

1996/1998

D.M
COEL/L.

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO PARCIAL DO GRAU DE
MESTRE EM COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL PELO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

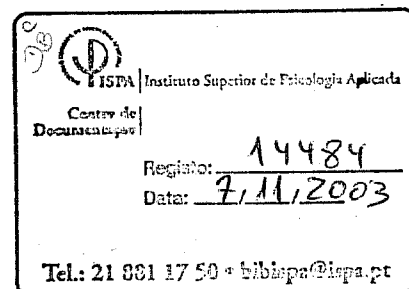
Lucília S. A. Coelho
n.º 1009

PREPARAÇÃO PARA O PARTO

**Estudo do Comportamento das Parturientes e das Atitudes dos Profissionais
de Saúde**

ORIENTADOR: Prof. Doutor Jorge Silva Ribeiro
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR: Prof. Doutor Jorge Silva Ribeiro
Instituto Superior de Psicologia Aplicada



1996/1998

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO PARCIAL DO GRAU DE
MESTRE EM COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL PELO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Lucília S. A. Coelho
n.º 1009

PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Estudo do Comportamento das Parturientes e das Atitudes dos Profissionais
de Saúde

ORIENTADOR : Prof. Doutor Jorge Silva Ribeiro
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR : Prof. Doutor Jorge Silva Ribeiro
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio de um conjunto de pessoas que, de uma forma directa ou indirecta, contribuíram para a sua realização. Desejo expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que colaboraram e possibilitaram a realização deste trabalho, nomeadamente:

Ao Professor Doutor Jorge Silva Ribeiro, pelo apoio, disponibilidade e confiança demonstrada ao longo deste trabalho.

Aos Conselhos de Administração das Instituições que autorizaram a sua realização.

Aos profissionais de saúde das Instituições, pela colaboração e disponibilidade prestada.

Às parturientes que se disponibilizaram a colaborar e sem as quais, não teria sido possível concretizar um dos capítulos desta dissertação.

À minha família, pela disponibilidade, apoio e compreensão sem os quais não seria possível concluir esta tarefa.

ÍNDICE

1 - Introdução	1
1.1- Preâmbulo	1
1.2- Enquadramento Teórico	6
1.2.1- A Sexualidade, a Mulher e a Maternidade	6
1.2.2- A Gravidez numa Perspectiva de Desenvolvimento Psicológico	13
1.2.3- A Ansiedade na Mulher Grávida	19
1.2.4- O Trabalho de Parto	23
1.2.5- A Dor da Parturiente	26
1.2.6- A luta contra a dor	34
1.2.7- Métodos de Preparação para o Parto	38
1.2.7.1- O Método Psicoprofilático	40
1.2.7.2- Ensino Autónomo Respiratório	43
1.2.7.3- A Sofrologia	45
1.2.7.4- A Eutonia	46
1.2.7.5- O Método de Leboyer	47
1.2.7.6- O Parto Aquático	47
1.2.8 – Objectivos e Hipóteses do Estudo	48
2 - Método	52
2.1- Previsões das Hipóteses em Estudo	52
2.2- Material	55
2.2.1- Questionários sobre a Preparação para o Parto	55
2.2.1.1- Questionário de Auto-Avaliação STAI de Spielberger	56
2.2.1.2- Questionário de McGill/Melzack sobre a Dor	57

2.2.2- As Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a preparação para o Parto	60
2.2.2.1- Inventário de Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto	60
2.2.2.2- Propriedades Psicométricas do Inventário de Atitudes sobre a Preparação para o Parto	65
2.3- Caracterização das Instituições onde se Realizou o Estudo	71
2.4- Sujeitos	72
2.4.1- Critérios de Inclusão	72
2.4.2- Critérios de Exclusão	73
2.4.3- Caracterização das Duas Amostras	74
2.4.3.1- Caracterização da Amostra das Parturientes	74
2.4.3.2- Caracterização da Amostra dos Profissionais de Saúde	79
2.5- Procedimento	82
2.6- Tratamento Estatístico dos Dados	83
3 – Resultados	85
3.1- A Amostra das Parturientes Primigestas	85
3.2- Testando as Hipóteses Referentes às Parturientes Primigestas	88
3.3- A Amostra dos Profissionais de Saúde	93
3.4- Testando as Hipóteses Referentes às Atitudes dos Profissionais de Saúde Sobre a Preparação para o Parto	96
3.5- Resultados das Questões Suplementares	108
4 – Discussão dos Resultados e Conclusões	116
Referências bibliográficas	127

Apêndices:

Apêndice I: Consentimento informado assinado pela parturiente

Apêndice II: Instrumento de colheita de dados utilizado com as parturientes

Apêndice III: Instrumento de colheita de dados utilizado com os profissionais
de saúde

