:p4; 18:p2; O1:p2; O1:p2; O4:p2; O5:p2;

È importante que as parturientes se sintam seguras, pelo que um aspecto valorizado pelas entrevistadas é a transmissão de calma que pode ser feita tanto pelas enfermeiras como pelos maridos.

A forma como as enfermeiras lidam com a dor do parto não estando isenta de suporte e cuidado, é espontânea e assegura a assistência do profissional. Para que não se torne um processo com uma conotação de dificuldade e sofrimento utilizam o apoio, alívio da dor e a relação humana como forma de lidar com a situação.

415. **TRIVIAL** 11:p1; 12:p1;

A forma como as enfermeiras lidam com a dor do parto baseia-se no suporte e cuidado, é espontânea. Lidam bem com a parturiente com dor, assegurando assistência do profissional. Para que não se torne um processo com uma conotação de dificuldade e sofrimento utilizam o apoio, alívio da dor e a relação humana como forma de lidar com a situação.

416. **ÚNICA** 2:p2;

A dor do parto é incomparável, não se consegue descrever.

417. **ULTRAPASSÁVEL** 9:p2

Apesar das dificuldades e do sofrimento que causa, é uma situação que é ultrapassável, dependendo da tolerância à dor, da expectativa do parto e do desejo da gravidez.

418. **VEEMÊNCIA** 11:p1; 13:p3;

As enfermeiras têm como estratégia mostrarem-se firmes e convictas na sua postura e no seu discurso para conseguirem controlo por parte das parturientes.

419. **VITÓRIA** 3:p2; 4:p4

Nos minutos que se seguem ao parto, o sentimento referido é de concretização e alegria do nascimento, o que provoca alívio imediato e algo conseguido com muito esforço e sacrifício. O facto de terem sido criadas expectativas da dor, e se ter conseguido ultrapassar as dificuldades, é considerado um acto vitorioso.

420. **VIVÊNCIA PESSOAL** 16:p2;

Ouvir opiniões acerca do nascimento de um filho, assistir a programas de televisão sobre este tema, ou ver nos filmes não traduz o que se pode sentir quando é vivida essa experiência.

ANEXO C
Base de Dados SPSS
(Questionário McGill da Dor)

dados A

	idade	Estcivil	Profissão	Duração	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	A11	A12	A13	A14	A15	Av16
1	28	solt	dom	6	4	3	3	1	0	1	2	0	0	0	2	0	1	0	0	3
2	26	cas	dom	4	2	1	0	0	0	3	3	0	5	4	1	0	0	0	0	0
3	24	cas	dom	4	0	3	3	0	2	3	4	3	4	4	2	0	1	5	2	3
4	29	cas	dom	5	5	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	1	2	1	3
5	18	cas	dom	6	6	0	0	0	3	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0
6	40	cas	embalc	10	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0
7	25	cas	embplac	3	6	3	4	2	5	3	4	2	5	4	2	2	1	1	2	5
8	30	cas	adm	2	5	3	3	3	3	3	3	3	4	4	1	2	1	1	2	2

dados A

	M17	M18	M19	M20	DorMomento	DorPioPeriodo	DorMelPeriodo	DorDentes	DorEstomago	DorCabeça	DuraçãoDor
1	1	2	2	3	2,00	3,00	1,00	4,00	2,00	1,00	3,00
2	0	0	1	5	3,00	3,00	2,00	4,00	1,00	2,00	3,00
3	0	0	0	5	2,00	3,00	1,00	3,00	4,00	5,00	1,00
4	3	1	1	5	3,00	4,00	1,00	5,00	2,00	3,00	1,00
5	3	0	0	0	1,00	4,00	1,00	4,00	2,00	2,00	1,00
6	3	0	0	3	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,00
7	3	5	3	5	2,00	5,00	2,00	4,00	2,00	2,00	3,00
8	4	5	1	5	3,00	5,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00

ANEXO D

Histogramas das subcategorias dos descritores da dor

Histogramas dos descritores da dor do questionário de McGill

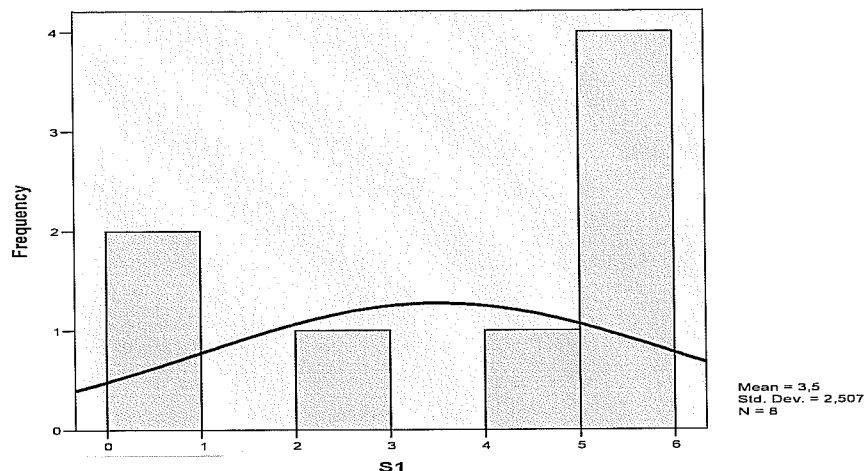


Gráfico 1 - Subcategoria sensorial 1

- 0-Não resposta
- 1-Percussão
- 2-oscilante
- 3-Palpitante
- 4-Pulsátil
- 5-Latejante
- 6-Martelamento

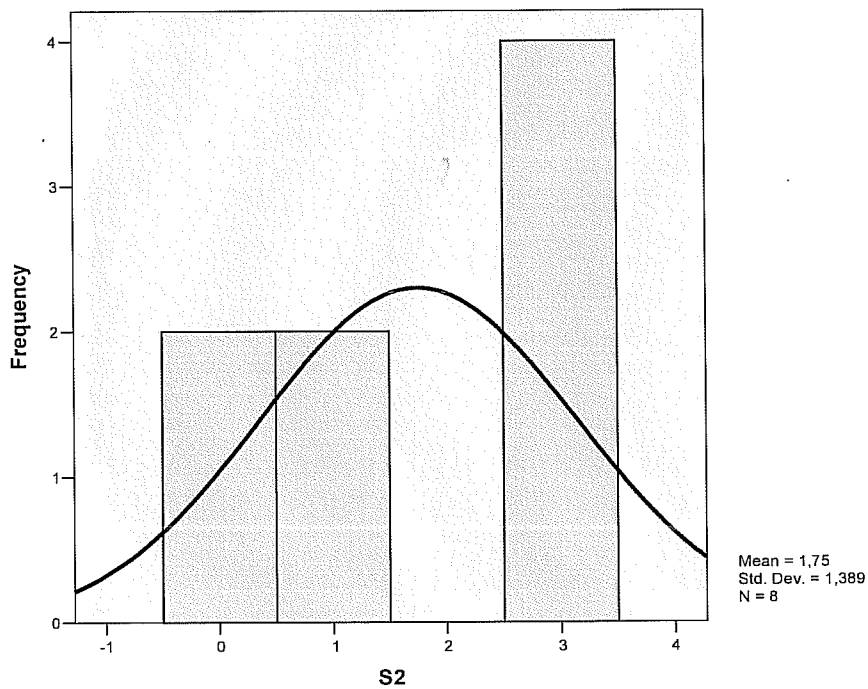


Gráfico 2 - Subcategoria sensorial 2

- 0-Não resposta
- 1-Repentina
- 2-impetuosa
- 3-Brusca

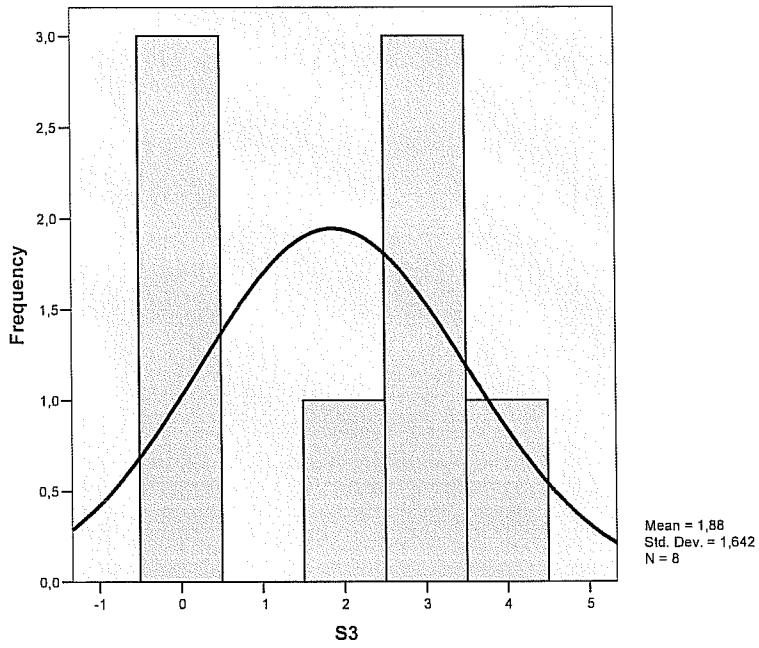


Gráfico 3 - Subcategoria sensorial 3

- 0- Não resposta
- 1- Picadela
- 2-Ferroadada
- 3-Perfurante
- 4-Punhalada
- 5-Lancinante

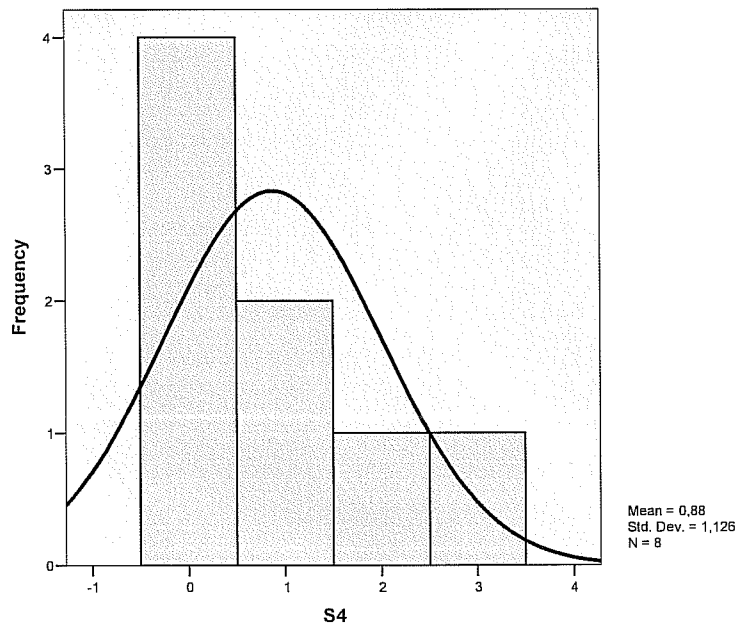


Gráfico 4 - Subcategoria Sensorial 4

- 0- Não resposta
- 1 -Fina
- 2- Cortante
- 3- Lacerante

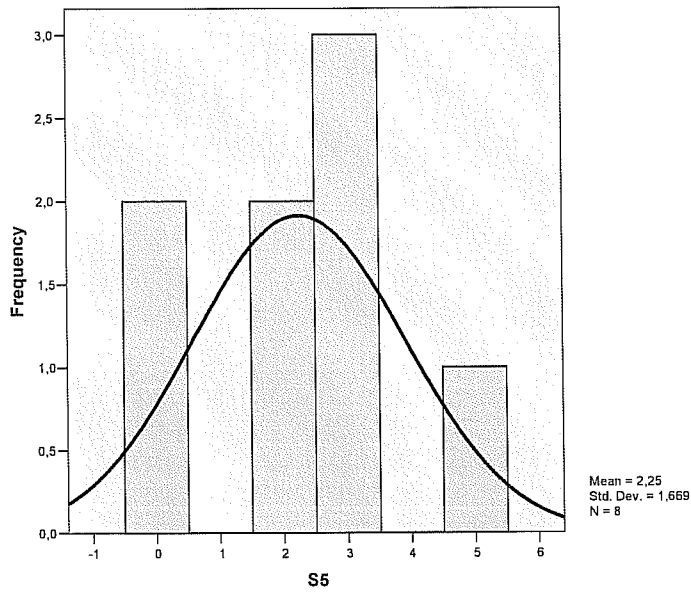


Gráfico 5 - subcategoria sensorial 5

- 0- Não resposta
- 1-Beliscosa
- 2-Pressão
- 3-Caibra
- 4 - Triturante
- 5-Corrosiva

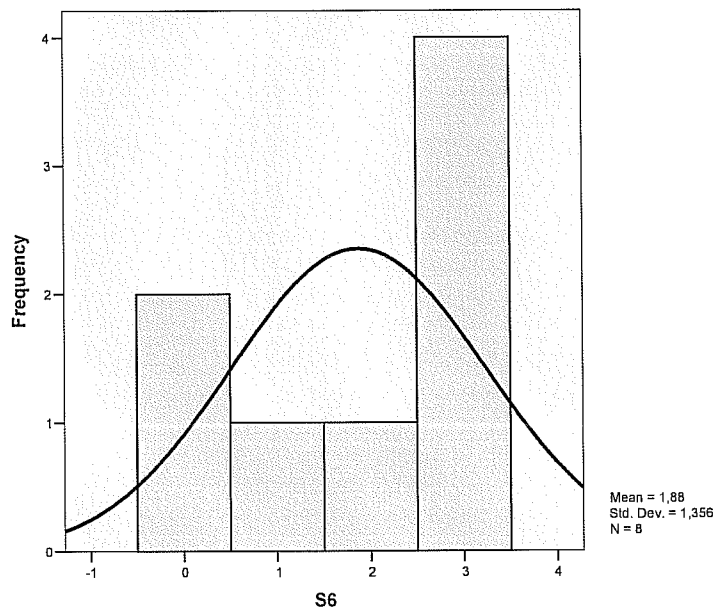


Gráfico 6 - subcategoria sensorial 6

- 0- Não resposta
- 1-Puxão
- 2-Torcedura
- 3-Arrancamento

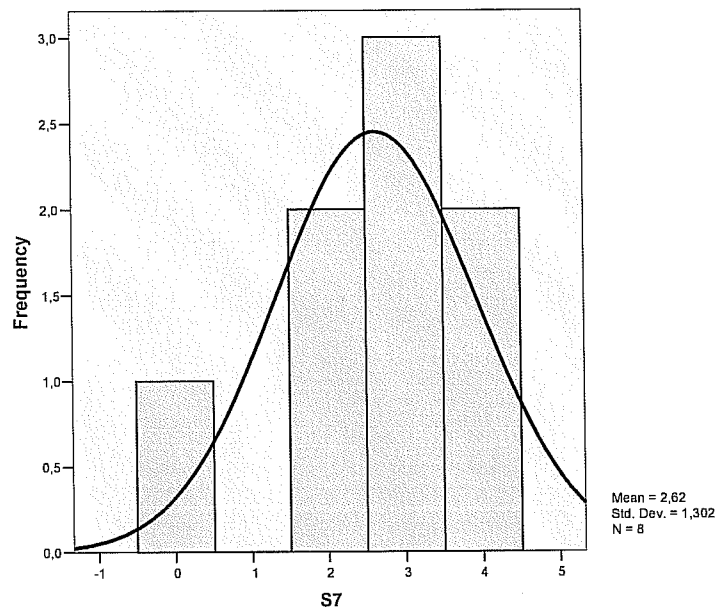


Gráfico 7 - Subcategoria sensorial 7

- 0- Não resposta
- 1- Quente
- 2- Ardente
- 3- Abrasadora
- 4- Queimante

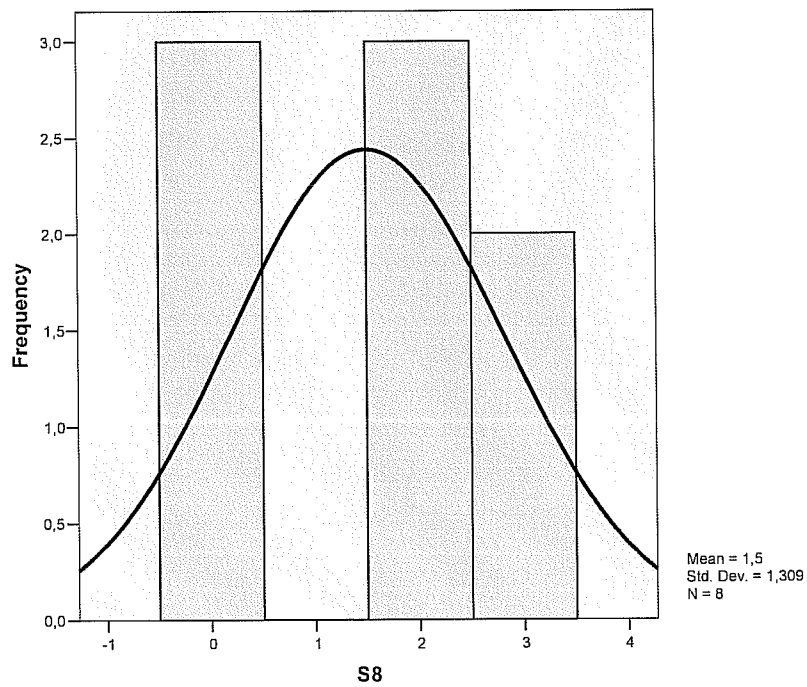


Gráfico 8 - Subcategoria sensorial 8

- 0- Não resposta
- 1- Coceira
- 2- Formigueiro
- 3- Ardor

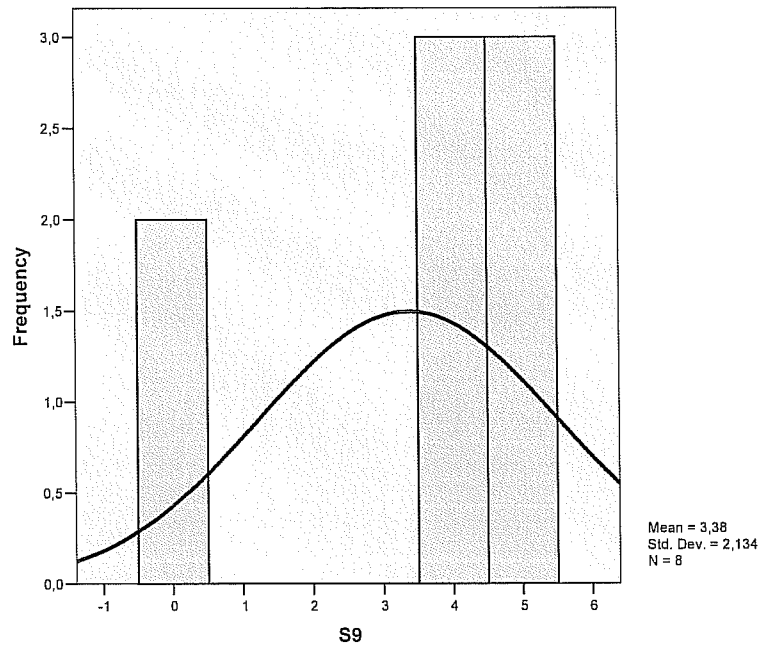


Gráfico 9 - Subcategoria sensorial 9

- 0- Não resposta
- 1-Moinha
- 2-Irri tante
- 3-Pesada
- 4-Continua
- 5-Prolongada

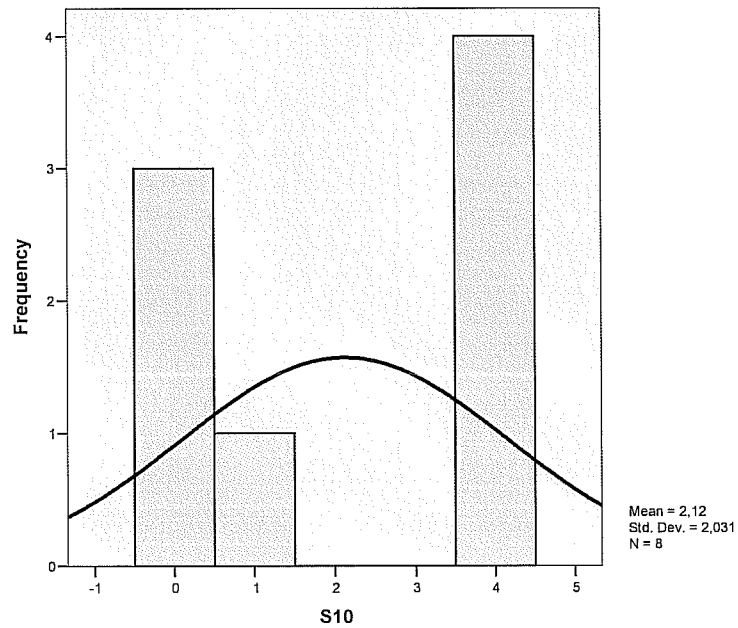
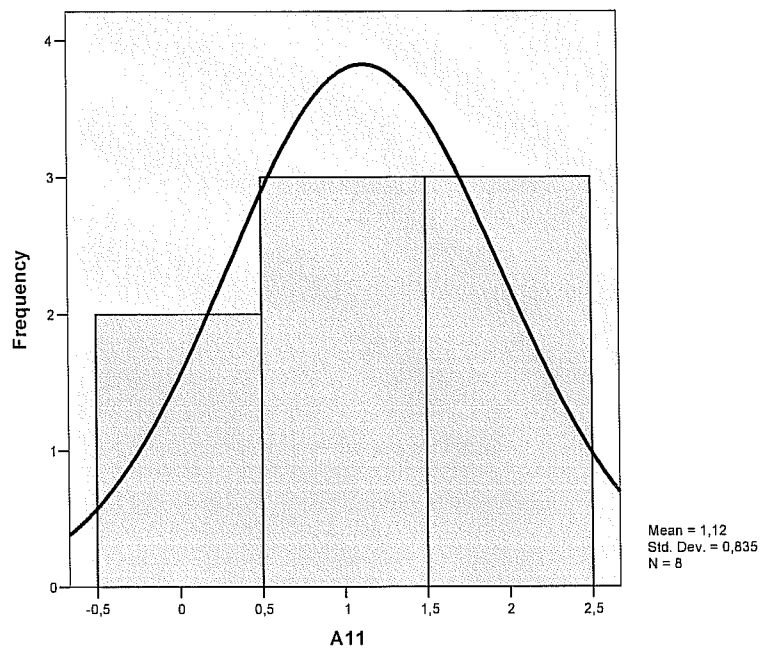


Gráfico 10 - Subcategoria sensorial10

- 0- Não resposta
- 1-Tensa
- 2-Áspera
- 3-Maçadora
- 4-Terrível



Gráfica 11 - Subcategoria afectiva 11

- 0- Não resposta
- 1- Cansativa
- 2- Esgotante

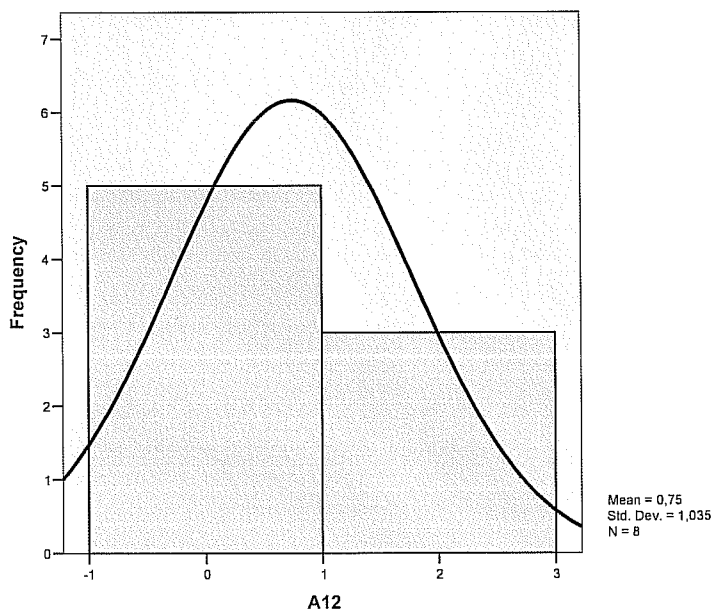


Gráfico 12 - Subcategoria afectiva 12

- 0- Não resposta
- 1- Estonteante
- 2- Sufocante

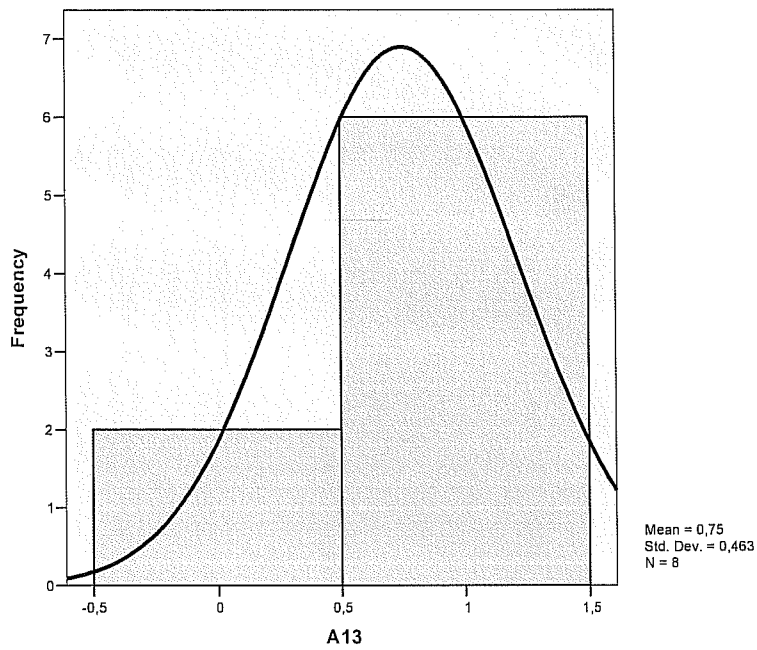


Gráfico 13 - Subcategoria afectiva 13

- 0- Não resposta
- 1- Assustadora
- 2- Mortificante
- 3- Pavorosa

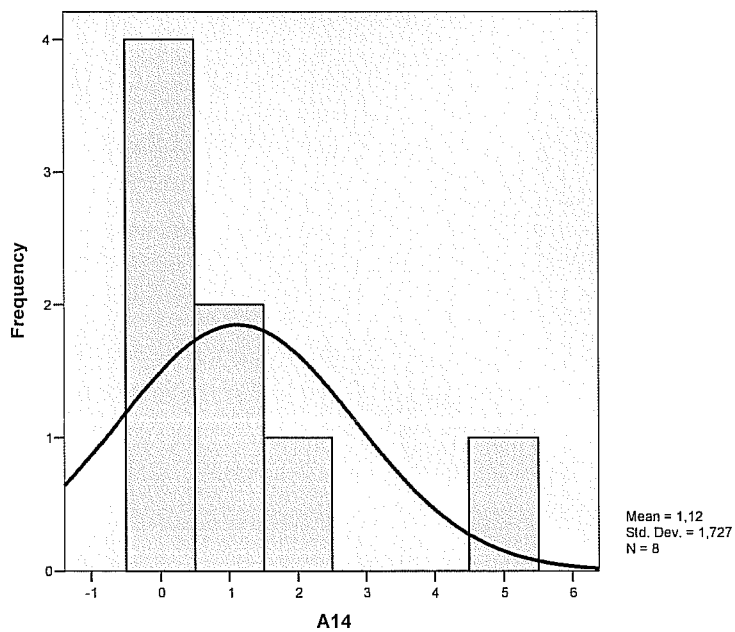


Gráfico 14 - Subcategoria afectiva 14

- 0- Não resposta
- 1- castigadora
- 2- Penosa
- 3- Ruim
- 4- Cruel
- 5- Torturante

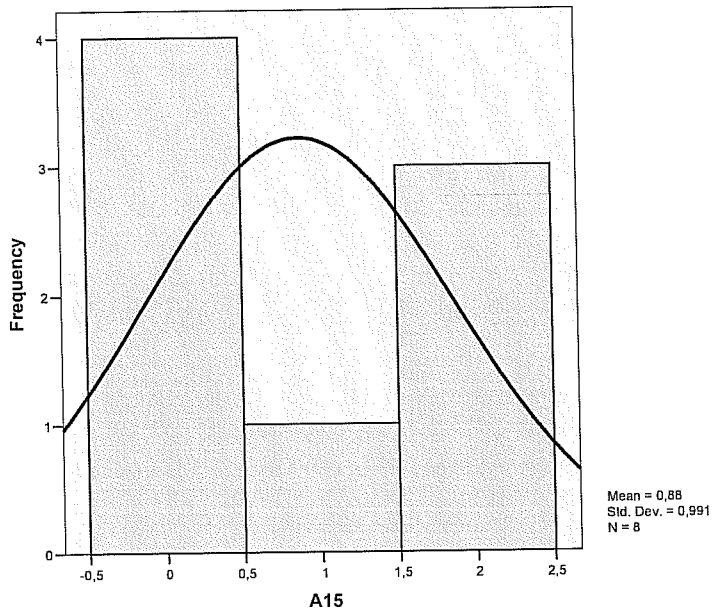


Gráfico 15 - Subcategoria afectiva 15

- 0- Não resposta
- 1-Ofuscante
- 2-Arrasante

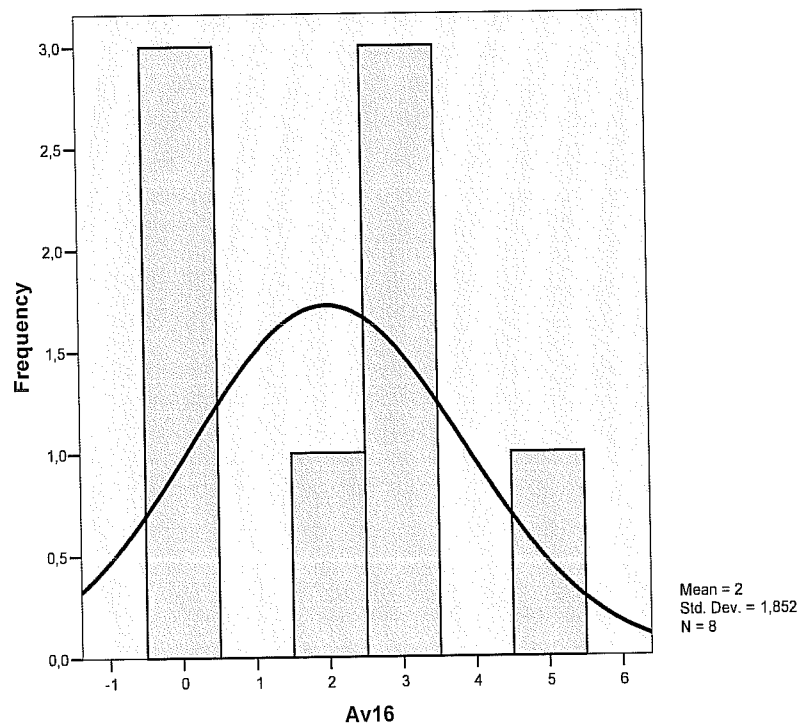


Gráfico 16 -Subcategoria avaliativa 16

- 0- Não resposta
- 1-Aborrecida
- 2-Desoladora
- 3-Fastidiosa
- 4-Miserável
- 5-Insuportável

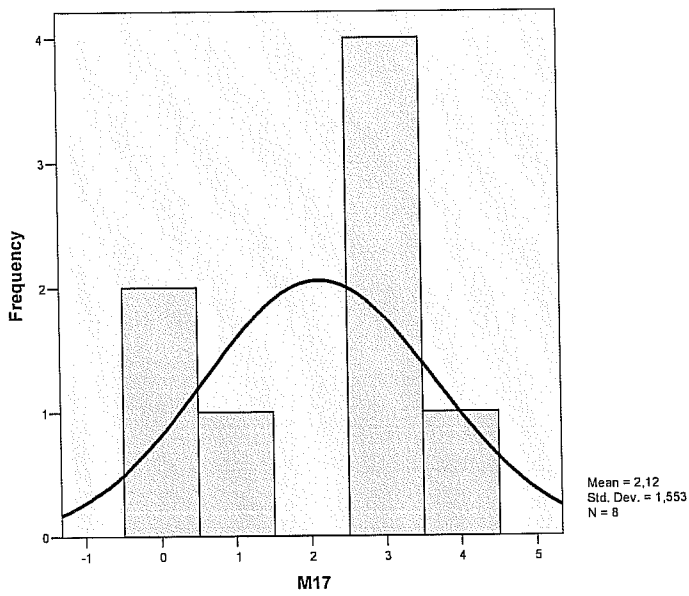


Gráfico 17 - Subcategoria mista 17

- 0- Não resposta
- 1-Irradiada
- 2-Disseminada
- 3-Trespasante
- 4-Penetrante

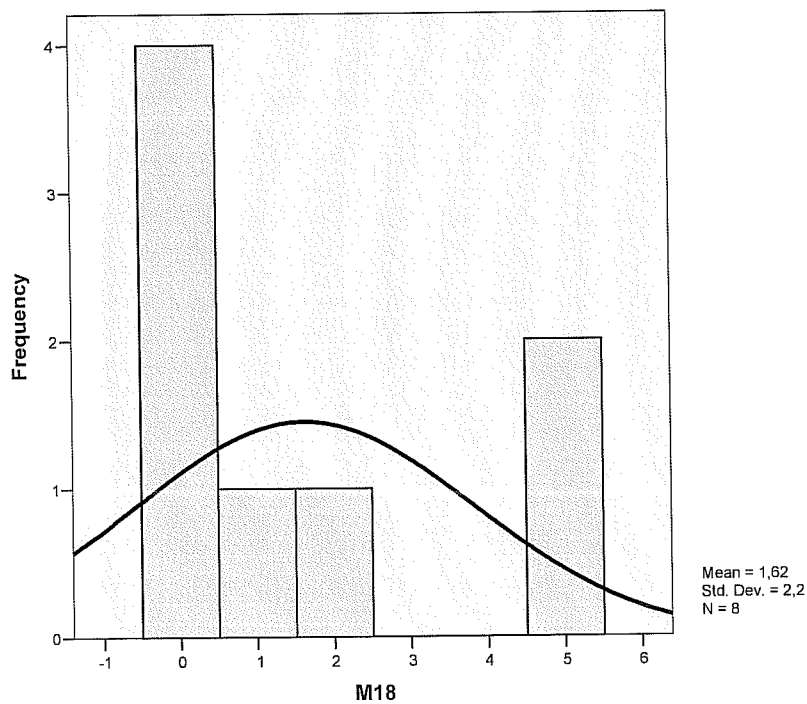


Gráfico 18 - Subcategoria mista18

- 0-Não resposta
- 1-Entorpecida
- 2-Apertada
- 3-Fissurante
- 4-Estiramento
- 5-Dilacerante

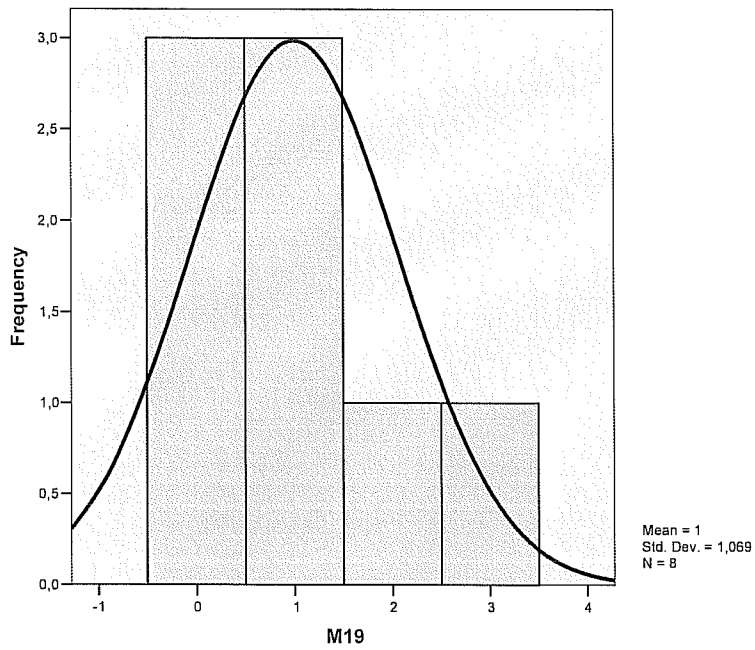


Gráfico 19 - Subcategoria mista19

- 0-Não resposta
- 1-Morna
- 2-Fria
- 3-Gelada

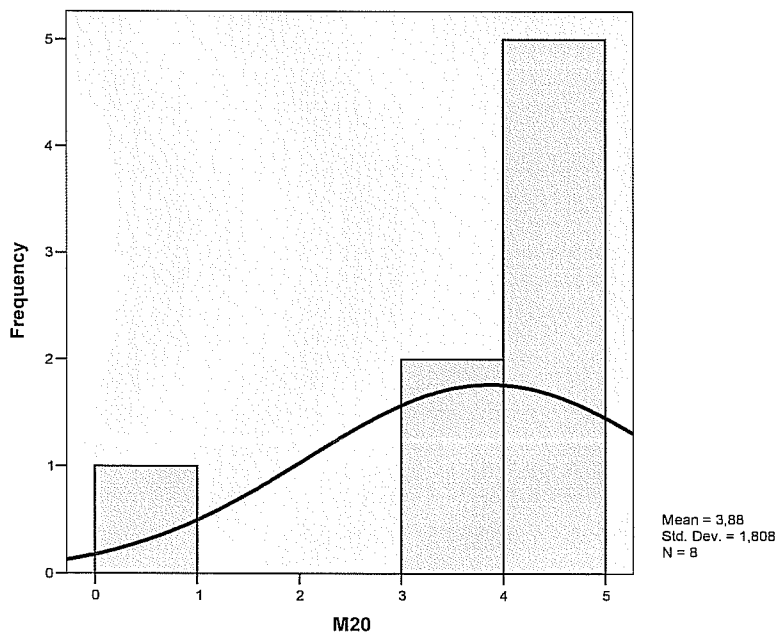


Gráfico 20 - Subcategoria mista20

- 0- Não resposta
- 1-Fraca
- 2-Nauseante
- 3-Incômoda
- 4-Suicida
- 5-Angustiante
- 6-Atroz

ANEXO E

Consentimento Informado

**Convite à Participação em Trabalho de Pesquisa
sobre a Dor da Mulher no Trabalho de Parto.**

Chamo-me Maria da Luz Ferreira Barros, sou enfermeira com especialização na área da saúde materna e obstétrica. Encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa. Para a elaboração da dissertação escolhi um estudo que me permita compreender os comportamentos na dor nas mulheres em trabalho de parto. Caso aceite participar, para a recolha de dados estarei próxima durante o trabalho de parto e, no dia após o parto far-lhe-ei uma entrevista. As suas respostas são confidenciais. Se em qualquer momento desejar desistir de participar no estudo, poderá fazê-lo sem que haja qualquer consequência.

Muito agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Assinatura:

(da participante): _____

(da investigadora): _____

Évora, de de 2006



11111

ANEXO F

Questionário McGill da dor

ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO DE MCGILL PARA A DOR
(experiment.)

NOME DO DOENTE: _____
IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
DIAGNÓSTICO: _____ DURAÇÃO DA DOR: _____
TRATAMENTO ACTUAL: _____

ESTE QUESTIONÁRIO SERVE PARA OBTERMOS UM MELHOR CONHECIMENTO
ACERCA DA SUA DOR.

AS QUATRO QUESTÕES PRINCIPAIS SÃO:

- ONDE SE LOCALIZA A SUA DOR ?
- COMO É A SUA DOR ?
- COMO É QUE ELA VARIA AO LONGO DO TEMPO ?
- QUE INTENSIDADE TEM ?

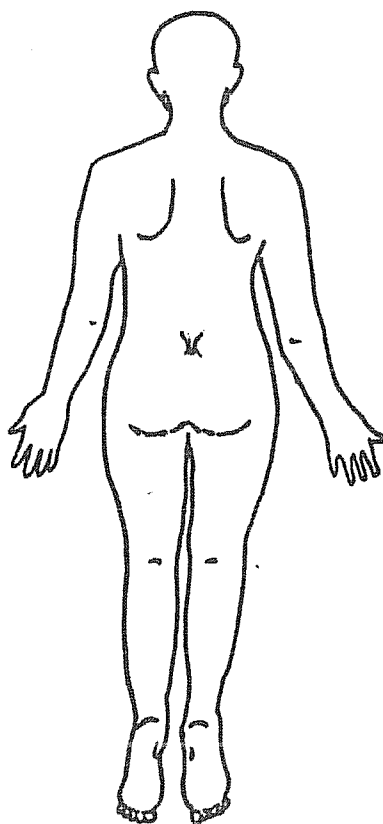
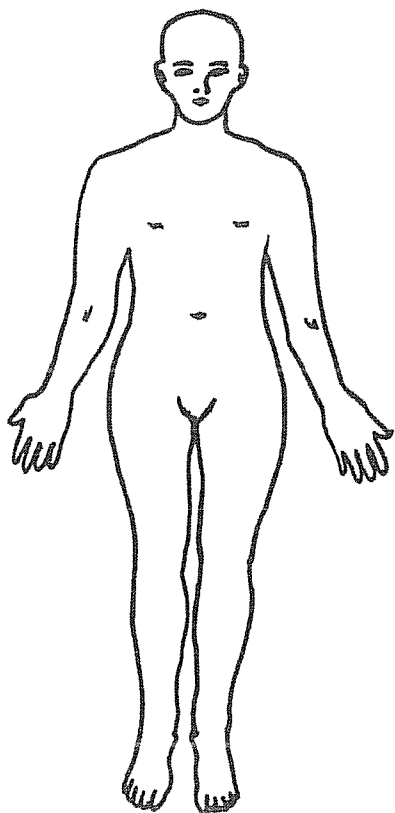
É IMPORTANTE QUE NOS DIGA COMO É A SUA DOR NESTE MOMENTO.

POR FAVOR SIGA AS INSTRUÇÕES DO COMEÇO DE CADA PÁGINA E NÃO HESITE EM
COLOCAR ALGUMA DÚVIDA QUE LHE POSSA OCORRER.

1ª PARTE

ONDE SE LOCALIZA A SUA DOR ?

POR FAVOR MARQUE NO DESENHO AS ÁREAS DO CORPO ONDE SENTE DOR. COLOQUE UM 'E' SE FOR EXTERNA E UM 'I' SE FOR INTERNA. SE FOR INTERNA E EXTERNA COLOQUE UM 'IE'.



2ª PARTE

COMO VAI DESCREVER A SUA DOR ?

ALGUNS DESTES TERMOS DESCREVEM A SUA DOR ACTUAL. SUBLINHE AS PALAVRAS QUE MELHOR A DESCREVEM. DEIXE ALGUM GRUPO QUE NÃO CORRESPONDA À SUA DOR. EM CADA GRUPO ESCOLHA UMA SÓ PALAVRA, A QUE MELHOR CORRESPONDA À SUA DOR.

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percussão 2. Oscilante 3. Palpitante 4. Pulsátil 5. Latejante 6. Martelamento | <p>2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repentina 2. Impetuosa 3. Brusca | <p>3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Picadela 2. Ferroadada 3. Perfurante 4. Punhalada 5. Lancinante | <p>4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fina 2. Cortante 3. Lacerante | <p>5 ⁴</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beliscosa 2. Pressão 3. Caímbra 4. Triturante 5. Corrosiva |
| <p>6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puxão 2. Torcedura 3. Arrancamento | <p>7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quente 2. Ardente 3. Abrasadora 4. Queimante | <p>8</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coceira 2. Formigueiro 3. Ardor | <p>9</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moinha 2. Irritante 3. Pesada 4. Contínua 5. Prolongada | <p>10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tensa 2. Áspera 3. Maçadora 4. Terrível |
| <p>11</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cansativa 2. Esgotante | <p>12</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estonteante 2. Sufocante | <p>13</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assustadora 2. Mortificante 3. Pavorosa | <p>14</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Castigadora 2. Penosa 3. Ruim 4. Cruel 5. Torturante | <p>15</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ofuscante 2. Arrasante |
| <p>16</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aborrecida 2. Desoladora 3. Fastidiosa 4. Miserável 5. Insuportável | <p>17</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irradiada 2. Disseminada 3. Trespasante 4. Penetrante | <p>18</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entorpecida 2. Apertada 3. Fissurante 4. Estiramento 5. Dilacerante | <p>19</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Morna 2. Fria 3. Gelada | <p>20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fraca 2. Nauseante 3. Incómoda 4. Suicida 5. Angustiante 6. Atroz |

3ª PARTEDESCREVA A SUA DOR EM TERMOS DE DURAÇÃO

ESCOLHA UM GRUPO DE PALAVRAS QUE DESCREVAM A SUA DOR

	CONTÍNUA	FIXA	CONSTANTE
	RÍTMICA	PERIÓDICA	INTERMITENTE
	BRUSCA	MOMENTÂNEA	TRANSITÓRIA

4ª PARTEINTENSIDADE DA DOR

OS TERMOS SEGUINTE REPRESENTAM INTENSIDADES CRESCENTES DE DOR

1	2	3	4	5
LIGEIRA	INCÓMODA	ANGUSTIANTE	HORRÍVEL	INSUPORTÁVEL

ESCOLHA O NÚMERO . PALAVRA QUE MELHOR DESCREVA

	A SUA DOR, NESTE MOMENTO
	A SUA DOR, NO PIOR PERÍODO
	A SUA DOR, NO MELHOR PERÍODO
	A PIOR DOR DE DENTES QUE JÁ TENHA TIDO
	A PIOR DOR DE ESTÔMAGO QUE JÁ TENHA TIDO
	A PIOR DOR DE CABEÇA QUE JÁ TENHA TIDO

ANEXO G

Entrevistas Codificadas

Entrevista 1

ENTREVISTA 1

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
20	0-0-0-0	Meio urbano	38 semanas	domestica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Quando entrei na sala de dilatação, já estava queixosa e estava lá outra senhora em trabalho de parto. Acho que fiquei mais nervosa, pensar que também tinha que passar por aquilo, não é? Ela já estava ali há muito tempo e isso deixa a gente um bocadinho nervoso, mas depois começamos a sentir as mesmas coisas ... (risos).

Contágio

A princípio as dores até foi mais ou menos, depois da epidural, passou o que eu estava a sentir, mas depois voltaram a ser assim um bocadinho com força, assim parecia que queria respirar e não era capaz. A princípio estive sempre controlada, mas depois.... Descontrolei-me completamente. Mesmo depois de ter levado a epidural, aos 7cm de dilatação, comecei a descontrolar-me, depois, começou aquela vontade de fazer força, e as enfermeiras diziam-me não pode fazer, comecei a descontrolar-me, e já não era capaz de fazer a respiração, achava que não conseguia mais.

*Aflição**Descontrolo**Dificuldade extrema*

P-Porquê que achava que não conseguia?

A dor era tão forte, e a vontade de fazer força era tão forte, eu só pensava em respirar, a ver se aliviava um bocadinho mais, mas não conseguia de maneira nenhuma, não conseguia, fazia como é normal, mas queria era gritar.

*Stress fisiológico**Desejo de alívio*

P- Que formas utilizou para aliviar a dor?

Gritava, mexia as pernas, esperneava, depois ficava um bocadinho mais calma, e conseguia fazer a respiração, mas depois a dor voltava!

Estratégias de alívio

P- Sentiu que foi apoiada durante o trabalho de parto?

Eu senti-me muito bem, eu pelo menos sim. As enfermeiras apoiaram-me muito. Há pessoas que dizem que não eu não me posso queixar de nada, ajudaram-me para respirar e transmitiram-me calma. Acho que é o que é preciso naquela altura, é que nos transmitam calma. Por isso é que eu quis lá também a minha amiga. Ela é muito calma.

*Apoio das enfermeiras
Ajuda para respirar
Transmissão de calma
Pessoa significativa*

P- E o seu marido?

AH! Também dá muito apoio. Sentimo-nos mais apoiadas, afinal de contas é uma coisa que é dos dois, não? Embora a gente sofra as dores todas, mas eu acho que é muito bom ele estar lá. Sabemos os dois ao mesmo tempo do que se está a passar, acho que é muito importante.

*Apoio do marido
Imposição de género
Partilha*

P- Mas durante as contracções que tipo de apoio sentia da parte dele?

Estava ali ao pé de mim, ele não conseguia ficar calmo ,mas só dele estar ali fez-me muito apoio, não sei acho que estar sozinha é estar sozinha e estar acompanhada é muito melhor. Mesmo na altura do parto, a gente fica sei lá , assim mais descansadas. Pelo menos acho que sim. Estamos lá os dois quando nasce o bebé e saber tudo ao mesmo tempo.

*Agitação do companheiro
Companhia
Segurança*

P- Cada vez que tinha dor que sentimentos tinha?

Eu acho que só pensava que me estava a doer tanto! Esta-me a doer, esta-me a doer, esta-me a doer. Outra vez, vem outra e outra, nem tinha tempo para pensar. É uma dor que doi muito, mas que compensa. foi a dor física maior que tive até agora, para o fim aquele bocadinho é muito custoso.

*Intensidade da dor
Significado da dor
Experiência dolorosa*

P-Sabia que tinha que passar por este processo do parto. Durante a gravidez, o que mais a preocupava em relação a isto?

A primeira coisa era saber se ele estava bem, o que me preocupava era ela depois, era a dor e queria que fosse um parto normal.

*Bem estar fetal
Dor
Tipo de parto*

P- Mas relativamente à dor, o que mais a preocupava?

Era a intensidade, e se não me conseguisse controlar. Toda a gente diz que custa tanto! E é verdade. As pessoas dizem que custa, custa, custa, e a nós também custa, não é? Embora haja pessoas a quem custe mais e outras a quem custe menos.

*Preocupação
Influência de opiniões
Individualidade*

P-E quando é que começaram as preocupações com a dor?

Acho que foi mais agora para o fim, acho que mais nestas últimas duas semanas. Foi quando me comecei a aperceber que ele estava quase a nascer, é que me comecei a preocupar com essas coisas, com a dor ,e com o parto , porque de inicio estive sempre calma.

*Proximidade
do nasciment*

Stress evitável

P-Agora que já passou por este processo doloroso, como é que olha para para tudo isto?

(Risos) Acho que foi, ah, compensa, compensa! O tempo do trabalho de parto foi menos do que eu estava à espera. Entrei às 3 horas no hospital, fui para a sala de dilatação às dez para as quatro e ele nasceu às dez e cinco da noite, por isso..... pensei que ia durar mais tempo. Mas já passou.

*Ganho
Expectativa
da dor*

Passado

Muito obrigada!

Entrevista 2

ENTREVISTA 2

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
21	0-0-0-0	Meio urbano	40 semanas	domestica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

R- Ah!, mas é muito complicado, ai credo! Apesar da dor, gostei da experiência, mas as dores são insuportáveis. Eu para o fim já me agarrava aos lençóis. Foi mesmo, já não sabia o que havia de fazer! Então para ela nascer ainda pior! (pausa)

*Complexidade
Exp positiva
Dificuldade
extrema*

As primeiras contracções começaram às 8 horas, e depois passaram a ser de 15-15 min. E vim para o hospital. Pensei logo que ia nascer, já passava do tempo, já vinha mentalizada.

*Fase do
trabalho de
parto*

*Antecipação do
nascimento
Mentalização*

P- E como procedia para aliviar a dor?

R- Para aliviar a dor, sei lá agarrava-me às coisas ou gritava, para o fim já gritava mesmo! Eu até me admirei como é que ao princípio me controlei. Não fiz preparação para o parto, mas acho que com a dor a pessoa não sabe bem o que fazer e dizer. Acho que isso não me fez diferença.

*Estratégia de
alívio
Descontrolo
Desorientação*

Dispensável

P- Disse que se admirou consigo.

Sim, é que eu sou muito maricas. Mas depois, agarrava-me aos lençóis. Antes de levar a epidural, agarrava-me à cama, enrolava os lençóis e mordia-os. Quando foi para ela nascer, tive mesmo que gritar, já não aguentava mais! Agarrava-me e fazia força.

*Tolerância à
dor
Estratégia de
alívio
Dificuldade
extrema*

P- Cada vez que tinha dor, que sentimentos tinha?

Cada vez que tinha dor, o único sentimento que tinha era de felicidade, saber que ela ia nascer! Estava feliz só de saber que ela ia nascer. Para continuar o trabalho de parto, pensava, daqui a umas horas já cá tenho a minha pequenina, por isso vale a pena aguentar.... sorrisos. Ao mesmo tempo tinha dor, mas não tinha, era a felicidade

*Significado da
dor*

Ambivalência

de saber que a minha filha ia nascer. No intervalo das contracções, não pensava em nada, só dizia, já foi mais uma, a seguir vem outra. Foi mesmo!

Antecipação

P- Sentiu apoio durante o trabalho de parto?

Sim, a presença do meu marido, por exemplo foi muito importante. Se estivesse ali sozinha nem aguentava como aguentei, é muito gratificante ter ali a presença do marido naquele momento, porque assim estamos os dois apoiados. O meu marido foi uma ajuda. Estava lá uma senhora sozinha, eu acho que não era capaz. Ter o marido ali ao pé é muito.... Não sei explicar, é um apoio enorme.

Companhia

Apoio do marido

Presença do marido

Também adorei a equipa toda, as enfermeiras, toda a gente, não sei explicar. Fui muito bem tratada. À medida que eu ia tendo dor, elas iam-me explicando o que eu haveria de fazer, foi memo....também o anestesista, gostei muito de toda a gente.

Apoio da enfermeiras

Informação/orientação

P- Durante a gravidez, naturalmente que pensou no momento do parto. O que mais a preocupou?

Tinha muito medo do parto, toda a gente dizia que custava muito, que doía muito, que só gritavam, eu estava aterrorizada com o parto. Com as primeiras contracções, eu tremia, tremia , estava com um tremor, foi mesmo!

Influência de opiniões

Medo do sofrimento

Se fosse cesariana estava mais aterrorizada, ela sair da barriga assim..., como ela nasceu, a chorar. Preferia se calhar o parto normal, mesmo com os pontos e com as dores todas do que a cesariana.

Ideias do parto

Natural

P- Como descreve a dor do parto?

As dores mais insuportáveis foi quando foi para ela nascer, mesmo com a epidural, porque as contracções são tão intensas, e depois fazem pressão por baixo. É uma dor que não dá para comparar. Comparado com esta acho que não é comparação, é uma dor que não dá para explicar, é uma coisa incrível. É inexplicável, só queremos que a dor passe. Apesar de ter tido muitas dores, agora, para mim já passou, até digo que não custou nada . Assim que ela saiu lá de dentro passou logo tudo, as dores que eu tinha sentido, foi mesmo! (risos). Já passou é uma coisa que não sabemos explicar, é mesmo assim..... Só sentindo. Nas dores eu só pensava, nunca mais passa, nunca mais passa... e só pensava que estava a chegar a hora dela nascer. Só isso fazia ultrapassar as dores todas.

Intensidade da dor

Incom-parável

*Desejo de alívio
Passado*

Inexplicável

Individualidade

Significado da dor

P-Olhando para tudo isto porque passou., que balanço é que faz?

Olhe, para mim, pessoalmente a dor foi a felicidade. ... foi foi, uma alegria muito grande.

Felicidade

*Alegria do
nascimento*

Muito Obrigada!