Apêndice IV: Elementos complementares ao estudo efectuado

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição proporcional das parturientes primigestas com e sem preparação para o parto	86
Gráfico 2- Distribuição proporcional das parturientes primigestas por habilitações literárias	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens do Inventário de Atitudes sobre a Preparação para o Parto – IAPP	64
Quadro 2 - IAPP- Correlação de Pearson entre os itens e o total	66
Quadro 3 - IAPP - Análise Factorial dos componentes principais e sua variância	67
Quadro 4 - Saturação dos itens do IAPP no factor um após análise dos componentes ...	68
Quadro 5 - Saturação dos itens do IAPP no factor dois após análise dos componentes .	68
Quadro 6 - Saturação dos itens do IAPP no factor três após análise dos componentes ..	69
Quadro 7 - Saturação dos itens do IAPP no factor quatro após análise dos componentes	69
Quadro 8 - Saturação dos itens do IAPP no factor cinco após análise dos componentes	70
Quadro 9 - Número total de parturientes, por instituição	75
Quadro 10 - Número total de parturientes com e sem preparação para o parto, por instituição	76
Quadro 11 - Tipo de preparação para o parto efectuado pelas parturientes	76
Quadro 12 - Número total das gestações das parturientes, por instituição	77
Quadro 13 - Número total de parturientes primigestas com e sem preparação para o parto, por instituição	77
Quadro 14 - Número total de parturientes múltíperas com e sem preparação para o parto, por instituição	78
Quadro 15 - Identificação dos profissionais de saúde que realizaram o parto, por instituição	78
Quadro 16 - Questionários distribuídos, recebidos e analisados	79
Quadro 17 - Caracterização dos profissionais de saúde no total e por instituição	80
Quadro 18 - Estado civil, tipo de profissão e categoria profissional dos profissionais de saúde	81
Quadro 19 - Médias, desvios padrões e t de Student das idades em anos dos profissionais de saúde, por sexo	81
Quadro 20 - Médias, desvios padrões e t de Student das idades em anos dos profissionais de saúde, por profissão	81
Quadro 21 - Número de parturientes primigestas, com e sem preparação para o parto, por instituição	86

Quadro 22 -	Habilitações literárias das parturientes primigestas	87
Quadro 23 -	Médias, desvios padrões e t de Student das idades das parturientes com e sem preparação para o parto	88
Quadro 24	Médias, desvios padrões e t de Student dos níveis de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço das parturientes com e sem preparação para o parto	89
Quadro 25	Médias, desvios padrões e t de Student dos níveis de dor das parturientes com e sem preparação para o parto	90
Quadro 26	Distribuição, percentagem e Qui-Quadrado das parturientes com e sem analgesia versus com e sem preparação para o parto	91
Quadro 27	Médias, desvios padrões e t de Student da duração do trabalho do parto, em horas, das parturientes com e sem preparação para o parto	91
Quadro 28	Distribuição, percentagem e Qui-Quadrado dos partos eutócicos e distócicos das parturientes com e sem preparação para o parto	92
Quadro 29-	Índice de Apgar	93
Quadro 30-	Médias, desvios padrões e t de Student do Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães fizeram ou não preparação para o parto	93
Quadro 31 -	Resposta dos profissionais de saúde à questão: “Pratica-se preparação para o parto na instituição onde exerce funções?”	94
Quadro 32 -	Número e percentagem dos profissionais de saúde, com formação na área da preparação para o parto	94
Quadro 33 -	Percentagem estimada pelos inquiridos, comparada com a percentagem observada em estudo, das parturientes que fizeram ou não preparação para o parto, por instituição	95
Quadro 34 -	Percentagem estimada pelos inquiridos, relativamente aos métodos de preparação para o parto efectuado pelas parturientes, segundo a instituição.	95
Quadro 35-	Médias, desvios padrões e t de Student das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por sexo	96
Quadro 36-	Médias, desvios padrões das idades e do tempo de exercício profissional, em anos, por estado civil	97
Quadro 37	Análise de Variância da idade e tempo de exercício profissional, em anos, por estado civil	98
Quadro 38	Análise de Variância da idade e tempo de exercício profissional, em anos, por estado civil, utilizando o teste de Scheffé	98