Entrevista 3

Entrevista 3

Dados pessoais

Idade	IO	Residência	Idade Gestacional	Profissão
25	0-0-0-0	Èvora	37Semanas	Emp balcão

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Realmente, a dor é mesmo dor, não é? Mas... você acredita, não é? Também aquilo que dizem, dores paridas dores esquecidas, é mesmo assim! As primeiras dores que senti, leva-se, mas quando começamos a ter aquelas contracções muito seguidas, que já não temos um bocadinho para descansar, começa a ser um bocadinho saturante, um bocadinho massacrador, mas pronto, depois, tudo passa, tudo passa, eu já nem sei muito bem precisar, é verdade (risos). De manhã quando estava a tomar banho estava a pensar, como é que já passou? È verdade, no momento estamos desejando que passe e depois, passou!

Intensidade da dor

Passado

Persistência da dor

Saturante

Passado

Inexplicável

Desejo de alívio

P- Mas como caracteriza essa dor?

Dificuldade

È uma dor diferente, não sei explicar.... Não se consegue mesmo!

P- Nos momentos em que tinha dor, em que pensava? O que sentia?

Na altura não pensava em nada, realmente só pensava, vai passar este bocadinho e já passa estava desejando que passasse aquele bocadinho.

Controlo

P- Teve algum sentimento que queira agora referir?

Não realmente as dores são saturantes, a gente fica ali um bocadinho...Mas depois passa. Tive momentos que pensei, já não aguento mais estou desejando que passe, realmente disse isso mas não era aquelas dores que eu dissesse estou farta! Nada de chegar ao ponto de dizer ai que horror, já não aguento, aquele sentimento mesmo de raiva, isso não, por acaso não. Só pensava nela o meu único objectivo era protegê-la, saber se estava bem. Realmente já cá está.

Dificuldade extrema

Aceitação da dor

Bem estar fetal

P – como fazia para sentir alívio?

Fazia aquela respiração, realmente as dores eram um bocadinho maçadoras, mas pronto, tudo passa. Realmente até parecia que faltava o ar, a tentar concentrarmo-

Estratégias de alívio

Desespero

nos na dor, mas só conseguia um bocadinho. Naquele pico, como é mais forte a gente descontrola-se um bocadinho. Mas depois passa.

Desconfortos

Tinha aqueles arrepios de frio e ao mesmo tempo calor. É verdade!

P- O facto de ter a presença do seu marido durante o trabalho de parto, ajudou a aliviar a dor?

Ah! Foi ótimo. A principio estava sozinha e concentrava-me na dor, mas depois, quando ele veio, ele dizia-me, pronto, já passou, e ouvir estas palavras ajuda a nossa situação naquele caso. Mas realmente foi a melhor coisa.

Transmissão de calma

Apoio do marido

P- Recorreu a alguma estratégia para ajudar a encorajar para o trabalho de parto?

Não. Não sei! Realmente há uma fase que nós achamos que nunca mais passa, realmente aí é que a gente esmorece um bocadinho, só me dava vontade de chorar. Pensava só quando é que podia levar a epidural. Quando me disseram que já tinha 3cm de dilatação e que podia levar a epidural, sei lá parecia que tinha alcançado uma vitória! Mas eu já não consigo precisar bem aqueles momentos, você acredita? Agora estou a viver tantas emoções após o parto que aquele momento foi mínimo, é verdade, a minha preocupação agora é ela.

Interminável Stress emocional

Vitória

Passado

P- Durante a gravidez, pensava no parto?

Sim. No sítio onde trabalho, lido com muitas pessoas e elas chegavam lá e diziam muitas coisas e contavam as suas experiências. Realmente, ouvi coisas das piores! Pessoas que dizem muita coisa da dor, que é muito custoso, principalmente as mais velhas. Agora graças a Deus há epidural, já não sofremos tanto.

Opinião de terceiros

Recurso eficaz

P- E o que dizem as mais novas?

Sofrem um bocadinho, mas é menos... já não é tanto com a epidural. Eu queria fazer porque também não faz mal ao bebé. Mas para mim, o maior medo era da depressão pós parto. Uma colega minha teve e aquilo é muito complicado, e a gente sem querer estamos sempre a pensar nessas coisas. Eu tinha mais medo da depressão pós parto do que das dores. Nunca pensei nas dores. A minha mãe até se riu comigo e dizia, não pensas que vai doer? Eu nunca pensei nisso, é engraçado. Ah, lembro-me uma vez já no princípio da gravidez, pensei nisso só para mim, mas foi só uma vez. Eu realmente perguntava às pessoas mas, expliquem-me lá, como é a dor? Referiam-se à dor da menstruação mas mais

Ideias do parto

Medo

Expectativa da dor

Curiosidade

Comparação

forte

P- Confirma?

(Risos) As minhas dores foram todas nas costas e nos rins, não achei de facto comparação alguma, com alguma coisa, mas cá está cada pessoa é um caso.

Incomparável

Individualidade

P- Qual o balanço que faz desta experiência de dor no parto?

Ah! É ótimo... realmente passasse um bocadinho tanto no parto como após o parto, por causa dos pontos, mas acho que tive o apoio que precisei, as enfermeiras foram impecáveis, eu tenho aqui que referir a enfermeira Z. Realmente, ela é uma pessoa impecável, deu-me muito apoio. Ainda bem que me calhou uma pessoa assim. Ajudou-me imenso, ela transmite confiança, é uma pessoa determinada. Portanto, é a conclusão que tiro. O balanço é positivo. Tudo passa e eu já cá tenho a minha menina.

Ambivalência

Apoio das enfermeiras

Experiência

positiva

Confiança

Concretização

Muito obrigada!

Entrevista 4

ENTREVISTA 4

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
28	0-0-0-0	Meio rural	40semanas e 6 dias	doméstica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Quer dizer, eu vim provocar o parto. À uma da tarde foi quando comecei. Estive muitas horas sem dor e depois foi de repente! Mas isto da dor é um bocado subjectivo, né? É, porque a dor... não se descreve, sente-se, mas ao mesmo tempo, como é a dor de parto, é uma dor boa, como é que hei-de explicar... Eu, quando estava a ter uma contracção pensava, ah eu não consigo aguentar, mas depois pensava assim, afinal aguentei e não doeu assim tanto, estava sempre á espera de vir uma mais forte. Mas depois de passar pensava assim, afinal não foi assim tão mau. Porque a dor que a gente sente nas contracções é assim, como hei-de dizer, uma dor que estamos desejando que venha, para passar depressa, não sei explicar porque é uma coisa boa. Eu.. è uma coisa boa não é? Eu ainda não tinha passado por isso mas é uma coisa boa. Não se consegue mesmo descrever.

Duração do trabalho de parto
Individualidade
Ambivalência
Expectativa da dor
Desejada
Indescritível

Diz que é uma coisa boa, pode especificar?

Olhe, à uma porque é um filho que vai nascer, e como uma pessoa está ansiosa que o filho nasça, quanto mais dores tivermos mais depressa vai nascer. Não sei explicar.

Significado da dor

Atendendo ao tempo que esteve com dor, como a descreve?

Não foi muito tempo, porque acabei por fazer a dilatação muito rápido, e como eu

estava a dizer, como me diziam que custava tanto, tanto, tanto, eu estava sempre à espera de pior. Apesar de me custar muito, né, de me doer muito, estava sempre à espera que a outra ainda me doesse mais. Depois de passar dizia, afinal não doeu tanto. Lá está como diziam que custava tanto, estava sempre à espera que custasse ainda mais. Acho que a que custou menos foi mesmo antes dela nascer.

Influência de opiniões

Fase do trabalho de parto

E a que custou mais?

Acho que foi ali duas ou três contracções antes, aí é que eu acho que foi mesmo a doer, mesmo.

Intensidade da dor

E o que pensou nessa altura?

Pensei que não conseguia aguentar, que já não tinha forças para mais, e chorava, mas ao mesmo tempo pensava tenho que fazer toda a minha força que é para a minha filha nascer. Pensava nas duas coisas ao mesmo tempo.

Stress emocional

Contensão

Que estratégias usava para conseguir defender-se dessa dor?

Pensava na minha filha, tudo isso era porque a minha filha ia nascer. Acho que foi isso mesmo. Era a vontade de a ver cá fora e de a ouvir chorar que me dava força para conseguir aguentar e fazer ainda mais força.

Estratégia de alívio

Teve a presença do seu marido? Acha que teve influência no decorrer do trabalho de parto?

Tive, sim, sempre. Acho que ajuda muito. Acho que nos dá uma força interior, não sei só de o vermos ali ao lado...o facto de não estarmos sozinhas a mim ajudou-me muito.

Presença do marido

Companhia

Ele também estava aflito, mas estava calmo. Não se manifestava muito. Embora eu soubesse que ele não estava a sofrer tanto, como é lógico, mas não sei pela cara dele, também estava desejoso que tudo passasse mas acho que é importante a presença na hora mesmo do parto, e pronto. Ele esteve sempre comigo.

Ansiedade do marido

Segurança interior

Relativamente ao apoio dos técnicos de saúde, qual a sua opinião?

Acho que foi bom. Esclareceram-me. Mas há certas coisas que a gente já está tão aflita que acaba por não ouvir, sou sincera. Acho que em certos casos colaborei, mas noutros se calhar não mas era porque não conseguia mesmo.

Informação/ orientação

Dificuldade extrema

Pode explicar melhor?

Sei lá quando está quase a nascer a gente já nem sabe. A parteira dizia-me... como é que era? Ah... inspire pelo nariz feche a boca e faça força, acho que era assim. E

Desorientação

eu umas vezes fechava a boca outras já nem fechava, já nem sei.. já não conseguia. Mas é tudo muito rápido. Isto tudo passou-se no espaço de ir à casa de banho e não sei quê. Comecei com as dores às 21 e 20 e às 22.30 a Raquel tinha nascido. Portanto foi assim mesmo rápido!

Brevidade do sofrimento

Tem referido que lhe diziam que custava muito as dores, mas em relação ao parto, o que é que a assustava mais?

Era as contracções e que alguma coisa corresse mal com a minha filha.

*Medo do sofrimento
Preocupação*

O que me assustava é porque diziam que as contracções custam tanto, custam, tanto, que isso me assustava, e eu, lá está como diziam que custava tanto estava sempre à espera que ainda fosse pior, mas depois de passar pensava, afinal não é assim tão mau. Se calhar ainda vai vir pior. Estava sempre à espera de pior ainda. Quando ela nasceu foi menos ainda. Acho que... não sei, também depende de pessoa para pessoa, nem todos os partos são iguais, nem todas as pessoas têm as contracções da mesma maneira e as coisas correm da mesma maneira. Mas acho que apesar de custar muito é uma dor que se aguenta. Mas também tinha medo que alguma coisa corresse mal comigo ou com a minha filha.

*Influência de opiniões
Expectativa da dor
Individualidade*

Medo

Essa dor era localizada? Onde é que a sentia?

Contracções fortes, fortes eu não tive muitas, como acabei por fazer a dilatação muito depressa, não tive muitas contracções, assim daquelas fortes, as últimas era já cá em baixo já . sentia vontade de fazer força mas nem sempre conseguia controlar.

Experiência de dor

Dificuldade extrema

Nunca me descontrolei, nem cheguei a gritar. Apertava os dentes, soprava, fazia muita força mas não cheguei a gritar.

Contensão

Era uma coisa que estava desejando que acontecesse e ao mesmo tempo que não chegasse. Porque como diziam que custava tanto ... mas ao mesmo tempo estava desejando para saber depois como era.

Ambivalência

Curiosidade

E agora que já sabe como é o que vai dizer às pessoas que lhe disseram que doía muito?

Quer dizer, eu falo por mim. A mim não me custou assim muito. Mas pronto, conheço pessoas que estão assim dias e horas. Eu graças a Deus não fui esse o caso.

Sorte

Nunca tinha sentido contracções. Quando começou a sentir as primeiras, que sentimentos e emoções viveu?

De início eram assim ainda muito fraquinhas, pensava, se calhar deve ser isto as contracções, depois começaram a ser mais seguidas, tentava aguentar mas... lá está estava sempre à espera de pior. Achava que ainda era pior do que aquilo que eu estava a sentir. Eu não fiz preparação para o parto, mas uma cunhada aconselhou-me a fazer. Eu acho que não precisei.

Desconhecimento

*Expectativa da dor
Dispensável*

E qual é a opinião dela?

Não sei, não chegamos a falar. Pronto ela diz-me que era bom e não sei o quê, mas não chegamos a falar. Para mim, eu acho que não é necessário. Acho que de uma maneira ou de outra ela tem que nascer.

Mentalização

Eu acho que não foi preciso, foi tão rápido!

Ao que compara estas dores?

Não tem comparação. Não, não. Não tem comparação possível.

Incomparável

Quando a enfermeira a informou de que já não poderia fazer epidural, que o bebe estava quase a nascer, como reagiu?

Achei que estava já próximo mesmo. Não pensei que estivesse tanto, mas achei que estava a aproximar-se mais do final e como foi tão depressa já não me apercebi de mais nada já estava tão aflita com as dores que não pensei nisso do epidural. Pensei mesmo, já está mesmo para nascer.

Proximidade do nascimento

Desorientação

Olhando para tudo o que viveu que balanço faz de tudo isto?

Acho que depois a alegria é tão grande que esquece-se tudo. Depois de a ver já não senti mais nada mesmo. Acho que aguentei bem, acho que consegui bem, e não fiz preparação para o parto. A minha cunhada fez mas eu achei que não era assim muito importante.

Alegria do nascimento

Vitória

Comparando o meu trabalho de parto com pessoas que conheço o meu foi muito, muito fácil. Tive três dores e pronto.

Comparação

Acho que valeu a pena, acho que sim. Mas por agora, deixar arrefecer um bocadinho até pensar noutra. Isto foi uma experiência positiva e se vier a ter outro já percebo as coisas de outra maneira. Como correu tudo tão bem acho que a experiência foi positiva.

Experiência gratificante

Muito obrigado pela sua colaboração.

Entrevista 5

ENTREVISTA 5

Dados pessoais

Idade	IO	Residência	Idade Gestacional	Profissão
27	0-0-1-0	Èvora	38Semanas e 4 dias	Doméstica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Ah! Até nem foi mau. Foi interessante. Eu estava muito calminha. Com as primeiras contracções, lá em casa pensei logo, vai nascer, já acabaram os 9 meses.

*Experiência positiva
Antecipação do nascimento*

Foi a minha primeira experiência com dor. Eu acho que uma coisa que conta muito é a participação das enfermeiras. Foram impecáveis, muito simpáticas. Isso foi das coisas que mais me ajudou.

Experiência dolorosa

Apoio das enfermeiras

Esteve quanto tempo com contracções?

Desde as 7 da manhã.

Espera

E quando foi que começaram a ficar mais fortes?

Às 5 da tarde quando vim para o hospital, portanto, eu fiz a epidural às 9 da noite. Ainda tive umas dores!

Experiência de parto

Sabia como controlar a dor,?

Não, mas enfermeiras explicaram-me e ajudaram-me sempre.

Suporte

Em algum momento se descontrolou?

Sim, ainda não tinha 3 cm de dilatação e depois quando levei a epidural, achava que estava a demorar tempo de mais. Às vezes eu pensava será que não era melhor não ter levado a epidural, e sentir as dores todas, será que a epidural atrasou a dilatação e agora vou sofrer a dobrar?

Descontrolo

Desconhecimento

Estava com medo que demorasse mais tempo?

Sim, estava. Mas aqui não tinha dor, era pouquexinha!

Medo do sofrimento

Mas estava informada sobre a epidural, o que é, os efeitos que tem?

Mais ou menos. A gente ouve falar que tira a dor.

Recurso eficaz

Desejou sempre fazer a epidural?

Foi a primeira coisa que eu pensei. Quando eu cheguei aqui, eu vinha muito calma, mas depois, quando passaram algumas horas e a enfermeira me perguntou se eu queria fazer, eu já estava pronta para responder que sim. As dores já estavam fortes, eu nem queria saber que ela me explicasse primeiro se havia contra indicação ou o quê que era. Eu ouvi dizer que a epidural tirava a dor e pensei logo, não me interessa, eu quero epidural. Então quando a enfermeira me perguntou eu disse logo, a que horas é que vou levar?

*Decisão**Rejeição da dor**Alívio imediato***Acha que esperou muito tempo até levar a epidural?**

Agora não. Foi só o tempo de esperar pelas análises. Nesse espaço de tempo as dores foram muito fortes mas foi rápido.

*Intensidade da dor**Brevidade***E de cada vez que tinha uma contracção dessa mais fortes, o que é que lhe vinha à cabeça?**

Que acabasse rápido. Mas cada vez que ela vinha mais forte eu pensava está perto de acabar. Quanto mais forte ela vinha eu imaginava que estava mais perto de acabar a dor. Agarrava-me à mão do meu marido. Foi custoso.

*Desejo do final**Dificuldade***O seu marido esteve sempre a acompanhá-la? Teve alguma influência na dor?**

Sim. Eu acho que teve uma influência muito grande dava sempre a sensação de que estava tudo bem, de que tudo ia correr bem. E também o facto das enfermeiras serem tão simpáticas também me dava essa sensação, de que ia correr tudo bem, que tudo ia acabar bem, acho que isso é muito importante. O facto de elas serem muito simpáticas ajudou-me muito, e o meu marido sempre ali, deu-me muita confiança.

*Segurança**Afabilidade**Confiança***Falando um pouco sobre o tempo da gravidez, enquanto esteve grávida, naturalmente que pensou no parto. Relativamente à dor, pensou nisso?**

Procurava não pensar muito. Procurava pensar assim, eu não sou a primeira nem a última mulher a passar por isso. Todas passam, nenhuma morre por isso, eu também não vou morrer. Era o que eu pensava. Pensava, o importante é que ele vai estar cá fora.

*Fenómeno comum**Significado da dor***Mas pensava muito?**

Não. Sempre que alguém comentava, porque as mulheres têm sempre esses comentários, eu procurava não prestar muita atenção, não ligar muito. Deixa lá

*Fuga**Stress evitável*

quando chegar a minha vez, eu é que sei como vai ser ou como não vai ser.

Então, relativamente à dor do parto, quais eram as conversas que lhe ficaram na memória?

Custava-me ouvir, aquelas que sofrem muito tempo. Eu sofri um dia inteiro, mas as contracções fortes foram pouco tempo. Há mulheres que sofrem dores fortes durante muito tempo, com muita dor e esse era o meu medo das dores fortes durarem muito tempo. Eu não tinha medo era quando elas falavam já do fim do parto. Uma prima do meu marido até disse que conseguiu ver as enfermeiras a puxar o bebé, e ela até pegou logo no bebé, esta foi a parte que eu achei mais bonita. Mas horrível mesmo é imaginar que a dor se pode prolongar, pode durar muito tempo.

Medo do sofrimento

Ideias do parto

Tempo do sofrimento

Acha que estas conversas influenciaram o seu comportamento e a sua reacção perante a dor do parto?

Sim. Eu tenho uma tia que sofre sempre muito tempo. Ela explicou-me sempre desde o início da minha gravidez, como é que eu tinha que fazer, porque neste último filho dela, o médico explicou-lhe que ela estava a fazer mal a força, em vez do o bebé descer ela estava a subir, e por isso ela estava a sofrer mais. Ele explicou-lhe e por causa dos nervos dela o médico fez trabalho psicológico com ela. Ela em vez de puxar para fora ainda empurrava mais o bebé para dentro. Isso é um grande trauma dela e ela ensinou-me sempre o que eu podia e o que eu não podia fazer.

Aconselhamentos

Opinião de terceiros

E fez?

Nem sempre, é muito custoso.

Dificuldade

Também tenho uma tia que é parteira que me ligava sempre e me dava bons conselhos e dizia, tu não és a primeira nem a última, vai passar rápido. Quando alguém me perguntava, tens medo? Eu dizia não, e realmente eu não tinha medo o que tiver que acontecer já aconteceu já é passado.

Encorajamento

Mentalização

E quando a enfermeira disse que ia para a sala de partos, o que sentiu?

Um alívio muito grande. Quando me disseram vamos que está na hora eu já não me importava com a dor, podia vir forte, podia vir fraca, eu só queria que nascesse o bebé.

Significado da dor

Mas houve momentos que me descontrolei é muito difícil e a enfermeira veio ajudar-me, eu agarrei nela e até a magoei, depois tive que pedir desculpa. Mas ela

Descontrolo

Apoio das enfermeiras

disse-me se fizer outra vez já não a ajudo. Mas ficou tudo bem.

E no período expulsivo, sentiu dores?

Sim, muito fortes, mesmo com epidural. (pausa)

*Intensidade
da dor*

Conseguiu controlar-se nesse momento?

Sei lá foi tudo tão rápido!

Obscuridade

O que sentiu quando viu o seu bebé?

Um alívio. (Pausa)

*Alívio
imediatos*

Olhando para tudo o que viveu que balanço faz de tudo isto?

Eu acho que... uma mulher depois de ter um bebé devia sei lá de... de... de... receber um troféu! É um sofrimento mesmo muito grande!

Heroísmo

Nunca tinha sentido uma dor tão forte?

Não. Quando era adolescente, eu desmaiava de dor quando estava com o período. O meu médico disse que quando tivesse um filho eu não ia estranhar. A dor do parto era parecida com a dor que eu sentia.

Comparação

Confirma isso?

Até certo ponto. Mas não tem nada a ver com a dor parto. É muito pior a do parto. A do parto é bem pior. Aquela colicazinha é a dor do início do parto, mas depois quando começa com a dor!

Insuportável

Mas já passou, o importante é correr tudo bem.

Passado

Muito obrigada!

Entrevista 6

ENTREVISTA 6

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
24	0-0-0-0	Meio rural	40semanas e 4 dias	domestica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Horrível, completamente horrível ! Foi, porque eu estava a pensar que aquilo que eu lia, sobre as contracções, era tipo vinham durante um X tempo, e dava tempo para a pessoa descansar e isso . Eu não tinha tempo para descansar nem nada. Acabava de ter uma e já estava a ter outra, nunca mais parava. Isto desde as 4 da tarde até às 8 e meia quando levei a epidural.

*Expectativa da dor
Desinformação
Exaustão
Tempo do sofrimento*

Há pouco disse-me que lia, onde procurou informações sobre o parto?

Em revistas, nomeadamente numa que me deram no sitio onde fiz as ecografias. Posso mostrar se quiser.

Fonte de informação

Não , não é necessário.

Voltando agora novamente à questão das contracções, quando começou a ter as primeiras contracções, o que pensou?

Nada, não me vinha nada à cabeça. Eu antes de vir para aqui e durante uma semana tinha aquelas dores, de vez enquanto tinha portanto já estava habituada não pensava nada ... pior foram as mais fortes.

Tolerância à dor

Intensidade da dor

E nessa altura, o que sentiu, o que pensou?

Que não aguentava! Que não aguentava!

Dificuldade extrema

Como procedia para sentir alívio?

AH! Dizer asneiras!

Estratégia de alívio

Dizia-as em voz alta ou para si?

Quando estava gente no quarto, que não fosse eu ou ele, não dizia, mas quando estávamos sozinhos eram assim.... Asneirenta! Não vou repetir aqui agora, pois! Risos.

Contensão

Quer dizer que teve sempre por perto o seu marido!

Sim, sempre.

Presença do marido

E o que foi isso para si?

Ajuda muito, principalmente para eu não estar sozinha porque o meu medo era chegar a meia-noite e ele ter que ir lá para baixo para as urgências à espera, e eu ficar completamente sozinha sem ninguém. Serviu-me de companhia, graças a Deus.

Companhia

Dá muita força, só que ele chegou a um ponto que estava a sofrer tanto como eu, de não conseguir fazer mais nada. Não conseguir dar-me mais força, não conseguir evitar aquilo, não é? Não conseguir dar força....Não conseguir... ele já não conseguia fazer mais nada, estava tão em desespero como eu, sei lá!

*Força interior
Contágio
Sentimento de
impotência*

E já tinha feito a epidural?

Não, aí ainda não. Depois da epidural acalmei mais.

Alívio da dor

Acha que levou muito tempo até poder levar a epidural?

Aaaaaaaa isso foi às 8 e meia da noite, as contracções mais fortes começaram por volta das 4 da tarde, portanto foram 4 horas e meia, ainda foi um bocadito!

Experiência dolorosa

E em algum momento pensou que não era capaz ?

Pensei porque dos dois centímetros para os quatro ainda demora muito tempo. Muito tempo mesmo.

Sofrimento

Ficou surpreendida com esse período de tempo?

Não, nunca pensei que aquilo fosse “Zás trás”, já está tem 4cm vai levar epidural, não. Só que nunca pensei que fosse tão lento, porque às 2 e meia da tarde já tinha 2 cm, portanto, até às 8 e meia da noite,... ainda é um bocado doloroso.

Espera

Durante a gravidez, pensou no parto?

Não pensava muito, não, pensava que ia sofrer mais na altura de o ter, no parto, do que nas contracções. No fim custou-me mais as contracções do que o parto.

*Ideias do parto
Inesperado*

Conversou com alguém sobre a experiência do parto?

Algumas, mas só que cada um tem a sua opinião tem a sua dor, na altura, própria é que se vê, nenhuma é igual. Umas diziam que era horrível, que era horrível estar ali a sofrer, uma delas sofreu 3 dias mas depois teve que ser cesariana porque a bebe era grande, outra porque a filha não lhe deu tempo para ter quase contracções nenhuma, não teve tempo para levar epidural, não teve tempo para pensar em nada. Algumas também diziam que se passava mais ou menos.

*Individualidade***Então essa questão da dor nunca a preocupou!**

Só mesmo agora, quando entrei e comecei com dores. Não foi assustada foi... Comecei a querer descontrolar-me.... E a enfermeira, a loura acabou por descontrolar-me muito mais, aaaaa, Tem de respirar, isso assim não vai lá, tem de respirar com calma! Ela não deu para acalmar, isso eu sabia que respirar acalmava, mas pronto.

*Stress evitável**Descontrolo**Atitude das enfermeiras***Está a falar-me do apoio das enfermeiras?**

Não senti.

*Desamparo***Em nenhum momento?**

Não porque as enfermeiras só começaram a ir ter comigo na altura que eu comecei mais a chamá-las. As dores estavam cada vez mais fortes, cada vez mais fortes e aí começaram E o meu médico assistente telefonou várias vezes para saber como eu estava, porque elas estiveram uma tarde inteira sem irem ao pé de mim. Iam lá só para ver a dilatação...Ah ainda falta muito, e não sei o quê.

*Stress fisiológico**Aproximação***E quando lhe diziam que ainda faltava muito, o que pensava?**

Eu...ficava desesperada, ... mas depois passava, depois até foi rápido. Depois foi...como disse, levei a epidural aos 4cm depois de levar a epidural já estava com 7 cm depois foi rápido, uma hora e pouco, uma hora e 16 minutos já estava cá.

*Desespero**Brevidade do sofrimento***Tem-me falado da epidural, pensou sempre em fazer epidural?**

Aaaaaaa, não de início da gravidez não pensava.

*Indecisão***P- Sabia em que consistia essa técnica?**

Mais ou menos, tinha medo da agulha, mas depois o meu médico dizia-me sempre, vai levar a epidural que é mais fácil, para si e vai correr muito melhor.

*Desinformação
Influência de opiniões***Ouviu opinião de pessoas que tenham feito epidural?**

Não, não conheço nenhuma. Mas é um alívio.

*Recurso eficaz***E agora que já passou por este processo doloroso, como olha para tudo isto?**

È assim, se pudessem inventar um parto sem dor, do princípio ao fim, seria o ideal...não, não,... é bom, é bom porque depois compensa-se temos esta compensaçõzinha. *Ambivalência*
Compensação

Muito obrigada!