Quadro 39-	Médias e desvios padrões das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto e dos seus factores extraídos por análise dos componentes principais, por estado civil	99
Quadro 40 -	Análise de variância das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por estado civil	100
Quadro 41	Análise de Variância das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por estado civil, utilizando o teste de Scheffé	101
Quadro 42 -	Médias, desvios padrões e t de Student das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por profissão	102
Quadro 43 -	Médias, desvios padrões e t de Student das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por instituição, onde se pratica ou não preparação para o parto	103
Quadro 44 -	Médias, desvios padrões e t de Student das atitudes dos profissionais de saúde com e sem formação na preparação para o parto	105
Quadro 45 -	Médias, desvios padrões e t de Student das idades e tempo de exercício profissional, em anos, por categoria profissional na carreira de enfermagem	106
Quadro 46 -	Médias, desvios padrões e t de Student das atitudes dos enfermeiros sobre a preparação para o parto, por categoria profissional na carreira de enfermagem	107
Quadro 47 -	Correlação de Pearson entre idade, tempo de exercício profissional e as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto	108
Quadro 48 -	Médias, desvios padrões e t de Student da duração do trabalho de parto, em horas, das parturientes que fizeram ou não analgesia durante o trabalho de parto	109
Quadro 49 -	Médias, desvios padrões e t de Student do Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães fizeram ou não analgesia durante o trabalho de parto	110
Quadro 50 -	Distribuição, percentagem e teste de Qui-Quadrado das parturientes com parto distócico e eutócico versus analgesia durante o trabalho de parto	111
Quadro 51 -	Distribuição e teste de Qui-Quadrado, das parturientes com e sem preparação para o parto versus submetidas ou não a potencialização durante o trabalho de parto	112

Quadro 52 - Médias, desvios padrões e t de Student da duração do trabalho de parto, em horas, das parturientes que fizeram ou não medicação para potencializar/induzir o trabalho de parto	111
Quadro 53 - Médias, desvios padrões e t de Student do Índice de Apgar dos recém-nascidos cujas mães fizeram ou não fármacos para potencializar/induzir o trabalho de parto	112
Quadro 54 - Distribuição e teste de Qui-Quadrado, das parturientes com parto distócico ou eutócico, submetidas ou não a potencialização durante o trabalho de parto	112
Quadro 55 - Síntese dos resultados da investigação	113

Resumo

A presente tese apresenta os resultados de uma investigação que teve por objectivos:

(a) Descrever o contexto em que se desenvolve o trabalho de parto e o próprio parto nas instituições de saúde; (b) Avaliar a influência da preparação para o parto nas parturientes e recém-nascidos e (c) Analisar as atitudes dos profissionais de saúde perante a preparação para o parto.

Para descrever o contexto em que se desenvolve o trabalho de parto e o próprio parto, foi aplicado um questionário a 128 parturientes, que acorreram a instituições situadas em Almada, Lisboa, Caldas da Rainha, Leiria e Porto, no período compreendido entre Outubro de 1998 a Fevereiro de 1999.

A avaliação da influência da preparação para o parto nas parturientes e recém-nascidos foi efectuada a 53 parturientes primíperas, que acorreram durante o mesmo período às referidas instituições. Foram avaliados os níveis de ansiedade (escala "STAI") e os níveis de dor (questionário de McGill/ Melzack) nas parturientes, assim como a duração do trabalho de parto, tipo de parto (eutócico, distócico), analgesia e indução/potencialização do trabalho de parto. Ao recém-nascido foi avaliado o Índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto.

Para analisar as atitudes dos profissionais de saúde perante a preparação para o parto foi construído e validado um Inventário de Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto (IAPP). Este inventário foi aplicado a 220 profissionais de saúde da área de Saúde Materna, a exercerem funções nas instituições atrás citadas e durante o mesmo período.

Os resultados revelaram que 79% das parturientes não efectuaram preparação para o parto e que, entre as que efectuaram preparação, o método de preparação para o parto mais efectuado foi o psicoprofiláctico (86%).

As parturientes que fizeram preparação para o parto, apresentaram níveis de ansiedade e de dor significativamente mais baixos do que as parturientes que não fizeram preparação para o parto.

O Inventário de Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto (IAPP) apresentou boas qualidades psicométricas (Alfa Cronbach-0,88, teste/reteste-0,73). Apresentou cinco factores com valor próprio superior a um (eigenvalue), que explicam 59% da variância total. Estes factores permitem distinguir que a preparação para o parto actua a nível da facilitação/colaboração da parturiente, do controlo emocional da parturiente, do controlo emocional da puérpera, da comunicação e da cooperação das parturientes com os profissionais de saúde.

O estudo demonstra também que os médicos e os enfermeiros não apresentam entre si diferenças significativas nas atitudes em relação à preparação para o parto. No entanto, existem diferenças significativas nas atitudes em relação à preparação para o parto nos profissionais de saúde com e sem formação específica na área da preparação para o parto, isto é, os profissionais que fizeram formação na área da preparação para o parto, têm atitudes mais favoráveis sobre esta. Revela, ainda, que existem diferenças estatisticamente significativas das atitudes em relação à preparação para o parto, entre os enfermeiros de nível um (generalistas) e os enfermeiros de nível dois (especialistas). Os enfermeiros especialistas (nível 2), têm atitudes significativamente mais favoráveis em relação à preparação para o parto, do que os enfermeiros generalistas (nível 1), no que se refere à preparação para o parto.

Abstract

This thesis presents the results of a research which intended:

(a) To describe the context in which childbirth labour occurs and the childbirth itself within health institutions; (b) To evaluate the influence of childbirth preparation on parturients and new-born babies est (c) To analyse health professionals' attitudes towards childbirth preparation.