Entrevista 7

ENTREVISTA 7

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
29	0-0-0-0	Meio urbano	38semanas	Doméstica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Por acaso estava a pensar que ia ser mais doloroso, porque me tinham dito que o parto custa um bocado, as contracções... e até aos 4cm de dilatação custa um bocado, mas acho que é uma coisa suportável, já me esqueci.

Ideias do parto

Suportável Passado

P-Porque motivo recorreu à maternidade?

Foi a bolsa que se rompeu em casa às nove e um quarto da manhã e depois vim e estive o dia todo sem dores. Depois tive que ficar internada porque já estava o dia todo sem dores.

Espera

Entretanto, como não começava a ter dores e a não fazer a dilatação, induziram o parto, começaram-me a dar o soro às 2 da tarde e nasceu por volta da meia-noite. E pronto, claro que custou mas desde que haja bom acompanhamento, ensinaram-me a respirar e essas coisas todas, correu bem. Mas é uma dor assim, não sei explicar.

Apoio das enfermeiras

Inexplicável

Pensou que ia ser assim?

Achei que ia ser pior. Normalmente a gente fala sempre com quem já teve essa experiência....

Surpresa

Curiosidade

E o que lhe diziam?

Uns que é uma coisa horrorosa, impossível de ir tentar outra vez ter outro filho, não querem ter experiência igual, outras pessoas dizem o mesmo do que eu, que é suportável. Mas estas foram as piores dores, porque eu nunca tive nada de especial

Opiniões de terceiros

na vida. Eu acho que há pessoas que sofrem muito mais. Cada um tem as suas experiências . Não vale a pena estar a assustar as pessoas. Eu por acaso nunca me deixei assustar, tanto que agora vou dizer às minhas amigas que ainda não tiveram bebés que é suportável.... Qualquer pessoa... que não tenha, medo, porque elas coitadas também querem saber como foi, como é as dores, é uma pergunta frequente nestes casos, quando uma amiga tem bebé quer-se saber como é que foi a experiência, por isso, não vou meter medo a ninguém, dói mas suporta-se que remédio, e depois temos a compensação, (risos)... nada melhor do que isto.

*Experiência de dor**Optimismo**Curiosidade**Significado da dor*

Durante a gravidez nunca se preocupou com a dor do parto?

Não, nunca me preocupei, sinceramente, era o que calhar.

Stress evitável

Pensava na dor do parto?

Só para o final da gravidez, já pensava, aqui há uns diazinhos atrás já pensava. Está-se a aproximar... aquela ansiedade, uns receiozinhos claro!

Proximidade do nascimento

Receios?

Sim, é como seriam as dores, as tais dores, tão faladas se era complicado se não. Agora mais para o fim. Durante a gravidez tentava não pensar nisso, vivia outras coisas boas da gravidez não pensava nisso.

*Expectativa da dor**Fuga*

E quando entrou nas admissões, como se sentia, em que pensou?

Até acho que vinha muito calma mais do que estava à espera. Pensava que ia ficar muito nervosa, mas... Não estava à espera do acontecimento, se calhar interiormente acabei por estar mais calma do que estava à espera.

*Calama**Inesperado*

Sentiu apoio por parte da equipa?

Sim, sim, das enfermeiras das auxiliares, foram sempre impecáveis desde o princípio até ao fim. Gostei muito, o acompanhamento um espectáculo, correu tudo bem. As enfermeiras diziam-me que eu estava a fazer bem e que estava a correr tudo bem, que continuasse assim que era mesmo assim que devia fazer, estavam sempre a dizer-me estas palavras.

*Apoio das enfermeiras**Incentivo**Reforço positivo*

Fez epidural?

Sim.

Já tencionava fazer?

Sim, já tinha essa ideia.

Rejeição da dor

Sabia o que era?

Sim, é uma coisa que se estamos a passar por tanto e pode ser facilitada, se calhar também é bom para o bebe. Pelo menos foi o que me disseram.

Recurso eficaz

Então já estava decidida a fazer epidural?

Sim, sim.

Decisão

Durante o trabalho de parto esteve sempre acompanhada?

Sim, sim, estive com sempre com o meu marido. Não havia mais ninguém no quarto, eu também preferia estar sozinha.

Privacidade

Isso ajudou-a?

Muito, muito, é fundamental, estava lá sozinha. Eu acho que ainda nos acalma mais, e ele estava calmo, consegui-me transmitir uma sensação ... boa, de acompanhamento, se houvesse alguma coisa mal ele estava ali, e mesmo na hora do parto ele estava ali ao pé de mim. Só não estive de madrugada, porque não podia, mas as enfermeiras chamaram para ele vir assistir ao parto. É muito importante ele estar presente é um acontecimento para os dois.

Companhia

Transmissão de calma

Partilha

Esteve sempre controlada?

Sim acho que sim.

Controlo

Fez Preparação para o parto?

Não, não fiz. Mas sabia de algumas coisas pela Internet, nas consultas e pronto.

Fontes de informação

Cada vez que sentia uma dor mais forte como reagia?

Era mais soprar, o médico também me tinha dito que não valia a pena estar a disparatar nem gritar, a respiração era fundamental, e ensinaram-me ali naquele bocadinho a soprar e funcionou.

Informação /orientação

Suporte

Em que pensava?

Pensava que se calhar estava mais perto do que eu pensava, em qualquer altura... estava sempre com aquela expectativa que ia fazendo a dilatação que estava quase .Foi mais isso, estava à espera que fosse o acontecimento. O trabalho de parto também foi rápido. Das 10 da noite à meia-noite, até que fiz a epidural, ela depois nasceu às 5 da manhã mas já não tive mais dores. A não ser uma sensação de vontade de fazer força para ir à casa de banho, era a única coisa que sentia. E depois também quando elas me foram examinar a ver, já estava o bebe quase a

Antecipação do nascimento

Alívio da dor

nascer.

Ah! Ainda vomitei e senti-me mal disposta quando ia para a sala de partos, as enfermeiras até estavam com pena de mim e diziam que os vômitos eram mais difíceis do que o que eu ia passar porque estava com a epidural, né? E também no trabalho de parto vomitei, foi o único transtorno, mas nada de especial. Assustei-me mas a enfermeira que me assistiu disse que pode acontecer.

Desconforto

Suporte

Disse nada de especial?

Porque eu não sabia que podia acontecer, vômitos e esse tipo de situações, depois fiquei assim um bocadinho nervosa com medo de ficar mais mal disposta com vômitos. Mas não sabia que isso era possível no parto.

*Desconhecim
ento*

E percebeu, depois?

Acho que é por causa da anestesia.

Quando a levaram para a sala de partos, o que sentiu?

Não sei, lembro-me de ver aquilo, achei que tem condições e que estava bem equipado...mas não me lembro assim de muita coisa!

Obscuridade

O que sentiu quando a sua filha?

Era como eu tinha idealizado, aqui a boca...risos.

*Concreti-
zação*

Que balanço faz de tudo isto?

Risos... valeu a pena, um dia mais tarde experimenta-se outra vez. Acho que foi uma experiência positiva, que correu muito bem. Tirando o tempo de espera para ter as contracções e até fazer a epidural, depois foi mais rápido a ter. Torna-se um bocadinho saturante lá no quarto. As enfermeiras explicaram-me que era normal.

*Experiência
positiva*

*Duração do
trabalho de
parto*

Já estava muito cansada, não sei explicar..... é o tempo que estamos à espera...

estava mesmo farta de estar na cama e é aquela ansiedade, nunca mais nunca mais e eram algumas dores que não se aguentavam. Mas já passou e correu tudo bem!

*Exaustão
Stress
fisiológico
Passado*

Muito Obrigada!

Entrevista 8

ENTREVISTA 8

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
40	0-0-0-0	Meio urbano	40 semanas	Empregada de balcão

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve.

Como foi para si esta experiência?

Naquela hora acho que custa um bocadinho, mas depois da gente ter o bebe , acho que a dor esquece-se, assim Mas as contracções assim mais para o fim, custa mais um bocadinho.

Significado da dor

Fase do trabalho de parto

Fez epidural?

Não deu para fazer, o anestesista estava muito ocupado na urgência.

Impossibilidade

E queria fazer?

Primeiro não, mas depois, naquela altura como estava com medo de não chegar ao fim com as dores, eu achava que não ia chegar ao fim com as dores, mas depois também não custou assim tanto.

Medo

Incapacidade

Já tinha ouvido falar na epidural?

Sim... mas ... Paciência!

E o que diziam?

Que custava um bocadinho, para eu pensar que podia fazer cesariana ou fazer a epidural, mas eu não sei porquê acho que queria um parto normal depois quando fiquei assim com mais dores e que a enfa me veio perguntar se queria fazer epidural, disse logo que sim, mas depois não pôde ser paciência!

Opinião de terceiros Natural Rejeição da dor

Conformação

Começou com contracções em casa?

Eu estava para provocar, mas como perdi sangue vim para o hospital e a enfª achou que era melhor eu ficar, e depois provocaram logo.

*Inesperado***E quando começou a ter as primeiras contracções, percebeu que já eram de parto?**

Não, não percebi muito bem comecei mais ou menos dois dias antes, com muitas dores aqui por baixo e na barriga, depois andei assim, mas como o meu médico me tinha dito que 2ª feira vinha cá para provocar o parto, então fiquei à espera. Mas como perdi sangue vim antes para o hospital. Estive aí das 9 da manhã às 8 da noite que ele nasceu.

*Desconhecimento**Duração do trabalho de parto***Em que pensou quando começaram as primeiras contracções?**

Pensava que era logo que não demorava tanto tempo. Disseram-me que esperasse que isso eram as dores normais do parto, só que uma pessoa começa a ficar muito ansiosa e pensa que é logo que vai ter, é um desespero!

*Expectativa do parto
Stress emocional***Como ultrapassou isso?**

Sei lá, não sei dizer.

*Indefinição***Teve a companhia do seu marido?**

Sim tive e acho que se ele não estivesse lá eu não conseguia chegar ao fim.

*Apoio do marido***Porque diz isso?**

Aaa..., ajudou-me e ia-me dizendo, porque eu tinha feito ginástica, aquela.

*Ajuda para respirar***Preparação para o parto?**

Sim, preparação para o parto, e ele dizia-me o que eu tinha que fazer, mas por exemplo naquela hora, agente fica um bocado descontrolada e não consegue pôr em prática, e ele foi-me dizendo para fazer, ele nunca foi a nenhuma aula mas dizia, “olha, não esqueças tu dizias que tinhas que fazer, vai tentando fazer”.

*Descontrolo**Incentivo***E conseguia fazer?**

Acho que duas ou três vezes comecei a descontrolar-me, mas ele dizia-me “não te descontroles, já sabes o que tens que fazer.” As contracções... Eu ia tentando fazer ainda com mais força a respiração, para ser mais rápido. As enfermeiras ainda foram lá duas vezes ou três, dizer para eu me controlar. principalmente já mesmo no fim que era quando eu estava a ficar mais descontrolada, e elas diziam-me “ qual não

*Apoio do marido**Fase do trabalho de parto*

consegue, então não vê que consegue, vá força que isto vai. Incentivava-me e dizia para eu respirar, principalmente já para o fim que eu já estava quase a ficar em descontrolo. Já estava um pouco cansada. São muitas horas deitada e sem poder beber. Acho que o pior foi a sede. Ele levou para lá uma garrafa de água, mas não se podia beber água, ainda tentou molhar-me um bocadinho os dedos com a água, e aliviava um bocadinho, mas se a gente... não engolisse a água mas se desse para molhar a boca e deitar fora aliviava se calhar um bocadinho mais.

*Reforço
positivo*

Exaustão

Desconforto

Solicitou muito a presença da enfermeira?

Lá mais para o fim, Quando senti depois, acho que foi as águas que se rebentaram e eu pensava pronto que já estava quase, tive que chamar a sr^o en^f, e depois já para o fim quando o bebe estava quase a nascer. Elas foram impecáveis, Já no fim elas diziam-me que eu tivesse calma, que era rápido. Estas palavras foram um alívio. Eu de vez enquanto perguntava se demorava muitas horas, se não era muito tarde a que horas é que era. Acho que era mais ansiedade, queria era que as coisas quanto mais depressa melhor.

*Proximidade
do
nascimento*

*Apoio da
enfermeira*

*Desejo do
final*

Cada vez que tinha uma dor forte em que pensava?

Eu acho que.... Acho que ...que ainda disse uma vez que não conseguia, que ia desistir que já não aguentava mais, mas pronto, depois lembrava-me que pronto, pronto, tinha o bebe e tinha que... chegar ao fim, tinha que aguentar, e se calhar foi pensar assim que me ajudou a chegar ao fim.

Incapacidade

*Significado
da dor*

O que fazia para aliviar a dor?

Ah, tinha que segurar a mão do meu marido. Ele ia falando comigo e ia-me lembrando coisasdizia vá agarra-te bem que isto não custa nada. E depois passado isto já parece que não foi nada, naquela hora é que custa um bocadinho. Eu já mais para o fim , eu ia começar a gritar, mas depois ele dizia, “calma, calma, tu aguentas tens que chegar ao fim, faz lá a respiração que tu consegues”. Lá conseguia manter um bocadinho a calma e fazer a respiração. Quando começava a fazer a respiração, a dor,, superava mais a dor, acalmava mais um bocadinho, e já não custava, conforme ia fazendo a respiração, parecia que a dor desaparecia mais depressa. Mesmo assim acho que fiz quase tudo que aprendi na ppp, não gritei muito, nemmm... estava controlada só 2 vezes ou 3 estava-me a descontrolar,. Mas eu acho que é muito importante ele estar ali. Agente estar sozinhas é pior.

*Apoio do
marido*

Contenção

*Ajuda para
respirar*

Controlo

Companhia

Havia mais senhoras no quarto?

Sim mais uma. Eu quando estava..estava a ter as contracções também me estava a lembrar dela, ela estava a gritar mais do que eu e ela estava sozinha, nessa altura também pensei que o apoio do marido é muito importante. Eu estava a ouvir a outra e estava com pena de estar sozinha , eu estava a ver se conseguia conter-me mais um bocado.

*Privilégio***Acha que isso teve influência no seu descontrolo?**

Sim, eu acho que faz sim, uma pessoa depois também começa a tentar não fazer tanto barulho. Uma pessoa já fica desorientada e se calhar vai ficando pior. Mas no fim foi tudo muito mais rápido.

*Contágio***Olhando para tudo isto, que balanço faz desta experiência?**

Acho que custa prontos, custa um bocadinho mas depois a gente a ter.... quando ela acaba de nascer eu acho que quase que não me lembrava das dores.

*Compensação***E o que sentiu quando a viu?**

Que dizer, depois de a ter aqui ao pé de nós, ver que está perfeitinha e que está tudo bem, acho que é uma felicidade que não tem explicação nenhuma. Acho que a equipa foi muito boa acho que foi tudo muito rápido para ela nascer, acho que foi tudo mesmo muito bom.

*Alegria do nascimento***Muito Obrigada!**

Entrevista 9

ENTREVISTA 9

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
18	0-0-0-0	Meio urbano	40 semanas	doméstica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

O pior foi as dores e as contracções ao princípio e depois com a epidural adormeci completamente, da cintura para baixo não sentia absolutamente dor nenhuma. A última coisa que senti foi realmente a parte dos ombros da menina quando saiu e a bolsa da água a rebentar.

Fase do trabalho de parto

Experiência do parto

Mas quando começaram as contracções?

Comecei com contracções em casa, às 4 da manhã e vim para o hospital às 7. Estava assim um bocadinho na dúvida às vezes podia ser assim uma má disposição ou... mais... ou.. não sei realmente a altura dela nascer. O parto era para ser provocado no dia 5 de Setembro, mas eu estava com muita esperança que ela fosse nascer naturalmente e felizmente, nasceu. Por isso é que eu dizia deixa-me lá ficar aqui mais um bocadinho, vou, não vou, escuso de ir incomodar as pessoas ao hospital, se ainda não for para nascer. Acho que só com dores mais fortes e ainda não rebentaram as águas, ainda é cedo!

Desconhecimento

Natural

Ideias do parto

E quando chegou aqui o que lhe disse a enf^a?

Que estava em trabalho de parto. Acho que tinha 2 cm

E como eram essas contracções?

Já doía muito, mas passadas umas 4 ou 5 horas passaram a ser umas dores demasiado fortes, demasiado insuportáveis. Sem epidural, acho que ... não sei se

Dificuldade extrema Sofrimento

conseguia a capacidade de controlar-me e manter durante tanto tempo as dores do parto. Desde as 4 da manhã até às 4 e 32 da tarde.

Recurso eficaz

Duração do trabalho de parto

Em que pensava quando tinha dores mais fortes?

Que tinha que as aguentar. Até que realmente pudesse tomar a epidural, porque a en^{fa} já tinha dito que sim, que podia tomar só que só depois tinha que levar um X tempo de soro e essas coisas todas.

*Conformação
o
Desejo de alívio*

Mas já tencionava fazer epidural?

Eu já tinha ouvido falar e já tinha mais ou menos as bases só que não sabia se podia, mais tarde depois dos 3cm de dilatação, vinha com ideias de fazer mas não tinha a certeza.

Decisão

O que sabia sobre a epidural?

Que não retirava a dor toda mas que adormecia um bocado a dor. Perguntei a outras que já experimentaram e li durante a gravidez.... Se me dissessem que não podia fazer, tinham que me dar algum tipo de acalmante, ou coisa assim que me acalmasse um pouco as dores, senão descontrolava-me.

Fontes de informação

Dificuldade

E durante a gravidez, também quis saber sobre a dor do parto?

Falava, e assustavam muito, que doía muito, que era assim, que era assado, quando uma pessoa vai ver não é nada parecido. Realmente as dores estão lá mas é tudo um bocadinho...sei lá cada pessoa tem a sua dor, a sua experiência. Para mim não foi assim tão mau. Toda a gente me falou mal da hora do parto e toda a gente falou mal do parto e logo a seguir e... essas coisas todas.

Opinião de terceiros

*Individualidade
de
Experiência positiva*

E isso influenciou o seu modo de estar perante a dor?

Não, realmente pensava nisso um pouco, mas também pensava que não podia fazer mais nada porque ela tinha que vir e estas dores fazem parte, e se fazem parte tem que ser. Tentava não pensar muito nas dores.

*Mentalização
Processo fisiológico*

Stress evitável

O facto de pensar que podia levar epidural ajudou a não pensar tanto na dor?

Sim, bastante, bastante.

Tranquilidade

Conseguiu sempre controlar-se?

Mais ou menos.

Controlo

O que fazia para se controlar?

A respiração, às vezes um bocadinho rápida de mais para tentar controlar um bocadito mais, às vezes parava um bocadito mais, apertar a mão do meu marido.

Estratégias de alívio

Teve sempre a companhia do seu marido?

Quase sempre.

O que achou disso?

È muito melhor do que estar sozinha, o marido dá sempre mais... dá outra segurança.

Segurança

Pode especificar melhor?

Dá companhia, dá... está presente, é uma pessoa conhecida, não é um estranho, é sempre diferente, estava sozinha no quarto, não estava mais nenhuma senhora e até preferi assim. Tem mais vantagens em estar sozinha em trabalho de parto, porque a gente destapa-se temos calor, e então só estamos lá com o marido que já conhecemos, agora se estiverem lá outras pessoas...é diferente ficamos um bocadito constrangidas dada a situação que estamos a passar. Ele também estava um bocadinho nervoso!.

Companhia

Familiaridade

Privacidade

Ansiedade do marido

Alguma vez se descontrolou?

Não, nunca. Às vezes o fazer a respiração é que era complicado porque a dor era tão forte que era um bocado complicado tentar controlar a respiração.

Aflição

Contensão

O que lhe fazia aliviar a dor?

Era pensar que mais tarde ou, mais cedo ela ia nascer e que a dor iria terminar, isso é mesmo o que me fazia aliviar um bocadinho a dor.

Significado da dor

Alem da dor teve outros desconfortos?

Vontade de fazer xixi e de ir à casa de banho e não puder estava ligada às máquinas tinha que fazer na arrastadeira, isso foi também desconfortável.

Desconforto

Sentiu apoio por parte dos técnicos?

Sim, as enfermeiras iam lá ao pé de mim, diziam-me os centímetros de dilatação, que estava quase ou que ainda faltava um bocadinho mais ou menos, as indicações do tempo para o parto.

Apoio das enfermeiras

Quando as enfermeiras diziam que faltava muito tempo, o que pensava?

Ao princípio pensava que nunca mais realmente, estava cheia de dores e que era chato por causa disso, e saber que realmente ainda faltava muito tempo para o parto, mas depois quando tinha a epidural, mesmo que faltasse muito tempo já era mais.... Já estava mais à vontade, já podia descansar, dormir um bocadinho. Estava dormente não sentia tanta dor. As enfermeiras deram-me apoio mas o que me aliviou foi quando fui para a sala de partos, realmente era o fim.

Duração do trabalho de parto

Alívio da dor

Proximidade do

nascimento

E quando a levaram para a sala de partos?

Só me lembro daquela grande luz, mas não me fez confusão, mas fiquei assim um bocadinho mais nervosa, nunca se sabe o que pode acontecer.

Obscuridade

Angústia/ansiedade

Aqui senti um bocadinho de dor porque a epidural já estava a acabar senti sair os ombros da menina e a rebentarem-me as águas. Foi um bocadinho mais doloroso mas foi rápido.

Brevidade

O que sentiu quando a viu ?

Uma alegria muito grande..... uma alegria, não tem explicação.

Alegria do nascimento

Olhando para tudo o que viveu que balanço faz de tudo isto?

Vale a pena passa-se um bocadinho mas vale a pena, agora é preciso é que ela tenha saúde.

Compensação

Muito Obrigada!

Entrevista 10

Entrevista 10

Enfermeira Especialista

38 anos de idade

Experiência na área há 2 anos

Tendo em conta que lida com a situação de parto e nascimento, gostaria que me dissesse o que é para si a dor no parto .

A dor e a sensibilidade à dor, para mim varia de pessoa para pessoa e da expectativa com que vêm, da preparação e da mentalização com que vêm, porque nomeadamente as mulheres que fazem preparação e que não são enganadas, que lhes é dito que a dor vai existir no trabalho de parto e das formas como lidar com ela, nomeadamente as técnicas de relaxamento e a respiração essencialmente a respiração, essas chegam aqui e lidam melhor com a dor.

*Individualidade**Expectativa da dor**Informação/orientação***Porque diz isso?**

Porque hoje em dia ouvem falar na epidural, chegam aqui e não estão minimamente mentalizadas para ter dor. Eu não quero ter a pretensão de saber se A tem mais dor do que B, não é? Nós quando avaliamos são pelo registo da contracção no cardiotocógrafo.

Rejeição da dor

Não sei se lhes dói muito se não, mas elas pedem logo é a epidural. Ora, essas mulheres não estão mentalizadas para ter dor, não é? Quando vêm mentalizadas para ter dor, têm uma reacção completamente diferente, embora também haja por vezes um descontrolo nas que fazem preparação, principalmente quando o trabalho de parto é prolongado, chegam a pontos que estão cansadas e já não há controlo, que consigaser mantido.

*Mentalização**Duração do trabalho de parto*

Está a dizer-me que o conhecimento prévio de que vai ter dor influencia o comportamento perante a dor?

Sim. Se tiverem conhecimento do que se vai passar sim, não tenho dúvida.

*Esclarecimento***Considera que este é o único factor que influencia?**

Também o que lhe foi dito durante a gravidez. Por ex se uma pessoa significativa por ex a mãe ou a avó disserem, que não custa nada , ela pode pensar, em principio não custa nada. Deixa lá ver se comigo vai ser igual à mãe e à minha avó.

Influência de opiniões

Depois também depende da atitude que as pessoas têm perante a vida, e perante tudo. Se forem umas pessoas que até têm uma atitude positiva perante as coisas, vêm as coisas de forma menos dramática. Por ex perante as contracções elas podem pensar, tive esta agora será que a próxima vai ser melhor, ou vai ser pior. Tem a ver com a maneira de estar na vida e com a aceitação das coisas. Uma coisa que é fundamental é a aceitação da gravidez.

*Personalidade**Optimismo**Aceitação da gravidez*

Pode especificar?

Da pouca experiência que eu tenho, uma mulher que chega aqui com uma gravidez não desejada, não planeada aceita mal a dor. Seja na fase activa ou na fase lactente do trabalho de parto. Mas isto acho eu. Grita ou fica quieta e pouco reage ou então não colabora.

*Desejo da gravidez**Descontrolo*

Como sabe que não desejaram a gravidez?

Por vezes verbalizam ou então quando fazemos a admissão e questionamos sobre a história da gravidez.

Acolhimento

E como procede em cada uma dessas situações?

Sei lá eu tento incentivá-las com a respiração para que se concentrem na respiração e não na dor. A nossa atitude é sempre de tranquilizar, não é? Explicar. Às vezes... eu defendo que é sempre melhor o conhecimento do que o desconhecido.... Se vais a qualquer lado que não conheças tens sempre mais medo do que se vais a um sitio que já conheces, não é? O ambiente quando a gente conhece é diferente sente-se mais à vontade. Mas também há o contrário há pessoas que tendo o conhecimento e sabendo que é de determinada forma dizem se aquela correu bem mas a mim não vai correr bem de certeza, ou se já tem experiência de parto dizem correu bem da outra vez mas agora deixa lá ver. São pessoas que são negativas perante a vida e aí por vezes o que dizemos ou explicamos pouco ou nada resulta.

*Ajuda para respirar**Tranquilidade**Ambiente**Expectativa do parto**Pessimismo*

Vamos lá a ver eu às vezes fico ali um bocadinho e sopro ali com elas quando não podem fazer força, por todas as condicionante que sabemos e pronto, elas tem muita tendência a nos agarrar. E isso é assim já houve aí uma ou duas que me aleijaram e eu agora sou sincera já não deixo agarrar sou sincera, mas ajudo nisso a respirar e explicar.... (Pausa)

*Suporte**Atitude da enfermeira*

São então no seu entender estes os factores que influenciam o comportamento na dor?

A idade eu acho que a idade também influencia muito. Acho que tem uma certa

Idade

influência nisso.

Pode especificar?

Se for uma primípara com 18 anos e se for uma com 40 esta se calhar vem mais desorientada do que a tem 18.

Experiência de parto

A que atribui isso?

Eu aí não quero arriscar mas se calhar..... imaginando que as duas não tiveram preparação nem outro tipo de suporte. A de 18 anos dada a sua imaturidade vem mais

Preparação para o parto

Imaturidade

orientada e mais disponível. Nas de 40 anos apesar de ser uma gravidez desejada desorientam-se mais, têm mais pressa em ver o filho, têm mais medos eu acho isso.

Desejo do final

Estamos a falar de primíparas.

Medos?

Sim sei lá que as coisas corram mal.

Medo

E relativamente à presença do companheiro?

O companheiro se empenhado na gravidez, com um papel activo de pai durante a gravidez, chega aqui , e habitualmente nota-se se teve ou não esse papel na gravidez.

Empenho

O pai mais ausente, do ponto de vista familiar e do desejo daquela gravidez, empenhado no amor à família isso por vezes nota-se.

Destaque

Como?

Habitualmente esses pais, esses companheiros, o que é que participam? Põem-se a olhar para o cardiotocógrafo a ver quantas contracções tem, a olhar para o soro a ver se está a correr muito rápido e para a bomba infusora se está a correr a 20 ou a 10 e não ligam à mulher.

Supervisão

Alheio

Como interpreta isso?

Eu não sei. Uns estão porque parece bem, outros acho que eles também não sabem como participar e fazem esse tipo de coisas. Eu já tenho tido pais que chamam para alertar para a funcionalidade do equipamento e não tanto pela mulher. Ou porque o soro corre depressa, ou porque o aparelho diz que o coração do bebé está a bater fraquinho, perguntam para que serve o equipamento e como se interpretam os valores....sei lá! Há homens que ficam apaixonados pela parte tecnológica! E então como não sabem como ajudar dispersam-se pelas outras coisas que eles até gostam. Que é a tecnologia e essas coisas.