In order to describe the context in which childbirth occurs and the childbirth itself, 128 parturients were subjected to a questionnaire. This questionnaire took place in institutions located in Almada, Lisbon, Caldas da Rainha, Leiria and Porto, from October 1998 to February 1999.

The evaluation of the influence of childbirth preparation on parturients and newborn babies was applied to 53 primiparous parturients, who came into the above mentioned institutions during that same period. Both the anxiety levels ("STAI" scale) and the pain levels (Mcgill/Melzack questionnaire) were evaluated on parturients, as well as the duration of childbirth labour, the quality of childbirth (eutocycque, dystocycque), the analgesia and the induction/potentialization of childbirth labour. The Apgar Index was evaluated on new born babies at the first and fifth minutes.

An Inventory of the Health Professionals' Attitudes regarding Childbirth Preparation (IACP) has been designed and validated in order to analyse health professionals' attitudes towards childbirth preparation. This inventory was applied to 220 health professionals of the Maternal Health domain, working in the aforementioned institutions and during the same period of time.

The results have shown that 79% of parturients didn't undergo any kind of childbirth preparation and that, among those who did make some kind of preparation, the psychoprophylactic method (86%) was the most common method of childbirth preparation.

Parturients who underwent some kind of childbirth preparation presented significant lower levels of anxiety and pain than those who didn't undergo any kind of childbirth preparation.

The Inventory of the Health Professionals' Attitudes regarding Childbirth Preparation (IACP) presented good psychometric qualities (Alfa Cronbach-0,88, test/retest-0,73). It presented five factors with a particular value above one (eigenvalue), which explain 59% of the total variance. These factors show that childbirth preparation acts at the level of facilitation/collaboration of the parturient, of the emotional control of the parturient, of the emotional control of the puerpera, of communication and of parturient's co-operation with the health professionals.

Physicians and nurses do not present significant attitude differences regarding childbirth preparation. Nevertheless, there are statistically significant attitude differences concerning childbirth preparation among health professionals with and without specific training as far as the childbirth preparation is concerned, this is to say, trained professionals show much more favourable attitudes towards childbirth preparation.

The study also shows that there are statistically significant attitude differences regarding childbirth preparation among level one nurses (generalists) and level two nurses (specialists). Specialist nurses (level 2) present significantly more favourable attitudes concerning childbirth preparation than generalist nurses (level 1).

1 - INTRODUÇÃO

No primeiro capítulo será apresentado o preâmbulo e o enquadramento teórico, onde são abordados aspectos relacionados com a maternidade, nomeadamente: a sexualidade e a maternidade, a gravidez como uma fase de desenvolvimento psicológico, o trabalho de parto e parto, a ansiedade e a dor no trabalho de parto, assim como, os métodos de preparação para o parto. A concluir o capítulo será apresentado o problema em estudo.

1.1 - Preâmbulo

A maternidade é tão antiga como a humanidade. Ser mãe e em especial pela primeira vez, é um dos acontecimentos mais importantes na vida de uma mulher. Representa tanto um desafio à sua maturidade, como uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades familiares e sociais.

Pode comprovar-se através da arte rupestre, que o homem sempre enalteceu a maternidade, já que se podem admirar algumas pinturas que retratam o nascimento humano.

As práticas ligadas à gravidez e ao parto, assim como os momentos e acontecimentos que fundam uma comunidade, representam emaranhados de regras individuais e colectivas com raízes muito profundas. Por isso, vão-se alterando lentamente e imperceptivelmente. As práticas inovadoras que se juntam às já existentes, são quem as transformam e alteram. Ficam porém, sempre resíduos, restos dessas práticas antigas. Assim se adquirem e transformam o

saberes feitos de bocados novos e velhos. O antigo e o novo ligam-se, para deles surgir outra coisa diferente.

O parto como fenómeno natural e biológico é elemento importante no fenómeno cultural com peso em vários factores sociais e religiosos que têm contribuído para que a gravidez e o parto tenham sido encarados ao longo dos tempos de uma forma tão diversa.

Poucas são as grávidas da cultura ocidental, que encaram o nascimento dos seus filhos, como um acto que elas próprias podem de algum modo controlar, condicionando elas mesmo o nascimento. Estas atitudes devem-se ao facto de, ainda hoje, as mulheres continuarem a ser influenciadas negativamente em relação ao parto, associando o nascimento a um tipo de dor “como nenhuma outra” (Vellay,1995). Quando se fala às jovens na gravidez e no parto, fala-se como se fosse um filme de terror. Estas histórias passam de geração em geração e fazem com que um acto fisiológico, tão natural como qualquer outro seja transformado em sofrimento.

O parto é um momento de profunda alegria e realização na vida de uma mulher. Os técnicos de saúde ligados à maternidade começam, no entanto, a ter a preocupação de possibilitar nascimentos o mais natural possível em que todas as grávidas possam ter a oportunidade de serem activas no processo do nascimento do seu filho, na presença do marido ou companheiro.