Imposição social e familiar

Figura de fachada

Inquietação

Contrapartida

E como reagem as mulheres?

Eu noto que essas senhoras muitas das vezes os ignoram também. Outras vezes tem o efeito contrário. Em vez de tranquilizar irrita-as vê-los a andar a “sassaricar” aí por todo o lado e não ligarem nenhuma a elas e às vezes descontrolam-se.(Pausa)

*Destabilização**Descontrolo***No início da entrevista falou-me do recurso à analgesia epidural. Qual a sua opinião desta técnica analgésica do trabalho de parto?**

AH! Eu sou a favor da epidural. Para já , já não estamos habituadas a ouvir gritar: Se estiver aí alguma que não possa fazer e se grita..... a gente já não estamos habituados essa é que é a verdade.

*Rejeição da dor***E como procede nessas situações?**

Sei lá mandamo-las calar e vá lá respire lá fundo e sei lá. E logo que possam fazer epidural, se não houver contra indicação comunico logo ao anestesista. Por vezes quando não podem fazer a epidural, dizemos aos médicos para prescrever outro tipo de analgésico a Petidina por exemplo isso ajuda a fazer a dilatação porque relaxa e alivia a dor.

*Ajuda para respirar**Alívio da dor*

Eu acho que estas são as únicas formas de ajudar. Acho que é uma dor forte mas da minha experiência não posso falar. Eu fiz sempre cesariana das duas vezes. Embora tenha sentido algumas dores, se eu não tivesse a cabeça arrumada.....descontrolava-me.

Equilíbrio emocional

Estava preparada para ter parto por via baixa mas ele estava pélvico infelizmente não tive essa experiência foi cesariana. Depois a outra também foi programada.

*Ideias do parto***Infelizmente?**

Sim porque é preferível o parto natural e nós vemos logo o bebé ficar logo com ele, e também porque é melhor o parto natural. A mulher deve passar por essa experiência faz parte do ciclo da vida reprodutiva. Eu estava preparadíssima para ter um parto normal. Por isso é que eu digo que isto da dor no parto varia de mulher para mulher e há estas coisas todas associadas e a gente aceitar as coisas é logo meio caminho andado.

*Natural**Processo fisiológico**Individualidade**Aceitação***Obrigada pela sua colaboração!**

Entrevista 11

Entrevista 11

Enfermeira Especialista
40 anos de idade

Experiência na área há 8 anos

Sabendo que lida com a situação de dor no parto, o que é para si então esta dor?

Eu posso dizer que lido muito bem com essa situação, quando a dor se aplica.... às outras mulheres ,embora às vezes quando elas se desorientam com a dor, isso também me afecta um bocado, mas normalmente não me afecta grande coisa e consigo lidar bem.... E...tento fazer o meu papel, não me afecta, penso que não me afecta, preciso ter um bocadinho de paciência mais durante a noite mas não me afecta o facto de elas estarem com dor ou não. Prefiro quando elas fazem epidural, e ficam sem dor mas em relação ao meu desempenho e tudo, não me afecta. Faço o meu papel e tento ajudar.

*Trivial**Perturbação**Ambiente**Assistência
profissional***Como estabelece essa ajuda?**

Bom, tento quase sempre tentar que elas fiquem controladas. Às vezes exijo um bocado que elas tenham auto domínio,..... às vezes é preciso chamá-las mesmo à atenção e dizer-lhes, pare lá com isso e vamos lá a ver como é que a sr^a agora daqui para a frente vai encarar esta situação, conversar com elas, conversar...tentar explicar-lhe o que é que se está a passar naquele momento e porquê que elas têm que enfrentar aquela dor, que façam a epidural daí a pouco ou que não possam fazer, ou porque não podem ou porque não querem, e normalmente até consigo, como sou uma pessoa calma, consigo que elas mais ou menospassado um bocado tomem a atitude que eu pretendo que é colaborar, ficarem colaborantes, fazer bem a respiração estarem mais descontraídas, normalmente consigo, consigo que as senhoras fiquem...fiquem...colaborantes.

*Veemência**Auto-
dominio**Informação/
orientação**Transmissão
de calma**Ajuda para
respirar**Cativar***Considera que o facto de terem os companheiros por perto ajuda nesta situação?**

Olha eu acho que só agrava a situação porque às tantas estão os dois descontrolados, e não é só por aí, não é só o facto do marido também ficar descontrolado, quando vê a mulher ficar com dor aaaa....Acho que a mulher potencia a dor de tal maneira e mais quando o marido está presente porque...talvez na tentativa deles perceberem

*Contágio**o*

que ela está a passar um mau bocado e então a situação da dor para ela ainda tem que ser potencializada com maiorcom mais ênfase para o marido que está ali perceber que ela está a sofrer e isso é visível, qualquer pessoa nota isso. Com outros maridos, a gente tenta explicar e por ex ainda um destes dias me aconteceu, pedi a dois maridos para saírem e disse, olhem os senhores agora não voltam enquanto as senhoras não estiverem numa situação calma, e a elas também disse agora os seus maridos não voltam aqui enquanto as senhoras não se acalmarem e não fizerem aquilo que eu vou dizer. Foi milagre os maridos saíram elas começaram a fazer como eu disse para fazer e pronto, ficaram sem dor, sem dor não, ficaram colaborantes e mais tarde os maridos puderam vir e ficar calmos, porque senão às tantas a gente não consegue tomar conta de uns nem de outros. Isto destabiliza muito aqui Eu acho que é como eles não têm dor sei lá, as senhoras..... isto é a maneira delas demonstrarem que estão a sofrer, acho que se queixam mais quando eles estão senão são muito mais colaborantes.

*Persuasão**Chantagem**Prevenção**Desestabilização**Imposição de género**Frequência das queixas*

Mas nem todas as senhoras se descontrolam!

Não, nem todas. Mas quando vão ao extremo, chamo o médico e ele faz o que pode , nem sempre se consegue, mas agora com a epidural isso acontece menos.

*Segurança**Recurso eficaz*

A que associa esse descontrolo?

Olha, muitas vezes ao medo, muitas mulheres devido ao medo, outras vezes com algum choque que possam ter com o profissional de saúde, que lhe está a prestar cuidados nessa altura, outras vezes também na tentativa de por o marido também naquela situação, pode ser uma senhora calma e o marido chega, não sei porquê começa a ficar descontrolada e.....e... pronto, medo, desconhecido do que vai acontecer para a frente, o facto de o marido estar presente, às vezes o choque com os profissionais de saúde, isso também agrava a situação, faz com que ela também se descontrole e isso depende também de nós, depende de nós porque se tivermos uma atitude de calma e de ajuda elas enfrentam melhor a situação e suportam melhor a dor, às vezes se não estamos com mais paciência ou não criamos logo aquela empatia, é mais difícil as senhoras descontrolam-se mais. Eu acho.

*Medo**Incompatibilidade**Presença do marido Expectativa do parto**Descontrolo**Atitude das enfermeiras*

E outros aspectos?

Cultura. Por exemplo as de etnia cigana, normalmente elas queixam-se mais mas acho que tem a ver com a cultura....eu acho!

Cultura

E em relação às senhoras que fizeram preparação para o parto?

Sinceramente, sinceramente, depende da situação e depende como fizeram a preparação, se estavam ou não motivadas para o fazer, porque senão não vale a pena, descontrolam-se de tal maneira que não vale a pena, não conseguem sequer pensar um bocadinho aquilo que aprenderam e pôr em prática. Depende também da pessoa com quem fizeram, porque nós sabemos logo se foi com A B ou C. Depende, depende

*Motivação**Descontrolo**Destaque*

Há momentos falou-me da epidural, as senhoras solicitam sempre?

Na admissão, normalmente pretendemos logo saber se a grávida pretende ou não fazer epidural até porque deixamos isso escrito em nota, "a grávida pretende fazer analgesia do trabalho de parto, pois, reúne condições", ou "não quer fazer".

Rotina

Muitas senhoras antecipam-se um bocadinho e dizem logo que querem fazer as senhoras que não querem fazer ou que nunca pensaram fazer não referem, só quando nós perguntamos. Agora aquelas que já vêm decididas que querem fazer epidural, dizem logo, sr^a enf^a, eu quando estiver em condições se puder quero fazer analgesia do trabalho de parto. Normalmente são senhoras que já estão informadas, ou pelo médico ou então fizeram preparação para o parto,... Ou leram.

*Rejeição da dor**Decisão**Esclarecimento*

Verifica que há casos em que as senhoras pretendem fazer epidural mas não estão verdadeiramente esclarecidas sobre esta técnica?

Sim, sim, sim, aaaaaa, Não sabem bem como é que actua, não sabem o procedimento, nem sabem o que vão fazer, é espetar uma agulha nas costas, pensam que é uma anestesia e que ficam sem mexer da cintura para baixo, mas mesmo assim querem, querem porque lhes tira a dor. Às vezes a espetar uma agulha nas costas, preferem a dor mas, mais tarde quando a dor começa a apertar dizem agora já quero fazer. Também acontece muitas vezes.

*Desinformação**Recurso eficaz**Rejeição da dor*

Há muitas senhoras com medo desta técnica?

Muitas, muitas, nunca pensei que houvesse tantas, e não depende do nível sócio cultural, não depende disso, a qualquer nível as pessoas.... para já há muito pouca gente informada e depois não depende do nível sócio cultural, dependeeeee.. sei lá do quê, mas sei que há muitas pessoas que não percebem nada, nem sabem o que se vai passar, têm um conhecimento totalmente errado e outras não querem, também com conhecimentos totalmente errados, que ficam paralíticas, que é uma agulha rija nas costas, mas depois com as dores mudam perdem o medo e pedem epidural.....risos.. mudam, mudam. É preferível à dor, acho eu, risos...

*Desconhecimento**Hesitação Alívio da dor*

Qual a sua opinião desta técnica?

Nós queremos muito que todas as senhoras façam epidural, porque para nós é um alívio sabemos que elas ficam controladinhas, ficam sossegadinhas até podem ter períodos de sono, estão bem dispostas, conversam, têm uma conversa agradável para nós, não prejudicam o bebe... as senhoras que não podem fazer epidural, já as encaramos de maneira diferente, eu acho é mais complicado mesmo para o desenvolvimento do trabalho de parto. Antes sem epidural elas descontrolavam-se mais, e isso era uma carga psíquica maior para nós, tínhamos que insistir mais nas técnicas de respiração vigiar o feto, mas nem sempre resultam como se sabe. Eu prefiro, quando elas fazem epidural, colaboram muito mais, não tem nada a ver, era muito bom se pudessem todas fazer, todas tivessem. Aquela situação de estria e descontrolo total, não encaramos já isso muito bem já estamos habituados a uma sala de partos sossegada.

*Controlo**Desgaste
profissional**Colaboração**Tranquilida-
-de*

Como é que as senhoras lidam com a dor?

Dizem que é horrível, “isto é horrível, “nunca mais quero passar por esta situação”,. Ou então este é o primeiro e o último, ou então o último, mas logo depois do parto, nunca mais elas se lembram de tais palavras. São dores paridas dores esquecidas, mas isto é horrível é o que ouço mais.

*Dificuldade**Passado*

Há senhoras que se pudessem queriam ter a enf^a sempre ali ao lado tornam-se todas apelativas, umas mais que as outras. Isso não é possível como toda a gente sabe mas tento dar a melhor resposta possível. Mas de preferência elas queriam.... Principalmente aquela fase ali dos 6-7 cm querem a nossa presença porque não querem estar sozinhas querem ter uma pessoa ali ao lado que saiba o que se passa com elas e eu tento controla-las ajuda-las a fazer o trabalho de parto e a saber o que se passa com elas Já mais para o fim se posso procuro estar ali com elas e controla-las aqui é que elas são mais apelativas. Por vezes, os maridos são apelativos e tiramos um bocadinho do sério, eu às vezes já tenho dito, eu estou aqui a tratar do seu filho e da sua esposa o melhor que puder não estou aqui para tratar do sr e das suas necessidades. Quando eles estão muito apelativos convido-os a permanecerem um bocadinho lá fora, na sala de televisão, dar uma voltinha, fumar um cigarro ,para ver se os acalmo. O meu objectivo aqui é tratar da grávida e do bebe não é tratar dos maridos, até porque eu não concordo com a estadia dos maridos aqui. È preciso eles serem muito controlados, saberem o que se está a passar, aí eles ajudam tanto a

*Aproximação**Fase do
trabalho de
parto**Apoio das
enfermeiras**Tensão**Ansiedade
do marido**Descom-
pressão**Esclareci-*

enfermeira como as mulheres. Aí sim vale a pena, mas é raro. Acho que não se informam. *mento*

Como procede perante uma situação de descontrolo?

Eu às vezes.... Eu digo, até me dá graça as senhoras estão tão descontroladas, só dizem disparates, só fazem disparates, perdem quase a personalidade delas, mas após o parto revelam-se pessoas totalmente diferentes. Algumas pedem desculpa e dizem as figuras que eu fiz.. ..mas pronto a gente com o passar do tempo criamos uma barreira senão a gente não aguentava, mas há trabalhos de parto belíssimos, aqueles como estão descritos nos livros uma maravilha, mas há outras senhoras que sofrem muito. Mas pronto, tento respirar com elas e explicar o que se está a passar sem alarmar nem criar falsas esperanças, por exemplo dizer que falta pouco, isso não. Mas por vezes é muito difícil só com a epidural ou quando o bebe nasce. *Mudança*
Constrangimento
Mecanismo de defesa
Individualidade
Informação/ orientação
Dificuldade

Que factores podem estar associados à forma como lidam com a dor?

Além da empatia com o profissional de saúde, o ambiente é muito, muito, importante. Mesmo as próprias grávidas referem, Sr^a enf^o eu estava tão controlada as agora chegou essa senhora que está a gritar e eu já não consigo controlar-me, isso, toda a gente consegue aperceber-se disso. Também os desconfortos, como as náuseas e os vômitos e as parestesias que as incomodam muito também. Muitas mulheres não sabem, que com o avançar do trabalho de parto, isso é próprio do trabalho de parto, isto temos que explicar às grávidas, elas até compreendem. È engraçado que quase todas as grávidas, sejam primípara ou não, têm a noção que o trabalho de parto é umas horinhas escassas e acabou. Não têm noção que se pode prolongar por 16 horas ou mais. E isso às vezes é factor de descontrolo, tornam-se mais apelativas, querem o médico para fazer cesariana. *Empatia*
Ambiente
Desconfortos
Desconhecimento
Expectativa do parto
Brevidade
Desejo de alivio

Mas normalmente elas têm sempre noção de que o trabalho de parto irá ser breve,... irá ser breve e que em poucas horas têm o trabalho de parto feito, mas tanto as senhoras como os maridos e se se começa a prolongar um bocado mais do que isso, que é normal, tornam-se mais apelativas e pedem mesmo cesariana. *Expectativa do parto*

Que opinião têm do dor durante o trabalho de parto?

Vêm sempre com uma ideia, sempre com uma ideia, muitas vezes errada, muitas vezes pensam que a dor,.....aumentam muito a expectativa em relação à dor no sentido da dor ser uma dor insuportável, e muitas vezes isso ... conseguem suportar a dor, conseguem estar controladas e fazer o seu trabalho de parto normal, outras *Expectativa da dor*

Experiência

vezes, minimizam a dor, vem com uma noção, toda a gente aguenta eu também *dolorosa*
aguento, aquilo são umas dorezinhas e depois passa, mas depois mal se controlam.
Depende, depende. Pode acontecer o inverso pode aparecer muito não ir de encontro *Expressão*
às expectativas com que vinham, muitas vezes acontece, e depois controlam-se ou *da dor*
não, depende.

E após o parto?

De uma maneira geral, algumas têm a preocupação de perguntar se se portaram
muito mal, outras não dizem nada, outras pedem desculpa por alguma coisinha, e por *Descon-*
vezes mostram-se envergonhadas. Eu respondo de acordo com o meu estado de *tracção*
espírito. Ou me rio ou digo que já passou ou então que podia ter-se comportado
melhor. Depende.... O que importa é que corra tudo bem!

Muito obrigada!

Entrevista 12

ENTREVISTA 12

ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Experiência na área 2 anos

37 anos de idade

Tendo em conta que lida com a situação de parto e nascimento, gostaria que me dissesse o que é para si a dor no parto .

Para mim a dor do parto, é a sensação que a mulher tem durante a contracção, um desconforto. A gente diz dor mas é essa sensação do momento da contracção. Eu acho que essa situação da dor, em toda a gravidez que é desejada não se põe tanto. Começa tudo por desejar aquele filho, e a partir daí as coisa correm melhor. Por muito que haja... , que elas refiram dor, o decorrer do processo é visto mais pela positiva, acabam por se adaptar muito melhor à situação que vai acontecendo. Só se descontrolam se alguma coisa começar a correr mal, se alguma coisa não evoluir para aquilo que elas estão preparadas, ou de informações que tiveram ou aquelas que nós vamos dando. Descontrolam-se mais nesse sentido, se alguma coisa não está bem com o bebe, ou com elas mas mais com o bebe.

*Sensação**Desejo da gravidez**Desvios**Ideias do parto**Bem estar fetal***E as que não desejam a gravidez?**

Aí é mais complicado, porque temos que as ajudar a mentalizarem-se que têm que ter o bebé, mas também depende dos casos, umas não aceitam mesmo e têm períodos em que se descontrolam. Felizmente agora os trabalhos de parto já não se arrastam por muito tempo, e com a epidural, como elas não têm dor, não dá assim muito para avaliar. Elas ficam ou muito caladas ou revoltadas.

*Aceitação da gravidez**Duração do trabalho de parto**Negação**Trivial**Empatia**Prevenção*

(Silêncio)...na verdade a dor, no trabalho de parto, é um aspecto que não me assusta muito, lido bem com ela, uma vez que eu tento estabelecer sempre uma boa relação com as senhoras, quando elas chegam, e antes de elas estarem numa fase em que têm dor e que ... antes de estarem com dor, muito intensa, eu tento-lhe ensinar logo, que respiração devem fazer, o que é que vai acontecer, tento explicar logo, o que provavelmente irá acontecer e isso acho que ajuda um bocadinho porque elas já estão preparadas e quando alguma coisa surge não ficam logo assustadas, não ficam..... tento-as preparar para o pior no sentido de elas depois não ficarem tão nervosas e tão ansiosas. Portanto, eu acho que até acaba por não ser muito difícil lidar com as senhoras quando referem dor, pronto!

*Informação/ orientação**Preparação*

E se está perante uma situação em que não consegue preparar desta forma?

Uma coisa que eu faço é estar sempre muito junto delas, sempre que possível, porque às vezes o serviço não permite, mas tento ao máximo estar junto delas e tentar fazer ver que isso é normal e que Agora faça assim, vamos lá e incentivá-las para que elas se consigam ir controlando, de maneira a que...bem até porque no fim elas no fim não estejam muito cansadas para poderem depois colaborar no período expulsivo, não é? Isso é bastante importante.

*Aproximação**Incentivo**Colaboração***Falou-me há pouco, da relação com as senhoras quando elas aqui chegam.****Logo no momento da admissão falam da analgesia do trabalho de parto?**

Quando elas entram nas admissões, se elas não referem, a gente pergunta sempre se tem dorezinhas ou se veio só por ruptura de bolsa ou por outro motivo qualquer. Porquê que veio? Se elas não referem dor, se vieram por exemplo por ruptura de bolsa, eu costumo perguntar, mas dorezinhas já tem? E também na abertura do processo também costumo ver as análises e ver se está tudo bem e pergunto em relação à epidural se quer fazer ou não e que informação têm acerca disso. Nem todas querem.

*Alívio da dor**Rotina**Aceitação da dor***E essas senhoras que não querem, quando entram em trabalho de parto, mudam de ideia?**

Algumas mudam outras não.

*Individualidade***E as que não mudam de ideia, qual o comportamento?**

Geralmente aquelas que vêm preparadas, e que nos dizem que não querem fazer, que acham que não vai ser necessário, a grande parte consegue controlar-se. Vem preparada para o pior. Pelos menos é essa a sensação que tenho. As que dizem que não querem fazer e que dizem de maneira firme, geralmente não voltam atrás, e conseguem-se controlar. As que estão indecisas, geralmente fazem essas depois... As que estão indecisas, mas as outras não.

*Controlo**Mentalização**Hesitação***Que sabem elas desta técnica?**

As que estão convictas que querem mesmo fazer, já têm alguma informação que pode não ser totalmente correcta mas já têm assim uma certa informação. É raro, mas aparecem aquelas que não sabem sequer o que é, nunca ouviram falar, e há outras que não querem porque têm medo, não estão bem informadas da situação, ou alguém Referem coisas que lhe disseram lá fora e acabam por não querer fazer.

*Desinformação**Desconhecimento**Influência de opiniões*

Mas todas as enfermeiras perguntam se quer fazer epidural?

Eu entendo assim, todas nós devemos perguntar se quer fazer, se quer, damos informação escrita e predisposmo-nos para responder a dúvidas que elas tenham, e se não querem, não querem. Mas acho que a tendência das colegas é para insistir para elas fazerem. Eu nunca insisto, aliás se tiver outro filho eu não quero fazer, prefiro o parto ao natural, por isso se alguém não quiser eu respeito.

*Respeito
pelas
opiniões*

Natural

E se essas senhoras se descontrolam, como reage?

Quando se descontrolam e que está a decorrer uma contracção, espero que a contracção passe. Não tento dizer nada porque elas não dizem nada nessa altura e aproveito aquele bocadinho ali no meio para lá está para dizer que aquilo é normal no trabalho de parto, o que está a sentir mas que é importante que ajude, o seu bebe precisa de si e tento focá-la no bebe para que elas consigam-se controlar. Ensino-as a respirar e digo, agora tem que ser forte, vai ter que fazer esta respiração a tentar estar calma porque no fim vamos precisar da sua ajuda para fazer força, então vamos tentar para não nos cansarmos muito agora, é assim.

Oportuno

*Informação/
orientação*

Incentivo

*Ajuda para
respirar*

*Cuidado
prospectivo*

Tem resultado?

AAA quando é no inicio, na fase que elas estão a começar a descontrolar-se, às vezes resulta mas quando é já numa fase muito adiantada, já não, porque já estão mesmo, desorientadas e é muito difícil. Aí é ter calma e esperar até que o bebé nasça. Casos mais extremos dou conhecimento ao médico de serviço e ele age de acordo com a situação mas é raro. Também incentivo o acompanhante a molhar-lhe a cara com umas compressinhas com água, a molhar-lhe a boca....

*Fase do
trabalho de
parto*

Segurança

*Conforto
Suporte*

Ao que associa o descontrolo?

A medo. Eu acho que é medo, eu acho que elas têm medo. Esse descontrolo acontece mais em mulheres que geralmente é o primeiro filho e..... eu acho que é medo do desconhecido, mesmo. A gente diz-lhes que é normal, e sempre que posso, como eu disse à bocado, tento sempre prepará-las para o que vem a seguir. Quando elas têm umas dorezinhas sou eu própria a dizer, *isso é normal, é bom que tenha, isso significa que está a ter contracções e isso vão ser muito mais fortes*. Preparo-as logo para o pior, numa tentativa de depois elas não... não se assustarem tanto. Quando elas se descontrolam é já mais para o final do trabalho de parto, é quando estão já com umas dores muito fortes e o medo ali de.... Medo de qualquer coisa que está iminente, que vai acontecer que elas têm medo, por isso é que elas se

Medo

*Experiência
de parto*

*Desconhecim
ento*

Prevenção

Preparação

descontrolam. Acho que é isso, medo do que vai acontecer.

*Expectativa
do parto*

Apenas refere o medo?

Ah! e os factores culturais. Agora por acaso temos ali uma senhora chinesa. Uma coisa que reparamos nas grávidas chinesas, elaselas geralmente não fazem alarido. Elas estão ali referem queixas, mas vê-se que têm um comportamento mais silencioso. Depois as ciganitas, é uma barulheira.... Risos... acho que isso é evidente. As outras portuguesas controlam-se e descontrolam-se.

Cultura

*Expressão
da dor*

Eu acho que está associado essencialmente a se é o primeiro filho ou não. É muito O primeiro filho, É mais frequente se descontrolarem do que nas outras, porque já conhecem a experiência, acho que estão mais tranquilas e vivem as coisas de outra maneira. Penso que é mais o conhecimento ou não da experiência que estão a passar.

*Experiência
de parto*

E eu penso também que de um modo geral, umas das coisas que faz descontrolar é o tempo que as coisas levam, o processo, todo o processo. É o medo e é....é depois a situação um bocado demorada, e às vezes fazem estes comentários:”mas nunca mais, nunca mais?. Quando não vamos observar e dizemos que está na mesma....elas desesperam, criam uma expectativa que as dores são tantas já são tão fortes que se calhar já está no final , e a gente diz que está na mesma, às vezes a situação arrastar-se no tempo e não evoluir é outro motivo que também as faz ...começarem a ficar muito descontroladas. o não evoluir à rapidez que elas queriam.

Espera

*Stress
emocional*

Desespero

Decepção

E as senhoras que estão informadas?

Essas menos, mas também se descontrolam.

Descontrolo

Acha que o facto de estarem informadas influencia o comportamento no trabalho de parto?

Ah!, tem ,tem, acho que sim. Eu tenho a sensação que o descontrolo delas, a maneira como encaram o trabalho de parto tem a ver com o saberem que está a acontecer!

*Compre-
ensão do
fenómeno*

Parece que ficam mais calmas. Eu penso que... se calhar até posso estar errada mas, eu tenho essa ideia e daí talvez a preocupação que eu tenho às vezes em dizer, *isso é normal, e às vezes até acontece isto ou aquilo*, até digo mais coisas do que aquelas que elas realmente vão sentir. Também digo, *não é para se assustarem, se calhar até pode não acontecer consigo*. Por exemplo, vomitarem e outras coisas que acontecem. Mas eu acho que faço assim o filme um bocado negro no principio em que elas ainda me ouvem para ficarem abertas para tudo o que pode acontecer e

Prevenção

*Complexi-
dade*

depois... claro que não vai acontecer tudo aquilo que eu disse , mas acontece a algumas, mas aí elas Quando surgir já não ficam tão assustadas. Porque senão pensam que é uma coisa que está a correr mal, não é? Assim elas já estão mais à espera talvez e já não se assustam tanto.

Sobreaviso

Preparo-as logo a dizer que pode levar muitas horas, nos primíparas é muitas horas. Também digo, pode ser muito rápido, pode ser muito lento, geralmente o primeiro filho demora muitas horas, também as preparo nesse sentido. Não quer dizer que aconteça mas se for pouco tempo, é pela positiva e se for muito tempo, é já para preparar.

Prevenção

Nota alguma diferença nas senhoras que fizeram preparação para o parto?

Ah! é essencial, eu acho que não tem nada a ver. Perfeitamente. Há aquelas senhoras que não fazem e até conseguem –se controlar, e fazer a respiração que a gente lhe ensina aqui, pronto mas não tem nada a ver. È assim, aquelas que fizeram preparação para o parto, a gente quando pergunta se fez, já estamos a adivinhar a resposta, é, salta à vista quase sempre, as que fizeram. Depois há aquelas que não fizeram mas que até têm um comportamento que a gente até pode pensar....se calhar até fez e até perguntamos como é que ela Mas essas são poucas.

Essencial

Destaque

Incerteza

Geralmente as que estão mais controladas e que estão calmas e que respiram, geralmente é as que fazem preparação.

Preparação para o parto

Essas senhoras nunca se descontrolam?

Mas menos, menos vezes. E às vezes descontrolam-se um bocadinho ali na mesa só ... é mesmo aquela fase mais, ... pronto, onde as contracções são mais fortes, e isso, quando a mulher faz força e o bebe não sai, naquela fase é que elas se descontrolam ali um bocadinho, porque começam a ficar preocupadas. Era suposto depois de irem para ali que depois o bebe saía logo. Às vezes também têm essa ideia que ali já não custa. Que vão para ali e que o bebe sai logo. Vem uma contracção e vem outra e o bebe não desce, não sai...e às vezes descontrolam-se um bocadinho ficam preocupadas. Quando se prolonga o tempo do bebe nascer, e elas já lá na mesa.

Fase do trabalho de parto

Ideias do parto

Demora no período expulsivo

E como se comportam?

Dizem, então mas o que está a acontecer? Então já não era para sair já? Às vezes fazem estes comentários, e é um bocado a ideia que quando vão para ali queé rápido. Mas pronto, mas nota-se perfeitamente. Eu acho. Eu pelo menos tenho essa

Angústia /ansiedade

ideia, que se nota perfeitamente quando elas fazem preparação ou não.

Destaque

E relativamente à presença do companheiro durante o trabalho de parto?

Olha, é assim, o companheiro, ...eu acho que pronto, as senhoras devem ter assim uma pessoa ... que é ela que as ajude. Mas é que as tranquilize, não é pessoas ... é que às vezes acontece que há acompanhantes! Elas são mais calmas do que eles, eles são tão nervosos que transmitem aquela... aquela ansiedade para elas e isso não ajuda nada não é?

Ansiedade do marido

*Ansiedade do marido
Contágio*

È importante terem alguém, ...tem que ser alguém que elas gostem de ter lá ao pé que as ajude, que as acalme, que as faça sentir mais seguras e que tenham alguém ali ao pé. Mas depois, também depende da personalidade do companheiro. A gente tem aí situações às vezes que ... Elas até depois vêem-nos tão ansiosos e elas acabam por ficar também mais ansiosas. E depois eles também têm uns certos comentário-zinhos!

Personalidade e do marido

Como?

È assim, ficam impacientes e um bocado irritadiços com aquela situação toda. Ficam nervosos e elas depois enervam-se por eles estarem nervosos. São incapazes das acalmar, querem é ver o filho cá fora! È uma situação que às vezes é um ciclo daqueles que nunca mais para. Por vezes também há colegas que não aguentam essa pressão e este ciclo e elas próprias também se passam. Mas é importante elas terem alguém. Depende da personalidade da pessoa que está ao lado delas.

Perturbação

Ciclo vicioso

Pessoa significativa

Mas a presença do companheiro interfere com o vosso trabalho?

Connosco acho que nem tanto, mas é mais com as mulheres se estiverem nervosas e isso vê-se muito.

Contágio

Como reage nestas situações?

Já aconteceu uma vez que um senhor estava extremamente nervoso, estava constantemente a dizer-lhe: Vê lá o soro, vê lá não dobres o braço, e isto e aquilo, Em relação às contracções estava sempre a dizer: ela está com mais dores! Estava constantemente a fazer este comentário para nós e eu disse: olhe, é assim ela tem dores e é bom que tenha isso faz parte do processo. A sua presença aqui é no sentido dela se sentir segura e acompanhada se o senhor sentir que está a ficar muito nervoso, o melhor é ir lá fora e beber um café, desanoviar e depois voltar e ficar mais calmo, porque assim também não ajuda. Ele depois até acalmou, pronto foi temporariamente, depois ... entretanto o bebe nasceu e ele até assistiu, mas pronto, é

Tensão

Supervisão

Descompressão

assim às vezes. Às vezes é também preciso fazer ver a eles, não é só a elas que têm de acalmar-se e não é só ela que tem de tentar se controlar, eles têm que pensar em ajudar a elas senão estão só ansiosos e acabam por atrapalhar. Uma mulher se começa a ver o companheiro a andar muito de um lado para o outro e nervoso e constantemente a falar com elas, elas também não se concentram e não relaxam. É isso essencialmente, não tenho tido problemas, também tento estabelecer boa relação com eles.

Desestabilização

Agitação do companheiro

Afabilidade

E no período após o período expulsivo, como se comportam as senhoras?

Às vezes fazem comentários depois do parto: Ah, foi muito difícil, foi difícil eu já pensava que não aguentava mais. E também há comentários: Ah, foi mais fácil! Eu acho que é mais quem já tem outra experiência anterior, porque fazem muito comentários de comparação.

Avaliação da experiência

Comparação

E quando elas vêm o bebé?

Exprimem uma sensação de felicidade e tudo passa. São ficam aliviadas e ficam bem dispostas. Mas aquelas que não desejam mesmo a gravidez, não sei do que eu já vi, não tem iniciativa para olhar ou tocar pela primeira vez. Nós é que perguntamos se quer dar um beijinho ao bebe. Já vi situações dessas que me chocaram. Mas às vezes os maridos estão a assistir e são calorosos com o bebe.

*Felicidade
Ativo
imediato*

Denegação

*Afecto
Paterno*

Então no exercício da sua profissão, como é lidar com a dor?

Não é complicado, não, não é. Se calhar se fosse outro tipo de dor, agora assim, não. Porque depois, todos os argumentos, é o bebé, é o filho que ela vai ter, é o prémio no fim, e a gente acaba por as ir motivando e o bebé é um reforço positivo. Até mesmo nessas que o bebé não foi desejado, às vezes, realçamos o facto de terem de respirar para ajudar o bebé, realçar este aspecto, isso ajuda. Pronto, é o bebé não é? E acabam por ajudar. É o que eu penso, não sei !

Gratificante

*Significado
da dor*

Muito obrigada!

Entrevista 13

ENTREVISTA 13

ENFERMEIRA ESPECIALISTA
Experiência na área há 8 anos

42 anos de idade.

Tendo em conta que lida com a situação de parto e nascimento, gostaria que me dissesse o que é para si a dor do parto?

Eu acho que a dor faz parte do trabalho de parto. É inerente ao trabalho de parto. Já diziam antigamente, parir com dor, parir com amor. E cada pessoa sente de maneira diferente. Neste momento, nós como profissionais temos a alternativa de aliviar essa dor, quando a parturiente reúne condições, com a epidural.

Processo fisiológico Subjectividade

Rejeição da dor

Acha que o alívio só se faz mesmo com a epidural?

Faz-se com a epidural, faz-se com o nosso apoio, com a nossa educação perante a parturiente, o ensinar a respirar é fundamental, o dar o nosso apoio psicológico, o nosso apoio emocional, tranquilizá-la, não deixar entrar em stress, porque stress gera stress,... acho que é isso essencialmente. Eu encaro a dor do trabalho de parto uma dor essencial ao nascimento, faz parte sempre fez. Neste momento existem técnicas, evasivas e não só que fazem com que haja alívio. Eu nunca tive essa experiência porque fiz cesariana. Se eu tivesse sofrido para parir se tivesse tido dor para parir podia fazer um termo de comparação mas não tenho. Mas nunca posso comparar a dor do trabalho de parto com uma dor neoplásica ou uma dor de perda. São dores diferentes. Aqui existe a alegria e a dor passou.

Ajuda para respirar Apoio da enfermeira Tranquilidade

Alívio da dor

Comparação

Significado da dor

Pode haver factores que influenciem na dor do parto?

É assim, a cultura de um povo influencia o modo de ser e o modo de estar perante o trabalho de parto. Nós temos as ciganas que ... faz parte o expressar a dor, com aquele choro constante, o querer realizar o trabalho de parto em determinadas posições, que depois a nós A nossa cultura não permite e nós como profissionais sabemos os riscos que daí advêm, de certas e determinadas práticas que elas querem impor ou introduzir durante o trabalho de parto, que não pode ser....

Cultura

Barreira

Há várias, por exemplo, uma das coisas que eu noto é que eu os povos de Leste também expressam a dor de maneira diferente de nós, fazem mais questão de

Expressão da dor

Tolerância à

transmitir o quanto está a ser doloroso aquilo. Não sei se é de estarem fora da sua Pátria, não sei. Mas nós somos mais um povo pacífico e mais tolerante, acho eu! Ah! Mas isso de estar fora da Pátria não sei, elas têm sempre quem lhes dê apoio. Ou os maridos ou os patrões, porque algumas trabalham como domésticas ou como caseiras nos montes e nas herdades.

dor
Pessoa
significativa

De um modo geral, o apoio de alguém familiar, é dado pela presença do marido.

O que pensa disso?

È assim, como tudo na vida, há companheiros que conseguem tranquilizar a parturiente e dar-lhe todo o apoio e todo o carinho que elas merecem durante o trabalho, e há outros que estão aqui como que a fazer um favor porque parece bem, porque. ...o que é que a família vai dizer se ele não estiver aqui... e não, não dão qualquer tipo de apoio. Às vezes, muito pelo contrário, conseguem é descontrolarem-nas. Acho que nesses casos elas se mantêm mais calmas, mais confiantes com o nosso apoio, as nossas palavras de carinho, de compreensão, do que propriamente quando eles estão. Eles estão só por estar, é uma figura só presente, não é uma figura emocionalmente benéfica para a mulher naquele momento.

Transmissão
de calma
Dever a
cumprir
Imposição
social e
familiar
Figura de
fachada

E qual o comportamento deles?

Muitas vezes são apelativos, mas isto nas mais variadas situações, não só estes mais ausentes. É assim, esses que estão aqui só por estar, por vezes ... não são muito apelativos porque são homens que estão distantes disto, ou seja, isto pertence à mulher e o profissional que cuide da mulher que está para parir porque eu quero ver mesmo é o produto final. Esses mais apelativos são aqueles que comungam com a parturiente o factor medo, o factor receio. Não estão informados. Depois ficam muito apelativos e acabam por nos desorganizar a nós profissionais no nisso trabalho porque é muito difícil depois andar a controlar trabalhos de parto e a explicar ao acompanhante o porquê daquela contracção, porquê que fez aquela desaceleração.... Porque eles não têm bases científicas para ficar a perceber o que nós estamos a dizer e se não percebem ou não confiam estão sempre a perguntar coisas. Não gostamos de deixar ninguém sem resposta, mas às vezes não é de todo possível, explicar ou repetir o que já foi explicado. Não sei têm medo!

Alheio
Imposição de
género
Insegurança
Destabili-
zação
Disponibili-
da da
enfermeira

Falou-me em medo, a que associa esse medo?

Eu acho que estes medos estão associados à mulher em si principalmente e depois,

Medo

por arrasto, ao bebé. Ele não se importa se o bebé está bem ou não naquele momento, o que o faz dirigir – se a nós é que ela está com muitas dores, numa tentativa de saber o que é que nós podemos fazer para que aquela dor termine. Porque eu acho que o casal passa nove meses sem uma preparação sem saber o que vai ser o trabalho de parto. Acho que naqueles 9 meses eles não se preparam para o que vai acontecer, ou por falta de informação ou por medo ou porque não quiseram pensar no assunto, ou que tinha que acontecer, porque um dia tem que acontecer, aquele bebé vai ter que nascer. ...não sei !

Desejo do final

Preparação para o parto

Em que outros aspectos verifica que há falta de informação ou conhecimento?

È assim, relativamente à dor, a maior parte diz que o trabalho de parto é mais doloroso do que aquilo que estavam a pensar ser depois há uma outra parte que diz que as dores não são tão insuportáveis quanto a mãe ou a avó ou a vizinha lhe diziam que era. Agora chega-me aquela grávida que anseia pela epidural, o alívio da dor está na epidural e nós temos de andar sempre a observar para ver quando tem aos 4cm para lhe tirarmos a dor. Isto desde que temos cá a epidural.

Expectativa da dor

Comparação

Rejeição da dor

Então, já tem deparado com situações de descontrolo?

Sim.

A que associa esse descontrolo?

Olhe, acho que uma das coisas é o medo de morrer, depois é o medo do sofrimento incalculável, da dor, que está a ser uma coisa insuportável. Depois há aquelas coisas que nos são... que nós não sabemos quais são...sei lá o que andaram a ler, por vezes fazem uma leitura de casos negativos e que não são benéficos, das conversas que ouviram na mesa de café com a amiga, com a vizinha, faz com que se desorientem, porque vem à mente todas essas recordações todas essas coisas , ou uma mãe que morreu durante o trabalho de parto, sei lá.... Fantasmas, fantasmas que vêm ao pensamento nessa altura.

Medo

Desinformação

Influência de opiniões

Convivência com os sentimentos

E perante o descontrolo como reage?

È assim eu quando elas estão descontroladas tento falar com elas de modo a que consigam ouvir e a única maneira é falar alto e firme, dizer que aquilo não é a maneira certa de elas estarem a agir porque não é bo para elas nem para o bebé delas. Porque só estão a gastar energia que vai ser necessário durante depois, no período expulsivo. Portanto o trabalho de parto faz-se com calma, não há stress,

Veemência

Cuidado prospectivo

Ciclo vicioso

porque stress gera stress e às tantas é ela com stress, é o companheiro com stress, é a companheira do lado que está em trabalho de parto e também começa a ficar influenciada por isso, mais o seu companheiro e são os profissionais de saúde que alguns são influenciáveis por isso. Às tantas isto é uma casa de gente doida, ninguém se entende. Portanto, eu digo, vamos ter calma, está tudo controlado, está nas mãos de profissionais que sabem aquilo que estão a fazer, vamos lá a tentar controlar tudo. Se ela nos ouvir vai ser muito melhor para ela, a dor vai ser menos intensa.

*Contágio**Destabilização**Transmissão de calma*

E estas mulheres que se descontrolam como reagem quando vêm o bebé?

È aquela alegria. Esqueceu a dor. A dor só volta a ser referida nas expressões uterinas.

Alívio imediato

Mas o facto de ver o bebé faz esquecer tudo o que foi passado comportamento que tiveram e pronto. Algumas pedem desculpa. Também existe aquelas gravidezes que são não desejadas que nós nos apercebemos. Essa mulher expressa a dor faz sentir aos outros que está a sofrer. Mas acho que aquela dor, além de física é psicológica, e depois quando nasce o bebé a relação precoce não é satisfatória logo no primeiro instante. Depois com os dias e com a amamentação acaba por se estabelecer. Mas aquele primeiro contacto é diferente, é diferente de um filho desejado de um não desejado, a indiferença, algumas nem olham para os bebés, como se os bebés fossem a causa de toda a dor sofrida.

*Descompressão**Constrangimento**Desejo da gravidez**Denegação**Culpabilização*

A preparação psicoprofilática par o parto não tem aqui interferência?

Em algumas senhoras nota-se diferença no comportamento...noutras não. E nestas quando nós perguntamos, então mas não fez preparação para o parto, dizem, mas não fui às aulas todas, ou não tive tempo de estudar como devia ser... mas na maioria das que fizeram controlam-se mais, estão mais colaborantes.

*Destaque**Colaboração*

E estas senhoras também pedem para fazer epidural?

Pedem sempre, pedem.

Rejeição da dor

Quando faz a abordagem relativamente à epidural?

Só mais tarde se a evolução do trabalho de parto for favorável, a não ser, Se eu estou a admitir uma grávida e se ela já reunir condições para fazer epidural, eu pergunto se quer ou não fazer epidural. Se ela me disser que não sabe o que é, eu explico, às indecisas que me pedem opinião, eu digo que se fosse um método que não fosse bom para a mãe nem para o bebé nunca se iria propor. Agora é assim,

*Rejeição da dor**Informação/orientação*

riscos existem em qualquer situação. E também pergunto se o médico não esclareceu quanto a isso, e a maior parte diz-me que sim, e eu digo você aqui é que decide. Ah, e também explico que o trabalho de parto continua a fazer-se ela continua a ter a percepção da contracção só não tem dor. E depois é aquele medo, e depois como é que sabemos que o bebé está para nascer, eu digo.. Não se preocupe, quando chegar a essa altura você vai perceber e nós vamos perceber que você percebeu. É assim.... Dedico tempo a explicar.

Responsabilização

Disponibilidade

Ainda há quem recuse fazer a epidural?

Há. Normalmente são multíparas, e mantêm a posição. São mulheres que já pariram sem epidural e agora não querem fazer epidural. As que mudam de ideia são primíparas.

Experiência de parto

E qual a sua opinião pessoal relativamente à analgesia do trabalho de parto?

Eu acho que a epidural é boa para a mulher em termos de dor. Mas há um senão, no período expulsivo em que a mulher tem que fazer força para expulsar o feto, ou é uma mulher psicologicamente muito forte, que consiga fazer a força que nós estamos a dizer para fazer ou esses partos acabam todos em distócicos. Ou por vezes também acontece que a epidural faz paragens de trabalho de parto., e essas mulheres acabam em cesariana.

Inconveniente

Equilíbrio emocional

Tem vantagens e desvantagens como tudo na vida.

Ainda trabalhou numa altura em que não havia epidural, qual a diferença para agora?

Era diferente. Nós começamos a trabalhar sem epidural, e o ambiente que se vivia aqui era um ambiente de grito, de dor de sofrimento, e hoje quando se entra na sala de partos é um local silencioso, é um local que é agradável de se estar. Ouvem-se os cardiocografos os monitores cardíacos mas já não se ouve tanto a expressão da dor. A dor que há é num período de tempo mais curto só na fase lactente. É muito mais agradável trabalhar assim!

Sufrimento

Tranquilidade

Muito obrigada!

Entrevista 14

ENTREVISTA 14

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
30	0-0-2-0	Meio urbano	40 semanas	doméstica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

Para mim foi um bocado.... angustiante, pronto, custou-me muito, nunca pensei que fosse tanto. Já tinha ouvido muitos relatos, bem sei que cada caso é um caso mas custou-me muito, ali as últimas horas então, saber que já estava quase e as coisas não avançavam, não sei, o desespero já era tão grande...mas pronto, tudo passa.

*Dificuldade extrema
Individualidade
Duração do trabalho de parto
Passado*

O que a fazia superar o desespero?

Era a causa principal que era ter o meu filho. Eu já tinha tido azar tive dois abortos, pensava muito nele...

*Significado da dor
Deseja da garvidez*

Chegou a fazer epidural?

Não porque as análises estavam alteradas.

Impedimento

Quando lhe disseram que não podia fazer o que sentiu?

Fiquei mentalizada. Eu também inicialmente não queria, mas com as dores... mas mentalizei-me, também já tinha 7cm, já não podia fazer.

Mentalização

Cada vez que tinha uma contracção forte, o que pensava?

Sei lá algumas vezes de gritar.

Desespero

Consegui controlar-se?

Mais ou menos para o fim já estava mesmo, estava muito cansada, muito... quando ele lá esteve ajudou-me a controlar mas depois... controlava-me à mesma mas custava mais, ele ajuda muito.

Exaustão

Apoio do marido

Como?

Apoia, não sei.

Durante a gravidez, questionou alguém sobre o parto?

Umaz dizem que custa mais outras dizem que custa menos, outras dizem que é num instante, que chegam e pronto.

Opinião de terceiros

Que expectativa é que criou?

Pois, mais ou menos essa, (risos). Não era passado meia hora mas pronto, foi muito tempo.

Ideias do parto

Durante a gravidez, pensava no parto?

Nunca pensei muito, como já tivemos aquela experiência de aborto, que foi às 7 semanas, durante esta gravidez o que eu queria era que corresse tudo bem que chegasse ao fim era mais o que eu pensava. Como da outra vez não foi agradável, desta vez preocupei-me muito em chegar ao fim. Agora para o fim já falava do parto e isso, mas nunca pensei que fosse custar tanto, sinceramente, não.

Stress evitável

*Experiência de perda
Proximidade do nascimento
Expectativa da dor*

Em algum momento se lembrou do que tinha ouvido ?

Não me lembrei de nada, só pensava que tinha que ter o meu filho.

Significado da dor

O que fazia para aliviar a dor?

Com a respiração, mas chegou a um ponto que de modo nenhum já nem com respiração porque a dor era tão forte, eu já nem sabia o que me doía, houve ali um bocado que me descontrolei mesmo um bocado, já quase no fim.

*Dificuldade extrema
Descontrolo
Fase do trabalho de parto*

Sentiu-se apoiada?

Sim..., as enfermeiras disseram-me para ter calma, ainda não estava na altura. Mas aquilo custa um bocadinho. Não se compara a nada esta dor. Dor física nunca tive nada assim. Não dá para comparar.

Apoio das enfermeiras

Incomparável

E a presença do seu marido?

Muito importante. Mesmo na hora do parto foi importante é um apoio muito grande. Inconsciente durante os 9 meses tive sempre medo até à hora de o ver tive sempre medo.

Apoio do marido

Segurança interior

Medo?

Sim, medo que ele não viesse bem ou que acontecesse alguma coisa.

Medo

Só sentia medo por ele?

Sim. O meu marido ali foi muito importante. Mesmo no momento do parto, o meu marido foi um apoio muito grande.

Enquanto esteve sem a companhia do seu marido, conseguiu controlar-se?

Por vezes foi difícil, já estava cansada e dos 8cm até ela nascer ainda levou algum tempo. Depois é a angústia da gente pensar que está quase e no fim ainda demora às tantas eu já não conseguia evitar fazer força.

*Angústia/
Ansiedade*

Descontrolo

Estava outra senhora no quarto, isso interferiu?

Preferia ter ficado sozinha porque naquela altura perdemos um pouco a paciência e o marido dela falava muito, eu até disse ao meu marido, já estou a ficar saturada de o ouvir. A gente perde mesmo a paciência!

Privacidade

Impaciência

Então no fim, quando elas me iam observar diziam vá lá faça força, e ele nunca mais porque tinha o cordão ao pescoço e era grande, isso aí.... Parece que nunca mais , entristece sei lá.

Interminável

Desmobilização

E quando lhe disseram que ia para a sala de partos?

Tranquilei-me um bocadinho. Depois lá comecei a fazer força, até que chegou o meu marido e isso ajudou-me.

*Tranquilidade
Presença do
marido*

Lembra-se do ambiente na sala de partos?

Sim as paredes, acho que eram escuras, muita luz. Depois lembro-me de fazer força, só sosseguei quando o ouvi chorar. Enfim custa um bocadinho mas passa.

*Obscuridade
Concretização
Passado*

Muito obrigada!

Entrevista 15

ENTREVISTA 15

Dados Pessoais

Idade	IO	Residência	Idade gestacional	Profissão
25	0-0-0-0	Meio urbano	39 s +1d	domestica

P- Tal, como tínhamos combinado, vou fazer-lhe uma entrevista, sobre a dor no trabalho de parto.

Sabemos que o trabalho de parto e o parto provocam dor, concerteza também teve. Como foi para si esta experiência?

È assim, quando estamos com a dor é traumatizante, é uma dor angustiante, nós não sabemos porque é que chegamos aquele ponto, às vezes é suportável, mas até certo ponto só nos apetece é fugir. Mas quando eles nascem compensa tudo e esquecemos a dor. No meu caso foi assim, e quando ela nasceu, é aquele sentimento de..de a ver, não se consegue descrever.

Dificuldade extrema

Desespero

Indiscritivel

Durante a gravidez, pensou no parto?

Não. Só já mesmo para o fim, só mesmo quando faltava pouco tempo. Nunca passei a gravidez a pensar assim: faltam quantos meses? Nunca pensei nisso. Penso que é mais angustiante pensar no parto e ter aquela dor. Vivi a gravidez calmamente e quando cheguei ali quase aos nove meses é que pensei, agora não me escapo, vou ter as dores vou ter tudo, eu não queria levar a epidural mas depois quando cheguei ao hospital quis levar, as dores eram fortes queria levar, mas não levei porque já não podia levar, por causa de ter as análise que não deixavam.

Stress evitável

Proximidade do nascimento

Rejeição da dor

E quando lhe disseram que não podia levar?

Pronto, mentalizei-me para isso e pensei, agora tenho que as aguentar.

Conformação

Voltando à questão do parto, ouviu opiniões de outras pessoas?

Havia muita gente que dizia, o parto para mim foi fácil, mesmo sem epidural, outras diziam que foi horrível, não sei quê, nunca mais quero experimentar, havia assim aquelas opiniões e eu dizia assim ,então mas nem toda a gente é igual, há pessoas que se podem dar melhor com a dor e outras que não. Pronto, pensei assim, cada caso é um caso comigo logo vamos ver o que será.

Opinião de terceiros

Individualidade

Fuga

Alguma vez se assustou com o que lhe contaram?

Não, nunca.

Optimismo

Veio para o hospital acompanhada do seu marido?

Sim, vim com ele.

Esteve sempre junto de si?

Quase sempre, porque foram dois dias que estive lá .

Espera

O que foi para si ter a companhia do seu marido?

È indescritível, ele sempre me apoiou muito, nós apoiamo-nos muito um ao outro, quando um tem alguma coisa o outro vai logo atrás, e ele mesmo sabendo que eu não ia ter naquela noite ele ficou lá em baixo toda a noite sem dormir à espera de saber alguma noticia.

Apoio do marido

Envolvimento afectivo

Durante a gravidez foram falando da possibilidade dele assistir ao parto?

Ele sempre disse desde o principio que queria assistir, e eu disse-lhe consegues? E ele disse que sim que conseguia assistir e assistiu a tudo, ele viu tudo. Foi um apoio fundamental, sem ele eu não era capaz. As palavras de incentivo que eles nos transmitem é tudo .Naquela parte que as dores e das contracções eles ajudarem a respirar e não a agarrarmos na mão e nós a fazermos força, e depois fazemos tudo e mais alguma coisa foi o meu caso. Mas ele pronto compreendeu que era a minha dor e era a maneira de eu ter queter a dor. Dizia para ele estar quieto e ... pronto, era a maneira de eu me controlar. È um apoio fundamental, mesmo na sala de partos, se eu não o tivesse lá eu não sei se era capaz, sou muito sincera. Ela ali agarrar assim na nossa mão e dizer, tu és capaz,vês, está quase, tu és capaz, para mim foi fundamental.

Capacidade

Incentivo

Ajuda para respirar

Estratégia de alívio

Reforço positivo

E cada vez que tinha uma dor mais forte o que pensava?

Só pensava que não era capaz de chegar ao fim que não conseguia. As dores são horríveis. Já não sabemos o que havemos de fazer, não temos posição para estar, às vezes ouvimos ralar e depois só nos apetece é dizer coisas que não queremos dizer. No meu caso foi assim. Só me apeteceia era gritar e tentei controlar-me para não gritar com a respiração mas já não fui capaz, queria era gritar, queria era gritar.

Incapacidade

Descontrolo

Contensão

Dificuldade extrema

Mesmo com o marido ao pé?

Sim já mais para o fim ele mandava-me calar mas eu já não era capaz. Depois nós temos sempre aquele instinto de fazer força, e ele dizia-me, tu não podes fazer força e as enfermeiras também estiveram ao pé de mim, mas eu não era capaz.

Desespero

Suporte

Entrei aí um bocado em desespero.

Mas é preciso é ter muita calma. Comecei a mentalizar-me, comecei a pensar nela, e depois lá conseguia acalmar um bocado.

Significado da dor

Do que percebi esteve algumas horas em trabalho de parto.

Tive, eu primeiro vim à meia noite de Domingo, com o rebentamento da bolsa mas só comecei a ter contracções às seis da tarde de segunda feira e ela nasceu às duas da manhã de terça.

Espera

O que foi para si este tempo de espera?

Foi angustiante. È assim se me acontecesse isto logo na segunda feira de manhã, era muito melhor para mim porque é assim, como entrei com a bolsa rota já podia ter tido a minha filha, penso eu, geralmente é assim ,digo eu. Do que eu li nas revistas era o que eu pensava que era assim, mas depois eu não tinha contracções e os outros têm e eu não tenho. Depois via elas a chegarem e a terem os filhos, e eu ficava ali. Foi um bocado stressante mas pronto.

Expectativa do parto

Desinformação

Angústia/ansiedad

Em algum momento teve medo?

Não, isso não.

Confiança

Quando as enfermeiras a informavam de que ainda estava atrasada, como se sentia?