Desde 1984, a legislação portuguesa (Lei nº4/84 de 5 de Abril), incentiva a protecção da maternidade e paternidade, promovendo a informação e o recurso a métodos de preparação para o parto, nos serviços públicos de saúde nem que para isso, tenha que:

Proceder à adequada reformulação dos currículos de obstetrícia relativos a médicos, enfermeiros e restantes profissionais de saúde (alínea l do artigo 7).

Em Julho de 1988, o Parlamento Europeu criou a *carta dos direitos da parturiente*, que aborda aspectos que estão relacionados com a gravidez e o parto. No seu preâmbulo, diz-se que o parto tem perdido o seu carácter espontâneo e natural e que a ciência médica tradicional nem sempre tem conseguido abordar o parto como um processo fisiológico natural. Tal tem-se reflectido no desenvolvimento de modelos assistenciais que respondem às necessidades da organização médica, mas nem sempre correspondem às necessidades da mãe e da criança.

A *carta dos direitos da parturiente* enuncia princípios relacionados com o parto e a gravidez, dos quais destaco:

- A participação, com o companheiro, em cursos de preparação para o parto, para conhecer o desenvolvimento da gravidez e parto, do ponto de vista psíquico e físico bem como as técnicas e os métodos mais usuais;
- A escolha do lugar (em casa, hospital) e das modalidades (posições) do parto, assim como do tipo de aleitamento;
- A assistência, no caso de parto no domicílio;
- A possibilidade de parir no momento oportuno, quer dizer sem que o parto seja acelerado ou retardado, nem mesmo fora das horas normais de trabalho do pessoal ao domingo, à noite e em dias feriados;
- A presença, durante as dores e o trabalho de parto, duma pessoa escolhida pela parturiente, se possível o seu companheiro;

- A possibilidade da mulher grávida ser consultada sobre a terapêutica e tratamentos a que vai ser submetida, assim como dos riscos que têm eventuais terapêuticas de substituição;
- A possibilidade para a mãe, de ter durante todo o período de internamento, o recém-nascido junto dela, de o alimentar seguindo as necessidades da criança mais do que em função dos horários hospitalares;
- A possibilidade para o pai ou para outras pessoas da família, de visitar a puérpera e o recém-nascido, sem restrição de horários;
- A inserção no quadro dos acordos sindicais da possibilidade da mulher grávida e do seu companheiro participar em aulas de preparação para o parto, durante o horário de trabalho.

A referida carta solicita, ainda, às Instituições e aos Estados que divulguem e encorajem algumas medidas que implementem estes princípios. É nesta perspectiva que, hoje em dia, é cada vez mais frequente a preocupação na implementação de métodos de preparação para o parto. No entanto, estes métodos estão pouco divulgados na nossa sociedade; ou seja, por uma questão de interesses, ou seja por poder perturbar o “modus operandi” das instituições hospitalares.

Em Portugal, poucas são as instituições oficiais de saúde que têm implementado métodos de preparação para o parto; das que o efectuam, a grande maioria realiza a preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico. Este método envolve toda a família proporcionando um comportamento activo da mulher e do marido, na preparação e no parto diminuindo os níveis de ansiedade e percepção de dor.

O motivo de interesse pelo estudo deste tema é assim justificado pela repercussão do método psicofilático, nos níveis de ansiedade e dor nas parturientes, bem como sobre o funcionamento organizacional de algumas instituições de saúde em Portugal.

A bibliografia consultada demonstra que as grávidas preparadas, têm comportamentos mais activos durante todo o processo relacionado com o nascimento do filho e que, à medida que o trabalho de parto progride, tanto os níveis de ansiedade como a dor atingem níveis mais elevados. Por conseguinte, os profissionais de saúde ficam sujeitos a uma tensão emocional muito mais elevada.

Para Davies (1985), as organizações têm de assumir a responsabilidade da identificação, prevenção e tratamento das situações típicas de esgotamento dos seus profissionais. Refere, ainda, que a deterioração da saúde física e psíquica dos profissionais de saúde dá lugar ao aumento dos índices de absentismo, provocando atrasos e baixas na produtividade.

Os objectivos deste estudo consistem, em apresentar dados que nos descrevam o contexto em que se desencadeia o trabalho de parto nas instituições de saúde, assim como avaliar a influência da preparação para o parto pelo método psicofilático nas parturientes e recém-nascidos, bem como, analisar as atitudes dos profissionais de saúde em relação ao referido método.

1.2 - Enquadramento Teórico

1.2.1- A Sexualidade, a Mulher e a Maternidade

Os progressos científicos e técnicos do século XX têm permitido uma análise cada vez mais objectiva da sexualidade. No entanto, paira, ainda, sobre nós o medo e a noção de pecado o que origina comportamentos negativos, tanto a nível da sexualidade, como na gravidez e no parto.

A sexualidade é um dos motores da nossa existência. Faz parte da nossa vida e manifesta-se em todas as idades. É uma realidade biológica, psicológica e fisiológica, sendo sempre influenciada por factores de ordem económica e social (Vellay, 1995).

Desde que nascem, todas as crianças possuem a sua sexualidade. Logo a educação é uma dimensão que terá de estar presente em todas as fases do desenvolvimento do ser humano, de forma que a informação/instrução permita corrigir a tradição, se ela foi fonte de falsas informações, quer verbais ou escritas.

O receio do parto, bem como as dores por ele provocadas vêm desde as escrituras longínquas. O Antigo Testamento compara o trabalho de parto ... “a guerra dos inimigos e a força do vento que despedaça os grandes navios...” (Vellay, 1995).

É toda esta representação de dor, castigo e tragédia que rodeia o trabalho de parto e o próprio parto, que fez ao longo dos tempos com que as parturientes assim como as suas

famílias, rogassem aos Deuses, aos Santos e à Virgem Maria, para que tivessem uma “boa hora”, expressão ainda hoje usada para desejar que tudo corra bem no parto.

Ainda hoje existem pessoas que continuam subordinadas a certa moral religiosa, que pensam que o ter um filho terá que estar associado a dor, “senão cai-se em pecado, não se amando os filhos”. A sociedade continua a influenciar negativamente as mulheres em relação ao parto, o qual, nem sempre foi considerado doloroso, como nem sempre significou motivo de sofrimento para as mães (Soares, 1994).

Nas civilizações asiáticas e em algumas tribos africanas, o parto é visto com um acto fisiológico, encarado sob o signo da alegria e não do sofrimento, constituindo uma festa em que a mãe e todos os membros da tribo participam. Na Europa e na América do Sul é tido de uma maneira geral doloroso (Soares, 1994).

Quando se estuda a história da obstetrícia, verifica-se que de civilização para civilização, a representação do parto e o seu contexto são totalmente diferentes. Para uns é doloroso, para outros é uma festa. A diferença não está nos úteros está sim, na maneira como o cérebro da mulher regista e interpreta os sinais que o útero dá, quando em trabalho de parto.

É desde a Idade Média que se sente, que o acto de parir está adulterado. Religiões repressivas criaram sobre a vida sexual, uma imagem de algo proibido, errado, gerador de dor, reprimindo a noção de prazer, o que era considerado pecaminoso. Em qualquer circunstância, há sempre um castigo a lançar sobre o acto sexual que se reflecte sobre a consequência: o parto.

Todas as mulheres antes de serem mães aprendem através da observação, da imitação, do jogo e depois pela prática, muitos dos seus futuros comportamentos maternos. Nas sociedades ocidentais existem muitos factores que limitam estas experiências, é o facto de cada vez ser maior o número de raparigas que nunca tiveram oportunidade de tomar conta dos irmãos mais novos. A família alargada deu lugar à família nuclear. A gravidez é hoje na sua grande maioria, vivenciada sem o apoio familiar ou dos amigos, devido às alterações da estrutura social que levam a que a família seja mais restrita e com um maior afastamento físico dos seus membros.

Pedro (1985) considera que apesar de toda a informação, a sociedade não fornece os apoios necessários à futura mãe, que muitas das vezes se vê só nos grandes centros, ou com o companheiro, longe dos pais e familiares. A grávida e os jovens casais, vêm-se confrontados com uma situação para a qual não estão preparados, quer porque nunca trataram de irmãos dado que as famílias hoje são mais reduzidas, quer ainda, porque esta matéria não faz parte dos currículos escolares.

Com o propósito de tornar a gestação, trabalho de parto, parto e o período puerperal seguros, cómodos e satisfatórios para a paciente e família, tem-se dado ênfase, por um lado ao papel educativo e, por outro, ao número crescente de serviços de saúde em que se solicita cada vez mais, que o nascimento ocorra em ambiente “natural”.

Um dos factores que também influencia o comportamento materno é o papel do pai na gravidez e no momento do parto. Durante o parto, o pai pode também desempenhar um papel activo e participante que possa constituir um “apoio efectivo” para a mulher durante e depois do parto, atenuando os efeitos nefastos do parto, quer em relação à mulher como em relação

ao filho. Ser pai é um facto que advém de se aceitar uma relação mais ou menos permanente com a mãe do bebé, que se revela no interesse, que o marido tem no envolvimento da gravidez e parto, o que está relacionado com o tipo de relação que existe entre o casal.

Iturra (1991) defende que não existem outros motivos para ter filhos que não seja o amor que se tem a essa mulher. Logo, se esse amor existe, o envolvimento com a gravidez e com o parto será mais que evidente.