Quando eu já tinha muitas dores era como se estivessem a dar uma punhalada, por assim dizer e eu pensava, ainda vão piorar as dores? E a enfermeira dizia quanto mais avançar mais fortes são as dores, eu só pensava, meu Deus eu não aguento! Por isso é que era stressante. Mas eu às vezes também me acalmava e ele também me dizia tu és capaz e não sei quê e às vezes controlava-me. Foi mesmo horrível.

Medo do sofrimento

Desespero Stress

emocional Experiência dolorosa

Fez preparação para o parto?

Não nunca fiz, mas as enfermeiras e uma tia minha que é parteira foram-me ensinando.

Dispensável

Não é que a preparação não deia jeito, mas acho que cada caso é um caso, acho que... primeiro não tive tempo para fazer as aulas de preparação e achei que não era preciso.

Individualidade

Sentiu-se sempre apoiada pelas enfermeiras?

Sim. È assim para o fim eu já gritava já barafustava e elas mandavam-me calar, para eu ter calma e não sei quê, e ... mas havia outras que não diziam nada, até compreendiam.

Fase do trabalho de parto

Atitude da enfermeira

Eu daquelas que me assistiram não tenho nada a dizer foram quase todas simpáticas mas às vezes é que a gente não aguenta e elas claro têm que fazer o trabalho delas. Sei que às vezes nem sempre facilitamos o trabalho delas Mas só não colaborava para fazer o toque e às vezes não tinham paciência, mas de resto não tenho nada a dizer.

Impaciência

E quando lhe disseram que já podia ir para a sala de partos?

Foi um alívio. Só disse que o meu marido estava lá em baixo à minha espera, à espera que o chamassem. Para mim fui uma alegria pensei que iam acabar as dores, que ia ver a minha filha era o mais importante para mim era vê-la.

Desejo do final

Presença do marido

Lembra-se quando chegou à sala de partos?

Mais ou menos, lembro-me o que me mandaram fazer. Aquilo é um ambiente assustador, nunca pensei que fosse assim, é fria, é uma sala fria, digo eu. Não tem, não sei, não sei explicar.

Obscuridade

E isso influenciou a sua forma de estar?

Não. Já estava muito cansada, já estava há muitas horas em trabalho de parto, tive 8 horas em trabalho de parto, e já estava muito cansada. Lembro - me que controlava a respiração e pensei assim, agora é tudo ou nada. Faço tudo por ela e por mim controlava-me mas é um bocado complicado.

Exaustão

Colaboração

Dificuldade

O que sentiu quando a viu?

Uma grande alegria.....não sei explicar por palavras é o primeiro filho, mesmo se fosse o segundo era a mesma coisa, é uma grande alegria. Não sei explicar. Acho que os pais nunca conseguem ter esse sentimento. È assim, nós carregamos 9 meses e o bebé sair de dentro de nós! Eu até pensava assim, como é que ela saiu cá de dentro? Era assim que eu a imaginava. Um bocadinho mais loura. Foi uma grande alegria valeu a pena.

Alegria do nascimento

Exclusividade

Concretização

Experiência positiva

Muito obrigada!

Entrevista 16

Entrevista 16 (Marido 1)

Idade 30

Entrevista Parturiente 14

Boa noite, antes de mais parabéns pelo nascimento do seu filho!

Muito obrigada!

Agradeço então o facto de colaborar para o meu estudo e ia começar por perguntar se foi uma opção sua acompanhar a sua mulher na Sala de Partos?

Desde a admissão, estive sempre junto com ela.

*Presença do marido***Já tencionava fazê-lo?**

Já, já, mesmo para apoiá-la. Acho que, acho eu na minha opinião que é uma forma dela ter mais força, e de se apoiar, pronto, ter onde se apoiar.

*Desejo Apoio***Falaram disso durante a gravidez?**

Fomos falando nisso, mas foi mais uma decisão minha, porque eu disse logo que gostaria de assistir ao nascimento do meu filho....

*Envolvimento afectivo***Sentiu sempre que ia conseguir?**

Sim, não me impressionou nada.

*Capacidade***E como decorreu a experiência?**

Viemos às 8 da manhã e durou até às 6.30 da manhã.

*Tempo de espera***O que foi para si este tempo de espera?**

Numa primeira fase não foi muito.... Pronto, foi normal porque também já cá tínhamos estado na sexta-feira, mas depois fomos embora porque não era nada. Mas no momento em que começaram as contracções e que ela começou a ter.... e saber que ela estava a sofrer aí custou-me um bocado, apesar de não sentir eu a dor, mas também me custou ver que ela estava a sofrer e eu não podia fazer nada, só apoiá-la.

*Fase do trabalho parto Partilha Apoio do marido***Quando se apercebeu que ela estava a ter as primeiras contracções, o que sentiu?**

A....senti....não sei pensei que fosse mais rápido, só depois vi que ainda demorava algum tempo e que Quando estava junto dela vi que podia acompanhá-la mas quando saí do quarto, à meia noite e meia sensivelmente, porque não se pode ficar aqui depois da meia noite, as enfermeiras disseram para esperar na sala de espera da urgência e depois chamavam-me, mas quando saí do quarto e estive lá na sala a aguardar que chamassem, foi um bocado angustiante, saber que ela estava aqui a

Espera Companhia Angústia/ansiedade

sofrer e não poder acompanhá-la.

Tentou sempre ajudá-la!

Tentei com a respiração, que ela respirasse como deve ser para ver se atenuava um bocadinho a dor. Estive sempre presente só saí para comer alguma coisa, mas regresssei logo para junto dela.

*Ajuda para respirar
Envolvimento afectivo*

O que vivenciou nesta experiência, foi de encontro às expectativas que tinha criado?

Eu principalmente, eu gostei de assistir ao parto em si, gostei muito de assistir ao nascimento, gostei de ver, foi...eu aconselho toda a gente a ver, todos os pais, deviam ver, é um, momento único, foi de encontro aquilo que eu esperava, foi bonito, para ela talvez fosse doloroso, mas foi se calhar... bonito.

*Exteriorização da emoção
Expectativa do parto*

Mas comparando com a fase do trabalho de parto?

Aí também mas é diferente, aí senti angustia e impotência, de não poder fazer nada para ajudar e via-a sofrer. Foi basicamente isso, impotência. Estava a correr tudo bem não havia problema, era só mesmo a dor. Já tinha visto na televisão, mas quando é connosco não sabemos o que fazer, são momentos um pouco angustiantes.

*Sentimento de impotência
Vivência pessoal*

Sentiu que foi apoiado?

As enfermeiras foram bastante carinhosas, e apoiaram bastante via-se que se aproximavam quando era necessário, apoiaram bastante. Foi, foi muito tempo, e ela a sofrer coitada, mas é mesmo assim. Não tive razão de queixa.

*Apoio das enfermeiras
Tempo de sofrimento*

Alguma vez se assustou ou receou alguma coisa?

Não era só aquela ansiedade de o ver cá fora. Acho que é uma coisa difícil, mas com o apoio alivia.

*Desejo do final
Dificuldade*

Quando lhe disseram que o bebé estava quase a nascer e que podia ir para a sala de partos, o que sentiu?

Não sei, fiquei nervoso, mas é tudo muito rápido, há coisas que já nem me lembro! Ela coitada ainda teve que fazer força, e carregaram-lhe na barriga, mas correu tudo bem. Fiquei só preocupado, porque vi que as enfermeiras estavam a comunicar entre elas e eu percebi, mas não sabia o que era, depois é que soube que ele trazia o cordão ao pescoço. Mas correu tudo bem isso é que importa.

*Obscuridade
Atenção
Satisfação*

Muito obrigada!

Entrevista 17

Entrevista 17 (Marido 2)

Idade 28

Entrevista puerpera 15

Boa noite, antes de mais parabéns pelo nascimento da sua filha!

Muito obrigado!

Agradeço então o facto de colaborar para o meu estudo e ia começar por perguntar se foi uma opção sua acompanhar a sua mulher na Sala de Partos?

Desde o início.

Presença do marido

Eu sempre quis acompanhar, quis assistir ao parto e assisti ao parto, pelo menos estava sempre ao pé dela e a apoiar naquilo que fosse preciso, apesar da gente não puder fazer nada, assim, evitar que tivesse dores, mas quis estar sempre ao pé dela ela.

*Desejo Apoio**Companhia***Durante a gravidez falavam deste assunto?**

Sim, sim. Foi opção dos dois vamos lá, mas eu sempre disse que queria assistir ao parto, e já que pude estar sempre ao pé dela fiquei.

*Envolvimento afectivo***Não sabia que podia acompanhar no trabalho de parto?**

Bem, eu tencionava assistir ao parto e...tive sempre intenção, agora de poder ficar até à meia-noite como estive não sabia que podia. Quando soube claro que quis ficar lá com ela, não fiquei mais tempo porque me mandaram lá para baixo para as urgências, paciência! Também já estava avisado que era assim, as enfermeiras avisaram-nos logo.

*Inesperado**Informação /orientação***Achou sempre que ia conseguir ?**

Quer dizer sempre achei que ia conseguir, assistir e que não fazia impressão havia uma tia minha que é parteira, é que dizia que se calhar eu não conseguia, dizia tu se calhar não agentas e tal..... Ainda houve uma enfermeira que disse, você tem que ir mais para trás, e eu disse, mas eu quero ver! E ela, mas você está-se a sentir bem?, tou tou. Ela explicou-me, você tem que ficar aí na parte de trás e eu, tá bem pronto, então vou para a parte de trás, à cabeceira dela. Não me fazia impressão!

*Capacidade**Atitude das enfermeiras**Coragem***Mas isso foi no parto, e durante o trabalho de parto?**

Estava nervoso e tinha stress, porque ela gritava, e quando gritava dizia, ajuda-me e a gente fica naquela coisa, ajuda como? Não sabia o que fazer, ficava nervoso e dizia, tem calma! Não posso fazer nada, é o estar ali ao pé dela e.... Pronto, dar-

*Exteriorização da emoção**Sentimento de impotência*

lhe apoio e ajudar naquela altura, nós não podemos fazer nada, e acho que ela agora também compreende, que a gente não podemos fazer mesmo nada, mas pronto.

Cumplicidade

P- Do que percebi da sua esposa, estiveram muitas horas no bloco de partos. Como viveu esses momentos?

Muito nervoso, cansado, passei quase, passei mesmo 24 horas sem dormir, porque ela chegou, porque rebentou a bolsa e já passava 24 horas de ter rebentado a bolsa ...e a primeira noite que passei cá sem dormir, só lá em baixo na sala de espera sem saber nada, sem notícias sem nada, até ao outro dia de manhã, estava muito nervoso, muito...muitos nervos.

Cansativo

Tempo de espera

P- E quando voltou de manhã para junto dela, e quando começou a ter contracções e por vezes a descontrolar-se, o que sentia?

Aí já comecei a sentir-me, pronto, apesar de estar nervoso à mesma, e ela com muitas dores comecei a sentir uma certa alegria porque estava a ver que ... que estava quase, estava quase a nascer, a nossa filha.

Significado da dor

P- Sentiu sempre que foi apoiado pelas enfermeiras?

Sim, sim, bastava a gente dizer alguma coisa, oh veja lá que ela está a perder liquido, ou veja lá que ela precisa disto, ou que ela precisa de fazer xixi ou qualquer coisa, nunca foram... pronto, foram cinco estrelas, não tenho razão de queixa de nenhuma...de ninguém.

Apoio das enfermeiras

P- Uma vez que esteve sempre presente no trabalho de parto, qual a sua opinião?

Não sei, sinceramente não sei explicar, mas é..é... complicado acho que ...é muito complicado de explicar, nós não temos razão elas é que têm as dores, para nós, vemos que elas estão ali aflitas, sabemos porque é, mas não conseguimos resolver o problema, pois. Só mesmo com o nascimento do bebé. Pois.... Sei lá de outra maneira não sei!

Imposição de género

Compreensão do fenómeno

Sentimento de impotência

P- Do apoio que lhe deu o que acha que a acalmou mais?

Não sei, a gente dávamos a mão, ela estava sempre agarrada à minha mão, quando sentia as contracções fortes agarrava a minha mão com força, e... e pronto. Quando as enfermeiras disseram, vá os pais têm que ir para baixo á meia-noite, eu fiz de conta que não ouvi a enfermeira a dizer nada e ela dizia-me, não vás, não

Estratégia de alívio

Ocultação

vás fica aqui ao pé de mim. Passado meia hora a enfermeira disse assim, então os pais ainda aqui estão? Vá façam lá favor desçam lá que a gente depois quando ela for para a sala de partos nós chamamos, aí é que foi chato, porque não queria abalar. Ela ainda pediu à enfermeira para eu ficar, mas era impossível, tive que descer, são regras da casa!

*Afabilidade**Revolta**Conformação*

P – O que pensou no momento?

Sei lá, pensei, será que ela fica bem? Enquanto uma pessoa está lá ao pé está sempre a ver e tal, mas depois pensamos, será que ela fica mesmo bem? Será que me chamam mesmo, será que há alguma coisa e que elas não me chamam, e isso uma pessoa fica sempre.... Mal, não sei. Os momentos que estive lá em baixo é para esquecer que isso uma pessoa, fica mesmo, mesmo, eu cá estava mesmo muito nervoso mesmo. Depois só quando chamam para vir cá a cima, pronto quando cheguei cá acima e a vi parece que me acalmei mais e pronto, também não demonstrei muito que estava nervoso para a facilitar a ela, para ela ver, pronto e tal ela está calma, mas graças a Deus, pronto correu bem.

*Preocupação**Stress emocional**Descompressão**Contenção**Satisfação*

P- O que sentiu quando o viu?

Ah, isso foi uma alegria imensa, isso é uma coisa que eu propriamente, eu... quando tentei ligar para baixo para dizer á minha mãe que estava na sala de espera, só consegui dizer que ela já nasceu. Comecei a chorar de alegria, nem conseguia falar e mais nada pronto desliguei.

*Alegria do nascimento**Comoção*

P- que balanço faz desta sua experiência?

È bom, é assim agora que já passou, ... na altura é um bocado stressante com nervosismo e tudo, mas é bom, é ...é uma alegria muito grande.

*Passado**Ambivalência*

P- Conseguiu dominar o nervosismo?

Sim, com esforço e o cansaço, por não dormir, mas é bom.

Satisfação

Muito obrigada!

Entrevista 18

Entrevista 18

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Experiência profissional na área – 10 anos

43 Anos de idade

Tendo em conta que lida com a situação de parto e nascimento, gostaria que me dissesse o que é para si a dor no parto?

É assim... em relação á dor... para mim é impossível definir a dor, ou qualificar a dor das outras pessoas, a gente nunca sabe! *Subjectividade*

Mas eu acho que a dor tem muito a ver com a parte psicológica, principalmente no trabalho de parto, a maneira como a pessoa está preparada ou a expectativa que tem para com o nascimento, eu acho que tem muito a ver com a dor ou com a maneira como a pessoa se queixa da dor. Não quer dizer que com algumas pessoas a dor seja mais pequena, ou que a pessoa esteja mais ou menos angustiada. Mas a maneira como a pessoa expressa a dor eu acho que tem muito a ver com a maneira como aceita aquele nascimento. O que vemos é que aquelas pessoas que conseguem estar controladas, que conseguem fazer os exercícios de respiração e aguentar o trabalho de parto, normalmente são pessoas que aceitam a gravidez ou que é uma gravidez desejada. *Expectativa da dor*
Expressão da dor

Enquanto que ao contrário, se temos uma mulher que grita, grita e se atira da cama, que não quer saber do que lhe dizemos está completamente sei lá... fora de si, normalmente vemos que são aquelas gravidezes não desejadas, que a última coisa que queriam era ter aquele filho, aquela gravidez. Acho que tem muito a ver. *Descontrolo*

E como lida com os vários comportamentos?

Tento sempre compreender. Eu acho que esta dor tem muito a ver... sei lá... pronto a dor no parto é uma coisa muito... sei lá muito... pronto há muitas... muitas histórias, tem muito a ver com aquilo que a pessoa ouviu dizer, Às vezes há senhoras que mal sentem uma moinha começam logo a queixar-se e a ficar ansiosas, porque ouviram a mãe e a avó disseram, doeu-me muito, sofri muito! *Atitude da enfermeira*
Influência de opiniões
Angústia/ansiedade

Bem aquelas histórias todas que quando a pessoa está grávida ouve contarem. Por exemplo, a mim aconteceu-me isto ou aquilo, estive não sei quantas horas em trabalho de parto, eu assim, eu assado, pronto aquelas histórias que se vão ouvindo *Expectativa da dor*

e

construindo e que por vezes se reflectem no comportamento no trabalho de parto e naquela experiência que estão a ter. É capaz de pronto... influenciar digo eu.

Considera que a presença do companheiro tem influência nestes comportamentos?

Acho que é favorável, porque sempre sentem um apoio mas alguns também não sabem o que fazer e se as mulheres estão muito queixosas ainda pensam que a culpa é nossa porque o bebé nuca, mais nasce.

*Sentimentos de
impotência*

Culpabilização

E como procede?

Tento explicar, manter a calma mas se é difícil chamo o médico.

*Transmissão de
calma*

Segurança

Há pouco falou-me do descontrolo. Como reage nessas situações?

Bem agora já temos epidural, mas quando acontece, tento explicar ás senhoras da melhor forma possível, o que está a acontecer, eu acho que é importante a pessoa aperceber-se e saber o que está a acontecer, porque muitas mulheres chegam ao trabalho de parto e a esta fase desconhecendo completamente o que lhes vai acontecer. Eu acho que quando a gente não conhece as coisas ainda tem mais medo. Tento que elas percebam que a dor não dura sempre. Às vezes gritam, gritam e descontrolam-se, nem se apercebem bem quando a contracção passa, que podem respirar calmamente. Que há ali um bocadinho para relaxar até vir uma nova contracção. Pronto, é tentar que elas percebam isso, e explicar a situação. Às vezes pode-se fazer muito pouco, é ter paciência!

Recurso eficaz

*Informação
/orientação*

Desconhecimento

Suporte

Em que casos?

Quando estão mais envolvidas com os mitos e essas coisas. Eu penso que era uma preparação que se devia talvez ter logo no início da gravidez, porque nestes casos é mais diria impossível aqui já no trabalho de parto fazer-se esse tipo de ensaios e orientações para o que está a acontecer.

*Preparação para
o parto*

Falou em mitos?

Sim, coisas que dizem às pessoas e que elas acreditam, mas isso sou eu que acho!

Ideias do parto

Como identifica as diversas formas de reacção á dor?

Bem, mais ou menos pela maneira de estar, a forma como verbaliza as coisas, o olhar, a gente vai-se apercebendo desde o início como é que ela se pode comportar. Se se descontrolam logo no início, depois é mais difícil controlarem-se. Felizmente agora já há epidural, mas as vezes mesmo assim, é difícil. Mas já são menos casos!

Expressão da dor

E o que pensa do recurso à epidural?

Eu acho que é bom para todos. Já não estou habituada a ver mulheres descontroladas. Sempre que alguma grita parece-me estranho. Concordo com a epidural, porque eu até compreendo porque isto dói, são dores... é uma dor difícil de suportar, bastante forte, mas é como diz o ditado dores paridas dores esquecidas senão as senhoras não vinham ter o 2º e o 3º filho. Eu tive a sorte de ter trabalhos de parto rápidos, mas há pessoas que estão um dia inteiro com contracções fortes, imagino o que seja. Para mim eu acho que é difícil de suportar custa um bocado mas pronto! É isso, depende da maneira como a pessoa encara a experiência que está a viver. É tudo o que penso!

Rejeição da dor

Intensidade da dor

Sorte

Dificuldade

Mentalização

Muito obrigada!

ANEXO H

Observações Codificadas

Observação 1

OBSERVAÇÃO 1

A parturiente recorreu ao hospital cerca das 8:00h da manhã por REBA. Não está em trabalho de parto. Foi aconselhada a manter-se em repouso no leito por ter bolsa rota.

11:30h - Iniciou perfusão ocitócica, não reagiu quando foi puncionada veia, e percebeu que era necessário. Está calma e colaborante. É a única parturiente no quarto e está acompanhada do marido que lhe dá apoio e é bastante comunicativo. Fala de diversos assuntos e questiona muito as enfermeiras sobre a duração do trabalho de parto e a previsão da hora do nascimento. Tem monitorização externa continua o traçado não revela alterações e tem soros em curso. Não fez preparação para o parto, e quando questionada sobre o assunto responde que não fez mas fica preocupada e pergunta se se nota muito, e se era mesmo necessário ter feito. Parece haver uma certa culpabilização mas refere que foi por opção, achou que não era necessário.

Compreensão do fenómeno

Apoio do marido

Desejo do final

Dispensável

14:00h - Iniciou as primeiras contracções que se confirmam no traçado cardiotocográfico. Por serem mais intensas verifica-se outro tipo de comportamento. Mexe as pernas de forma compassada como se estivesse a friccioná-las. Mantém-se em decúbito lateral esquerdo. Verbaliza algumas frases sobre o que sente:

Expressão da dor

-“ Devíamos poder estar sempre sentadas na sanita a fazer força. Parece que tenho sempre vontade de fazer “ xixi”:

Desconforto

- “Diga-me se ainda falta muito para fazer epidural”.

Desejo de alívio

Mostra-se optimista e refere que o que vale é que tudo passa.

Optimismo

13:00h - entrou outra parturiente para o quarto que está também acompanhada do marido, mas está queixosa. Cumprimenta-a e deseja-lhe boa sorte.

Sorte

Durante as contracções mais intensas adopta a posição fetal e tapa a cara com o lençol.

Estratégia de alívio

Caracteriza a dor, como sendo “ impaciente”, e pergunta novamente quanto tempo falta para fazer epidural. Fala algumas vezes do facto de estar no hospital há já várias horas sem ter ainda o bebe. “Sei que é o primeiro filho mas já estou aqui há tantas horas!”

Inquietação

Espera

O marido está presente e fica entusiasmado pelo facto da mulher já ter contracções

e o facto de estar queixosa já “ é bom sinal”. Ambos pedem esclarecimentos sobre os dados do traçado cardiotocográfico e querem saber se ainda demora muito tempo.

Significado da dor

15:00h - após uma contracção que controla com os exercícios respiratórios ensinados pelas enfermeiras, fez referência à dor do parto no passado , quando não havia recurso aos métodos farmacológicos: -“ Realmente as mulheres antes passavam um mau bocado!”

Comparação

O marido acaricia-a com frequência e transmite-lhe apoio e confiança. Está controlada e comunicativa. Por vezes sorri. Está atenta e participa nas conversas e após uma contracção, disse: “Quem me dera estar ai desse lado e só falar de maravilhas”. Isto nunca mais passa, estou cansada!

Transmissão de calma

Exaustão

Demonstra alguma impaciência. E comenta que para algumas pessoas é rápido, quem me dera; já estou há tantas horas aqui na cama!”

Individualidade

A enfermeira apercebeu-se de que está mais queixosa e que as contracções são mais intensas e regulares. Pediu ao marido de forma delicada que se retirasse do quarto para avaliar o trabalho de parto. Observou-a e constatou que continuava sem trabalho de parto. Durante a observação não se queixou e esteve colaborante. A enfermeira informou o casal, sobre a não evolução do trabalho de parto e alertou para a probabilidade de poderem decorrer mais horas até ao parto, estes aparentaram compreender e não se observou alteração no comportamento. Foi colhido sangue para análises para avaliação da possibilidade de fazer epidural. Ao ser informada pela enfermeira do objectivo daquela colheita, sorriu-se.

Expressão da dor

Colaboração

Sobreaviso

Conformação

“Pensei que fosse mais rápido, já tenho a bolsa rota. Quem me dera ser como aquelas que chegam e se despacham logo!” A enfermeira esteve disponível e esclareceu-os, respondendo a todas as questões colocadas nomeadamente pelo marido que incidiam mais sobre a técnica da analgesia epidural, as vantagens e alguns riscos. O facto de ter sido feita referência aos riscos, não fez com que hesitassem relativamente à opção de fazer ou não, o importante era aliviar a dor.

Expectativa do parto

Disponibilidade da enfermeira

Desejo de alívio

15:30h - A enfermeira considerou que era prudente diminuir o ritmo da perfusão ocitócica por a senhora estar mais queixosa, e um pouco mais descontrolada, o marido apela a que se acalme.

Assistência profissional

Transmissão de calma

16:00h - Está mais calma tem menos contracções, pareceu-me que a enfermeira foi

Controlo

- prudente ao reduzir o ritmo da gota do soro. Conversa com a outra parturiente sobre a gravidez e do motivo que a levou a recorrer ao hospital. Dormita por períodos mantém a posição por vezes pede a arrastadeira e refere que após cada micção sente alívio. Aguarda os resultados das análises. Pede esclarecimentos às enfermeiras sobre a hora para fazer a epidural (é outra equipa) que por vezes vão ao quarto, ou buscar material necessário, ou para avaliação da situação de cada uma das parturientes. *Alívio da dor*
- 17:30h - está mais queixosa, as contracções são mais intensas embora irregulares. No intervalo das contracções dá apoio à outra parturiente, transmite-lhe palavras de confiança, referindo que depois tudo passa. *Desejo de alívio.*
- Refere que a dor é mais localizada, na região lombar “tipo cólica”. Por ser de características diferentes ficou intrigada e quis saber porquê. Perguntou à enfermeira que lhe respondeu com disponibilidade. *Optimismo*
- Fala com a outra senhora sobre a dor, e diz: “Realmente isto não é fácil”. “Não é nada como eu idealizei. Rompeu-se a bolsa às 37 semanas, estou aqui há um monte de horas, o melhor é não idealizar nada”. *Desconhecimento*
- 19:00h - As enfermeiras fizeram nova avaliação, e informaram de que continuava sem trabalho de parto. Informaram também sobre as características do traçado cardiotocográfico classificando-o como tranquilizador. Iniciou cobertura antibiótica e foi informada pela enfermeira sobre a prescrição. Pareceu ansiosa, assim como o marido e ainda deixou cair uma lágrima *Expectativa do parto*
- 19:30h - Pediu ao marido que contactasse com a mãe dela para a informar de que estava bem, mas que não criassem muitas expectativas porque parecia que ia demorar ainda muito tempo. O marido agora mostra-se ansioso porque quer assistir ao parto e só pode permanecer junto da mulher até às zero horas. *Stress emocional*
- 20:30h - Está mais queixosa mas está controlada o marido está mais próximo dela e a cada contracção ela segura-lhe na mão e aperta-a com força. Fica quieta na cama. Refere que não é fácil e que se sente cansada. *Conformação*
- 21:00h - Foi avaliada pelas enfermeiras e fez epidural. *Angústia/ansiedade*
- 21:30h - Está mais queixosa mas está controlada o marido está mais próximo dela e a cada contracção ela segura-lhe na mão e aperta-a com força. Fica quieta na cama. Refere que não é fácil e que se sente cansada. *Dificuldade extrema*

Observação 2

OBSERVAÇÃO 2

11:00h - No quarto havia duas parturientes, que estavam calmas e cada uma tinha um acompanhante que se sentava na cadeira ao lado da parturiente. A “A”. estava acompanhada do marido que também é jovem. As enfermeiras permitiram a presença de outras pessoas significativas, de forma rotativa e, e informaram que só poderiam ser do sexo feminino, à qual reagiram bem. A outra senhora estava acompanhada da mãe que se mantinha em silêncio ou falava em tom de voz baixo com a filha. Ambas estiveram sempre controladas embora a “A” estivesse menos queixosa. O ambiente é de silêncio e não há troca de palavras entre parturientes e familiares. Apenas se ouve o ruído emitido pelos cardiocógrafos.

*Presença do marido**Pessoa significativa**Controlo**Ambiente*

Uma das senhoras ao sentir mais desconforto pela dor, solicitou à mãe que chamasse a enfermeira, a qual pôde ir de imediato, mostrando-se disponível e foi delicada ao pedir aos acompanhantes que se retirassem para poder observar a senhora e fazer a avaliação do trabalho de parto. Estes aguardaram no corredor, mas não dialogam entre si. O ambiente continua silencioso. Estão estas duas parturientes internadas, as enfermeiras demonstram boa interação com as parturientes e seus acompanhantes parecendo disponíveis. Falavam sem pressa, próximas dos indivíduos e em tom de voz baixo, incidindo sobretudo em informações sobre o trabalho de parto de forma individualizada, e quando falavam olhavam para as duas parturientes. Respondem a questões que as parturientes colocam ou para haver uma aproximação. Eram no entanto, conversas breves.

*Desconforto**Atitude da enfermeira**Disponibilidade da enfermeira*

Uma das parturientes era uma adolescente primípara, com gravidez de termo, vigiada e com evolução normal. Esteve calma e colaborante. O marido esteve próximo e apoiou-a nomeadamente no momento da contracção, nessa altura dava-lhe sempre a mão. No final da contracção perguntava sempre se já tinha parado. O marido olhava frequentemente para o traçado do cardiocógrafa e comentava sobre as contracções e o bem-estar fetal. Pareceu-me que esta foi uma das explicações da enfermeira sobre as características do traçado cariotocográfico.

*Apoio do marido**Bem-estar fetal*

Diz que é uma dor não muito grande mas que “*causa um bocadinho de impressão*”.

Manteve-se em decúbito lateral direito e com as pernas ligeiramente flectidas, referindo sentir-se melhor nessa posição. A cada contracção encosta a cara à

Estratégia de alívio

almofada, fecha os olhos e sopra calmamente até que termine. No final da contracção tem diversos comportamentos.

Sorri, retoma a conversa que tinha com a pessoa que a está a acompanhar ou suspira de alívio. As conversas relacionam-se com o quotidiano, falou de forma descontraída e numa das conversas, associou a data do nascimento do filho ao dia que se estava a comemorar (dia da árvore e da poesia) referindo, “ *Se calhar vai ser poeta!*”.

Alívio da dor

Verbalizou para o marido que sentia sono, sendo este atribuído por ela ao facto de se ter levantado cedo para cumprir as tarefas domésticas. Localiza a dor na região pélvica e sagrada. No início da fase activa a dor já irradiava para as pernas.

As enfermeiras preocuparam-se em assegurar cuidados de higiene e o conforto às utentes, e garantir a privacidade dentro do possível. Pareceu-me ainda, que elucidam previamente as utentes acerca da possibilidade de recurso a analgesia epidural. Sempre que entram na fase activa do trabalho de parto é contactado o anestesista para proceder à analgesia epidural. A A. foi submetida a esta técnica às 19:30h quando estava com 4 cm de dilatação, verificando-se que esteve sempre controlada e mantendo o seu comportamento.

Suporte

Rejeição da dor

Controlo

Observação 3

OBSERVAÇÃO 3

17:00h - Ao entrar na sala de partos, deparo com um ambiente silencioso. Uma das enfermeiras que está de serviço está no gabinete a fazer registos de enfermagem no processo. A outra enfermeira está na sala de admissão com uma parturiente que acabou de entrar na urgência obstétrica. Há apenas uma parturiente a induzir o parto que está calma, acompanhada do marido. Este está sentado na berma da cama a ler um jornal de desporto. A parturiente está monitorizada e com soro em curso. Está calma. É a primeira experiência do parto. Refere que a espera está a ser longa e que nunca mais tem dores. O marido parece-me também um pouco impaciente com o facto de ainda não ter contracções e pergunta se acontece isso muitas vezes e qual é a opção que os médicos nestes casos tomam. A enfermeira responde que depende da situação e explica que o importante é a mãe e o bebe estarem bem. Previne e informa que a situação pode repetir-se no dia seguinte ou então ir para casa, o que pareceu desgostar o casal, que respondeu - Deus queira que não, voltar ao mesmo!

*Ambiente**Presença do marido**Espera**Inquietação**Tranquilidade**Sobreaviso*

18:00h - A situação mantém-se, Há mais uma parturiente em trabalho de parto, mas que está calma. E as enfermeiras colocaram noutra quarto para proporcionar privacidade, uma vez que o serviço permitia na altura. O marido opta por sair um pouco e ela concorda. Enquanto ele não está ela dorme por períodos e as enfermeiras entram e saem do quarto por vezes esboçando sorriso e verbalizando palavras que indicam uma espera longa mas previsível e natural, uma vez que é o primeiro parto. Explica também como deve proceder a cada contracção exemplificando com um desenho o mecanismo da contracção Avaliam o traçado cardiotocográfico e por vezes fazem um comentário de que o bebé está bem, “só faltam as contracções!” “Está a comportar-se bem, vais ver que consegue aguentar!”

*Privacidade**Descompressão**Informação/orientação**Reforço positivo*

19:30h - Quando o marido regressa ela refere que já começou a ter contracções e o marido perguntou” e a enfermeira já sabe?” Ela respondeu que não, mas ainda era cedo, podia aguentar!

Controlo

Mas tens que dizer por causa da epidural, respondeu ela parecendo preocupado no alívio da dor. Passados alguns minutos constatei que o marido estava a falar com a enfermeira a dizer que a mulher queria falar com ela. A enfermeira não pôde ir de

Desejo de alívio

imediatos mas não demorou a ir. Explicou que não ia avaliar o trabalho de parto porque era uma situação evitável uma vez que as contracções ainda eram ligeiras, e um toque para observação é desagradável, e que esse acto não faz avançar o trabalho de parto. Explicando que o facto de ser observada várias vezes não faz avançar o trabalho de parto. O facto da enfermeira se mostrar disponível a explicar pareceu ser favorável ao casal, que pareceu compreender.

*Assistência
profissional*

*Compreen-
são do
fenómeno*

20:15h - O marido continua a ler, de vez em quando sai para o corredor e uma das vezes iniciou conversa com o marido da outra parturiente para perguntar: “Então, vai ser pai hoje?”, o outro respondeu – “talvez, ela já tem muitas dores”. Ele respondeu “já estamos cá desde manhã e ainda nada deixa lá ver se é hoje, mas isto é muito tempo.”

Espera

21:00h - Está mais queixosa, por vezes grita e chamou a enfermeira sem tocar na campainha. A enfermeira respondeu do quarto da outra parturiente e quando chegou ao corredor, já lá estava o marido a dizer, “É que ela já está com mais dores.” A enfermeira pediu-lhe que se mantivesse no corredor porque ia observar a senhora e fazer a avaliação, sendo que pareceu tranquilo e aliviado por finalmente ser avaliada. Passados minutos, quando a enfermeira saiu do quarto, o marido não esperou pela informação e perguntou se ainda faltava muito. Foi-lhe dito que estava a iniciar mas que sendo o primeiro filho e uma indução leva mais tempo. A preocupação imediata foi em saber como é que ele fazia se o bebe nascesse de noite e não podendo ele estar por perto, qual seria o procedimento. A preocupação principal estava em assistir ao nascimento e não tanto em acompanhar a mulher. A enfermeira disse que ele podia ficar na sala de espera da urgência geral que o chamariam garantidamente, já não era no turno dela mas tranquilizou-o dizendo que as enfermeiras que viriam a seguir teriam esse procedimento. A parturiente nada verbalizou, embora esteja mais queixosa agora está controlada embora não tenha feito preparação psicoprofilática para o parto. A relação desde casal com as duas enfermeiras parece ser de à vontade confiando no que lhes é dito.

Descontrolo

*Angústia/
ansiedade*

Preocupação

*Tranqui-
lidade*

Controlo

22:00h - Está mais queixosa, por vezes contorce-se na cama e fecha os olhos esboçando uns exercícios respiratórios, que parecem pouco eficazes. O marido fala baixo com ela recomendando-lhe que tenha calma. Também parece exausto e não tem outras palavras de conforto e apoio a não ser dizer que tenha calma.

*Expressão
da dor*

Exaustão

A parturiente parece um pouco angustiada, e pretende fazer epidural o mais rápido possível.	<i>Desejo de alívio</i>
23:00h - Está mais queixosa e descontrolada, considera a pior dor da sua vida, horrorosa. Ela por vezes chora, mas sem gritar, refere que já não aguenta. O marido acaricia-a, mas ela refere sentir-se desconfortável, com calor e destapa-se não mostrando pudor, mas o marido tapa-a.	<i>Experiência de dor</i> <i>Descontrolo</i>
A enfermeira aproxima-se e repara no seu descontrolo, referindo que o facto de ter dor é bom sinal, e quando faz a avaliação do trabalho de parto, constata que já pode fazer epidural. Ao dar esta informação, ambos os membros do casal, pareceram ficar mais tranquilos, ao que ela comentou que já não aguentava mais. Foi contactado o anestesista que veio rapidamente.	<i>Atitude da enfermeira</i> <i>Dificuldade extrema</i>

Observação 4

OBSERVAÇÃO 4

14:00h - Hoje há mais movimento na sala de partos. È o dia de haver colocação de Pace maker na outra sala de partos. As enfermeiras não gostam desta mistura mas são norma da instituição. As portas mantêm-se abertas e Há pouca privacidade e muito movimento. *Ambiente*

Houvem-se os ruídos dos cardiocógrafos, e as enfermeiras estão no gabinete a preencher processos clínicos. Um dos maridos foi ao gabinete das enfermeiras, perguntar a opinião da enfermeira sobre a duração prevista do trabalho de parto. A enfermeira explicou-lhe que o facto de ser primípara faz com que o processo seja mais lento, ao qual ele respondeu apenas com um “está bem, pronto!” Apercebi-me de que uma das parturientes tinha uma cesariana anterior e estavam para decidir o tipo de parto nesta gravidez. *Espera*
Conformação

O médico foi-lhe pedindo que tivesse calma. Embora não estivesse prevista cesariana tudo apontava para isso, a própria parturiente a solicitou, com receio de alguma complicação por ter uma cesariana anterior, há seis anos. *Tranquilidade*

18:00h - Reparei que quando os maridos voltaram não foram falar com as enfermeiras para saberem da avaliação feita pelo médico, foi uma das enfermeiras que os elucidou porque uma das mulheres disse que não tinha percebido muito bem a opinião do médico. *Medo*
Alheio

O marido anda pelo corredor e conversa com o marido da outra utente, sem moderar o tom de voz, uma das enfermeiras não o chamou à atenção mas fez o comentário no gabinete acerca da ajuda que ele prestava à mulher. Ao que percebi na opinião dele, não se justificava a decisão de um parto por via baixa, porque da outra vez só foi possível nascer por cesariana. Embora não tenha contracções, o casal está ansioso pela indecisão do médico. Questionadas as enfermeiras apenas respondem que é uma decisão médica. *Inquietação*
Segurança

15:40h - No quarto ao lado, está uma primípara com 40 anos de idade que ficou sozinha enquanto o marido decidiu que ia jantar, mas que viria rapidamente. Ela aceitou a decisão sem nada responder. A enfermeira monitorizou-a e explicou-lhe que teria de ficar em repouso por ter a bolsa de águas rota, mas ele nada respondeu. A enfermeira questionou-a no sentido de saber se estava com contracções e ela respondeu afirmativamente. Depois de a instalar no quarto, foi *Angustia/ansiedade*
Atitude da enfermeira

contactado o médico para lhe ser dado conhecimento desta admissão. Apercebemo-nos de que ela era proveniente da zona norte do país e que estava em Évora devido à profissão do marido. As enfermeiras aproveitaram e deram como resposta que era bom ter um alentejano na família. Ao qual ela sorriu.

Descompressão

O marido regressou, mas entrou no quarto sem dar satisfação às enfermeiras, mas elas nada lhe disseram, fazendo, um comentário do tipo: entram e saem e não dizem nada, não somos nada aqui! Já sei como é! No entanto, não me pareceu que fosse hostil com ele no trato, cada vez que ia ao quarto junto da parturiente.

Atitude do marido

16:00h - por estar mais queixosa, e com pequena perda de sangue, foi observada, tendo colaborado. O médico decidiu induzir o parto mas só deu a informação à enfermeira.

Colaboração

16:30h - Enquanto colocava o soro, foi explicado ao casal, pelas duas enfermeiras de serviço que o médico de serviço tinha sido contactado e prescreveu o soro “para o bebé nascer”. Ficaram surpreendidos porque o parto era para ser induzido pelo seu médico assistente daqui a dois dias, mas a enfermeira tranquilizou dizendo que isso não indicava qualquer problema.

Expectativa do parto

Tranquilidade

17:00h - O marido está sempre próximo dela e apoiou-a, incentivava-a para respirar. Reparei que as enfermeiras lhe pediam para ponderar se queria fazer epidural e ela não respondia. Quando ficou mais queixosa, o marido foi ao gabinete das enfermeiras dizer que a mulher estava com muitas dores e queria falar com uma enfermeira. Percebi que queria submeter-se à epidural. Contactou de imediato o anestesista, ele respondeu que estava na urgência e não podia ir. Quando lhe foi dada essa informação, pareceu-me que se conformou. Aplicado o questionário a esta parturiente, teve dificuldade em escolher as palavras, mas no pico da contracção tinha dificuldade em se controlar. O marido pareceu-me que lhe dava apoio e as enfermeiras quando estavam por perto, pediam-lhe para ter calma que as dores do parto têm estas características. No pico da contracção movimentava-se na cama mas não gritou, com a excepção da fase da descida da apresentação que foi feita no quarto, mas teve dificuldade em colaborar. A enfermeira que fez o parto estava calma e conseguiu acalmá-la. Interessante assistir no período expulsivo à comoção do pai ao olhar para a filha, e a hesitação em lhe tocar até que lhe foi dito que o podia fazer.

Alívio da dor

Desejo de alívio

Conformação

Apoio do marido

Contenção

Transmissão de calma

Comoção

Observação 5

OBSERVAÇÃO 5

18:30h - A parturiente foi admitida por contracções. Quando entrei no quarto onde estava deitada, verifiquei que gritava a cada contracção. Estava acompanhada do marido que se encontrava sentado numa cadeira perto da cabeceira, a acariciava e pedia-lhe para ter calma. Descontrolava-se e gritava: enfermeira, por favor, por favor, ao qual as enfermeiras se aproximavam dela e lhe pediam que se controlasse, por vezes nada diziam parecendo ser uma situação que merecia atenção mas todo o incentivo que se desse era em vão, pois a senhora já estava num estado de descontrolo difícil de reverter ou parar.

Expressão da dor

Apoio do marido

Descontrolo

Outras vezes gritava, apanhando de surpresa o marido, que parecia com o pensamento distante, e questionava: quando é que levo a injeção? Ele falava em silêncio e pedia-lhe que tivesse calma.

Alheio

Desejo de alívio

Deus me perdoe mas não vou querer ter mais filhos e agarrava o marido nos braços, este mantinha-se calado nestes momentos sem saber o que dizer e o que fazer.

Desespero

Sentimento de impotência

19:00h - Verifiquei que as enfermeiras se preocuparam em contactar a anestesista de serviço para que viesse de imediato avaliar a situação, uma vez que a senhora estava a entrar na fase activa do trabalho de parto, pelo que poderia fazer brevemente epidural e assim parar com o ambiente de dor e sofrimento traduzido por aquele comportamento descontrolado. Há um interesse entre a equipa de enfermagem e de anestesistas para aliviar a dor do parto, sendo tomadas todas as medidas atempadamente. A enfermeira foi-lhe colocar soro em curso e esperou que a contracção passasse, aproveitando que ela estava calma no intervalo das contracções para lhe ensinar os exercícios respiratórios

Alívio da dor

Ambiente

Rejeição da dor

Oportuno

20:00h -

Ela agarra-se ao marido a cada contracção e quando foi pedido ao marido para que se retirasse do quarto para ser feita observação para avaliação do trabalho de parto, ela reagiu com desagrado querendo a presença constante do marido, mas ele não insistiu em ficar saiu em silêncio para o corredor e ficou no corredor junto ao quarto a andar de um lado para o outro e em silêncio.

Companhia

Tensão

Até que fizesse a epidural, o que demorou cerca de 30 min o comportamento manteve-se.

A enfermeira dizia, tem que ter calma respire lá devagarinho! Esteve próximo dela mas ela não atendeu nunca esteve sempre descontrolada.

*Transmissão
de calma*

Quando chegou a anestesista, pediu encarecidamente que lhe retirasse a dor o mais rápido possível.

*Desejo de
alívio*

21:00h - Após a epidural, ficou calma, foi capaz de conversar com as enfermeiras e ri-se por vezes, tem outra postura.

Alívio da dor

Observação 6

OBSERVAÇÃO 6

Foi de manhã induzir o parto. Começou com as primeiras contracções às 15:00 horas.

Quando se iniciou a observação, cerca das 17:30h, estava calma. Era a única parturiente naquele quarto e estava acompanhada do marido, também jovem. Está ligada ao aparelho de cardiotocografia, e tem soro com ocitocina em curso. Refere já algumas contracções, mas esboça sorrisos. Está comunicativa. Quando tem uma contracção mantém-se deitada de lado e fecha os olhos coloca a mão junto à face e respira calmamente. O marido fica em silêncio e acaricia-a. Por vezes opta por lhe agarrar a mão com força, não observando qualquer reacção da parte dele. No intervalo das contracções fala em tom muito baixo com o marido e comenta sobre a intensidade da dor. Numa das passagens da enfermeira pelo quarto para avaliar o seu bem-estar e o do feto, ambos a questionaram sobre o tempo que demoraria o trabalho de parto e se demorava muito tempo a levar a epidural. A enfermeira respondeu de forma disponível referindo que até aos 4cm, altura em que poderia ser submetida a analgesia epidural, ainda ia ter dores que seriam mais fortes mas depois com a epidural iriam passar. Verifiquei que não apresentaram nenhuma expressão de descontentamento, apenas se mantiveram em silêncio.

Presença do marido

Estratégia de alívio

Desejo de alívio

Disponibilidade da enfermeira

Sobreaviso

18:30h Está aparentemente calma a enfermeira refere que tem colo permeável a dois dedos. As enfermeiras vigiam mas não estão sempre próximas. Parece-me que confiam nos meios tecnológicos e também disponibilizaram a campainha para que a senhora tocasse se necessário. A senhora também não estava apelativa.

Controlo

19:00h - Quando a enfermeira foi observar para fazer avaliação do trabalho de parto, pediu com delicadeza ao marido para que se retirasse, o qual o fez prontamente. Fiquei com ele no corredor junto à porta do quarto, onde trocamos algumas palavras, como sejam ele referir que ela já estava preparada para isto, porque leu muito revistas e conversou com pessoas que já tiveram o bebé. Refere que todas fizeram epidural, mas algumas dizem que sentiram à mesma dor. Pareceu-me que a sua atitude é expectante. No entanto parece haver algum optimismo, quando refere que a gravidez correu bem, «sem enjoos e outras coisas, também engravidou sem dificuldade por isso vamos lá a ver».

Atitude da enfermeira

Fontes de informação

Ansiedade do marido

Ao sair do quarto, a enfermeira refere que mantém a observação anterior, e que por isso ainda está atrasada, e refere que é normal: isto demora sempre um bocado!”

Tranquilidade

pareceu-me que estava a prepará-los para um longo período, ou para não criar neles falsas expectativas, porque eles já lá estavam desde manhã e o que é normal para os técnicos de saúde não é muitas da vezes para os utentes. Responderam: paciência!

Espera

*Conforma-
ção*

Após uma das contracções o marido comentou: para a próxima gravidez, é de cesariana! Ao que ela respondeu: ou não há! E sorriu-se.

*Experiência
de dor*

Com 3cm de dilatação contorce-se destapa-se e refere que prefere ficar assim, num acto de pouco pudor. Pede que tenha rapidamente os 4cm de dilatação.

Descontrolo

Observação 7

OBSERVAÇÃO 7

20:00h - Ao entrar no bloco de partos apercebi-me logo de quem estava de serviço. As portas estavam fechadas e apenas havia uma parturiente em trabalho de parto. Estava calma e controlada. Estava acompanhada do marido que estava sentado numa cadeira ao lado da cama a ler um jornal. A mulher fazia exercícios de respiração que pareciam sortir efeito. De momento só está uma enfermeira que se desloca calmamente e parece querer manter o silêncio e o ambiente calmo. Vigia o ritmo da gota do soro e olhando para o traçado do cardiotocógrafo, comenta com o casal de que as contracções estão mais intensas e pelas queixas dela parece estar a entrar em trabalho de parto. Explica-lhe ainda as características do traçado e alguns aspectos relacionados com o trabalho de parto Combinou que passados alguns minutos iria avaliar a situação para ver da possibilidade de fazer analgesia epidural. O marido questiona sobre os verdadeiros efeitos da epidural, a enfermeira explica prontamente.

*Atitude da enfermeira**Controlo**Disponibilidade da enfermeira**Informação/ orientação*

21:30h - Fez epidural, está calma mas prefere manter-se em silêncio com o marido por perto. Houve uma admissão, e as enfermeiras pretendem manter o ambiente calmo. Apresentam o espaço físico à parturiente que entrou referindo que é importante que conheçam os cantos à casa. Já conheço o modo de trabalhar dessa enfermeira e a postura dela mantém-se, e quem está a trabalhar com ela nos turnos tem que ter a mesma postura ou então muito semelhante. Reparei que teve o cuidado de colocar a parturiente noutra quarto para assegurar privacidade, uma vez que o serviço permitia.

*Ambiente**Acolhimento**Privacidade*

22:00h - O marido pediu á enfermeira que comparecesse junto da parturiente porque estava mais queixosa e já não estava a conseguir controlar-se. Apliquei nessa altura o questionário, porque me foi dito que estava com 4cm e que ira fazer epidural. Reparei que não teve dificuldade em o preencher, não escolhendo todas as subcategorias, e a dor no pior período foi menor que a pior dor de estômago que já teve.

*Desejo de alívio**Intensidade da dor*

Percebi que tinha feito preparação para o parto e que frequentou as aulas com o marido.

Preparação para o parto

A anestesista não demorou a chegar e rapidamente a aliviou da dor.

Sendo duas parturientes, as enfermeiras decidiram que cada uma ficaria responsável por uma parturiente, embora colaborassem. Quem faz a admissão, geralmente fica responsável pela vigilância do trabalho de parto e faz o parto, se não houver nada em contrário.

*Assistência
profissional*

23:00h - As enfermeiras preparam-se para fazer os registos e passar o turno. O ambiente mantém-se calmo

Observação 8

OBSERVAÇÃO 8

<p>18:00h - as enfermeiras estão ocupadas e atarefadas porque houve necessidade de intervir rapidamente perante uma utente que fez um quadro complicado por hemorragia e teve que ir para cesariana. Estão duas primíparas em trabalho de parto, uma delas há cerca de 24 horas que está internada mas só esta tarde iniciou o trabalho de parto refere que está cansada. No corredor, junto ao quarto está um dos maridos que parece exausto e ansioso, ele próprio o verbaliza. Referiu-me que a mulher deu entrada na maternidade no dia anterior por bolsa de águas rota, mas que até há poucas horas não tinha entrado em trabalho de parto. Mostrou-se decepcionado por não ser possível fazer epidural, porque segundo as enfermeiras o informaram, os resultados das análises eram sugestivos de início de infecção pelo que já não foi possível fazer.</p>	<p><i>Ambiente</i></p> <p><i>Exaustão</i></p> <p><i>Espera</i></p> <p><i>Desejo de alívio</i></p>
<p>19:30h - A enfermeira está a conversar com o casal e garante-lhe que hoje nasce porque não pode esperar mais tempo, o que parece trazer-lhe algum alento. Vai para junto da mulher e acaricia-a dando a confirmação de que o que pensavam acerca do nascimento ainda hoje foi assegurada pela enfermeira há instantes, mas ela parece impaciente e a cada contracção fecha os olhos e agarra-lhe na mão, tentando conter-se. Refere sentir-se desconfortável com fome, sede e sono.</p>	<p><i>Disponibilidade da enfermeira</i></p> <p><i>Expressão da dor</i></p> <p><i>Desconforto</i></p>
<p>19:30h - Continua queixosa, e tem mais dificuldade em se controlar. Mostra-se impaciente até com as palavras do marido que a tenta apoiar, mas quando ela lhe pede que se cale faz sem hesitação. No intervalo das contracções falam da espera e da ansiedade da família e em particular da preocupação da mãe dela, mas ele, não aceita sair para dar lugar à sogra, `a qual a parturiente não pareceu reagir. A enfermeira teve o cuidado de abrir a cortina que separa as camas para dar privacidade, uma vez que no quarto estão duas senhoras e os respectivos maridos. Ambas estão em trabalho de parto e sem puderem fazer epidural. No entanto, não há gritos, mas uns gemidos intermitentemente. A parturiente do lado está muito queixosa, e o marido pergunta se é mesmo assim, e a enfermeira responde afirmativamente apelando à calma, para não chegar à exaustão. O marido está perto da cama, em pé e por vezes acaricia-a e limpa-lhe a cara com a compressa húmida que a enfermeira lhe deu., De facto, as contracções são muito intensas e mal consegue fazer os exercícios respiratórios, mas continua sem trabalho de</p>	<p><i>Dificuldade</i></p> <p><i>Envolvimento afectivo</i></p> <p><i>Privacidade</i></p> <p><i>Prevenção</i></p> <p><i>Suporte</i></p> <p><i>Dificuldade extrema</i></p>

parto. Agora que estava mais queixosa a enfermeira esteve no quarto, mas nada lhe disseram limitaram-se a olhar para ela.

20:15h - Do outro lado da cortina, a "P". parece estar mais queixosa a enfermeira esteve junto dela mas não se deixou observar, pelo que não insistiu e responsabilizou-a caso houvesse complicações. A parturiente pediu desculpa mas não está a colaborar. *Aproximação*
Atitude da enfermeira

20:50h - A enfermeira contactou telefonicamente com o médico de serviço e pediu-lhe para avaliar a situação daquela parturiente no sentido de a aliviar da dor e dar conhecimento da situação. Foi prescrito um analgésico endovenoso, que por alguns momentos sortiu efeito. *Segurança*
Alívio da dor

22:00h - Voltou a estar queixosa, sopra descoordenadamente e agita-se da cama. Refere que já não consegue mais mas a outra enfermeira fica junto dela e pede-lhe a sua colaboração para a observar e poder avaliar trabalho de parto. Ela aceita mas colabora pouco o que leva a enfermeira a dizer que assim perde a paciência, que ela deve colaborar para ajudar o bebé. O que a faz sentir-se responsabilizada. No momento o marido não está presente porque as enfermeiras têm por hábito pedir-lhes que se retirem, mas quando ele voltou e quis saber da avaliação as enfermeiras explicaram-lhe que ela não tinha colaborado no toque. Quando voltou para o quarto alertou-a calmamente de que devia colaborar mais, mas ela mandou-o calar. Parece-me que as enfermeiras não vão conseguir que ela se controle devido à sua exaustão. Quando pedi para preencher o questionário da dor escolheu a intensidade da dor 5 que corresponde ao insuportável. Conseguiu preencher todo o questionário e verifiquei que após o seu preenchimento começou a referir-se à dor com aqueles termos. Verifiquei que para a outra parturiente, a dor do parto foi a dor mais intensa que sentiu na sua vida. *Dificuldade extrema*
Culpabilização
Inquietação
Intensidade da dor
Experiência de dor
Tensão

Preferem manter-se em silêncio, pouco falam, mesmo como os maridos, parecendo-me que estão os dois um pouco tensos. A parturiente do lado está mais descontrolada, e noto que esta demonstra alguma dificuldade em lidar com a dor. Ambas não puderam fazer epidural por causa dos resultados analíticos, mas do que é dado a perceber, aceitaram a decisão embora, seja interessante ouvir o comentário das duas a dizer que tiveram azar. *Descontrolo*
Conformação