Newton e Newton, citados por Pedro (1985), revelam numa das poucas investigações sobre esta matéria, que as mulheres com companhia durante o parto estão mais sossegadas e relaxadas, manifestando mais prazer no primeiro contacto com os seus filhos. Contudo, é necessário propor modificações tanto no espaço, como nas atitudes hospitalares, no sentido de ser permitido um maior contacto entre a tríade pai-mãe-filho. O pai terá de passar a ser considerado e respeitado como uma pessoa significativa e indispensável tanto antes, como durante e após o parto.

Também a escolha do local onde a criança vai nascer, constitui na última fase da gravidez uma das grandes preocupações da mulher. Na Holanda, os partos são na grande maioria efectuados em casa e só, o grupo de mulheres de alto risco é que vai para o hospital. Em Inglaterra e nos Estados Unidos, há a ideia de que é impossível determinar quais as mulheres em risco, por isso os partos fazem-se em meio hospitalar, existindo cada vez mais a tendência para que os hospitais e maternidades possuam serviços que forneçam um ambiente semelhante ao de casa.

Klaus e Kenell, citados por Pedro (1985) chamam “êxtase” ao estado da mulher quando pare em sua casa, e para isso, evocam as seguintes razões: participação mais activa da mulher, participação dos familiares em todo o trabalho de parto, apoio afectivo que a mulher recebe dos parentes e amigos, facilidade de contacto mais próximo e imediato com o bebé a seguir ao nascimento, e oportunidade de uma alimentação ao peito mais precoce.

Max Ploquin (1996) refere “que o desaparecimento das clínicas rurais em França teria sido uma catástrofe” e que “os supermercados nunca substituirão as pequenas mercearias na vida de uma localidade”. Referiu, ainda, que ao desorganizar totalmente o humanismo do nascimento, através da criação dos “supermercados do parto”, não só não é certo que se realizem economias substanciais, mas também podemos duvidar da diminuição da mortalidade e morbidade fetal, assim como, nos arriscamos a agravar a deficiência actual das relações afectivas e emocionais entre os membros principais da família: mãe, bebé, pai, avós e as amizades da vizinhança.

Em Portugal, é quase impossível defender o parto fora do hospital dado os índices de mortalidade neonatal serem ainda muito altos e se encontrar fortemente enraizado o parto hospitalar. Começa-se, no entanto, a discutir e a avaliar o tipo e a forma de intervenção na monitorização durante o trabalho de parto.

Os aparelhos de monitorização são em muitas situações tão necessários como intrusivos. Se por um lado a valorização excessiva dos traçados cardiotocográficos levou a um aumento de partos distócicos, por outro, evitaram muitas lesões do sistema nervoso central. É também reconhecida por parte dos obstetras, a urgência na modificação das rotinas nomeadamente a posição da mulher durante o trabalho de parto e o próprio parto. É

importante que os profissionais de saúde obtenham informações sobre a forma de atendimento nas maternidades e sobre os resultados dos cuidados proporcionados à mãe e ao filho.

Pedro (1985) refere que as maternidades em Portugal estão ainda embebidas de uma terminologia e de um espírito hospitalar. Fala-se em “doentes” ou em “camas”, em vez de grávidas.

Quase todas as grávidas que recorrem ao serviço de saúde, maternidade ou não, deparam com um sistema demasiado rígido que não tem em conta a satisfação das suas necessidades humanas básicas e a sua individualização como ser bio-psico-social. Os medicamentos, a aparelhagem e as ocorrências quotidianas estão mais de acordo com uma vivência da patologia, do que com processos fisiológicos normais.

A grávida geralmente vai sozinha para a maternidade ou então o marido acompanha-a só até à porta. O médico ou a enfermeira que a acompanhou durante a gravidez não estão em geral presentes, ou porque a sua gravidez foi seguida particularmente, ou porque as instituições assim o não permitem.

A parturiente fica num ambiente hostil onde não conhece ninguém. Para conversar limita-se a fazê-lo com a grávida do lado, igualmente só e ansiosa. Fica proibida de andar muitas das vezes até de mudar de posição, mesmo quando refere que é isso que lhe apetece. Por vezes o médico ou a enfermeira aproximam-se para a observarem, ou medicarem e são frequentes os erros pelo “dito” e o “não dito”.

Na sala de partos as mulheres continuam sós, afastadas da família e dos amigos. A posição em que vai ficar é obrigatoriamente a de rotina, é frequente estar confusa e adormecida devido à medicação administrada. Sendo assim, a sua colaboração será só parcial, os partos distócicos frequentes e, quando o bebé nasce poderá vê-lo só de relance.

Estamos numa época em que cada vez mais se assiste à indução do parto, à epidural e a um aumento do número de cesarianas. As induções para além de ultrapassarem as indicações médicas normais (como por exemplo, o pós termo, a diabetes ou a hipertensão), são também fórmulas de conforto para a parturiente, da equipa médica ou de enfermagem, para já não dizer por razões económicas ou de programação da ocupação das camas. Assistimos a induções cada vez mais precoces, por vezes quinze dias a três semanas antes da data prevista do parto. As razões evocadas são as da eficácia, da prevenção, prever a presença do médico, da parteira, do pediatra, etc.

Podem-se realmente programar os partos, mas nem sempre se domina o seu desfecho. As induções não são sempre previsíveis e, reconhece-se que apesar dos meios mais modernos de amadurecimento do colo uterino (prostaglandinas, etc.), surgem em certos casos, complicações que põem em perigo a criança provocando sofrimento fetal e, acabando na maioria das vezes em cesariana.

Para além das induções, assiste-se também à instauração cada vez mais precoce e quase sistematicamente da epidural. Ela faz parte dos abusos mais actuais, porque normalmente é instaurada sem o acordo das parturientes.

É urgente que toda a mulher possa planificar com a equipa de saúde desde o início da sua gravidez, as opções para cada passo do processo dinâmico que é o parto. Deve-lhe ser proporcionado toda a informação necessária a todas as fases do parto.

Cabe às equipas de saúde materno-infantis, a responsabilidade de garantir a decisão da parturiente, tanto sobre os métodos de preparação para o parto como os de intervenção terapêutica.

1.2.2- A Gravidez numa Perspectiva de Desenvolvimento Psicológico

A gravidez é consensualmente considerada uma das fases mais importantes da sexualidade da mulher, devendo “integrar-se na vida da mulher como um acontecimento feliz e não como uma má recordação” (Vellay,1995).

Maldonado (1976), citando Caplan, Erikson e outros, refere que a tendência da psicologia do desenvolvimento é o de analisar o desenvolvimento psicológico como um contínuo que se prolonga pela vida, passando por vários períodos de crise, que constituem pontos decisivos ou de crescimento emocional, que determinam o estado de saúde ou doença mental. Quer isto dizer, que os indivíduos não param de crescer e há sempre alterações, reestruturações e reintegrações da personalidade. Defende que no ciclo vital da mulher há três períodos críticos de transição que, constituem uma fase do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e a menopausa.

Estes três períodos de tensão biologicamente determinados, são caracterizados por mudanças metabólicas de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudança

envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos.

A gravidez é um desafio à adaptação de qualquer mulher como pessoa no seu equilíbrio cósmico, onde se projectam os seus sonhos, as suas ansiedades e as suas defesas. Traduz-se num esforço tanto físico como psicológico. É um processo normal de desenvolvimento da mulher, que exige uma reestruturação e reajustamento. A mulher passa a olhar-se e a ser olhada de uma forma diferente; verifica-se uma nova definição de papéis. Também no homem se verifica este processo de mudança. A paternidade deve ser considerada como desenvolvimento emocional, social e afectivo.

O reajustamento dos vários mecanismos responsáveis pela manutenção da homeostase psíquica e biológica da mulher grávida, consomem a maior parte da energia disponível neste período da vida. O imaginário cruza-se com o presente na génese de um novo papel como mulher e esta adaptação, absorve a maior parte do tempo útil da grávida.

A grávida, ao preparar-se para ser mãe, vai percorrer de novo caminhos da sua infância, recria experiências não concluídas ou não satisfatórias. O brincar às casinhas ou às mães durante a infância, prolonga-se em vivências, onde, por vezes, é difícil distinguir, no tempo, onde acabou o jogo, a fantasia e onde começou a realidade. Assim, a gravidez pode ser considerada como um período de “crise”; entendendo-se “crise” como uma “perturbação temporária de um estado de equilíbrio”.

Maldonado (1976) considera, que toda a situação de crise constitui uma verdadeira encruzilhada em termos de saúde mental e que a solução de cada pessoa para resolver essa

crise pode ser para uns saudável e para outros doentia. No entanto, implica sempre ou uma melhoria no nível de integração e amadurecimento da personalidade, ou um maior ou menor grau de desintegração, desorganização e desajusto da personalidade.

Qualquer intervenção durante o processo de gravidez e parto, tende a ser emocionalmente vivenciada e integrada de um modo mais ou menos adaptado e ajustado, do que quando oferecida em períodos de equilíbrio estável. Quando os mecanismos defensivos e adaptativos se encontram mais rigidamente estruturados, há maior hesitação para enfrentar mudanças.

Maldonado (1976) fala-nos, ainda, de que as alterações provocadas pelo nascimento de uma criança, não são só a nível das variáveis psicológicas e bioquímicas, mas também a nível dos factores afectivos e sócio-económicos.

A mulher, principalmente nas áreas urbanas, trabalha fora de casa, é responsável também pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, profissionais e sociais. O facto de ser mãe acarreta consequências bastante significativas. Falamos de privações afectivas, sociais, económicas e do aumento da tensão. A preocupação com o futuro aumenta e as necessidades da grávida intensificam a sua frustração, gerando raiva e ressentimento que impedem de encontrar gratificação na gravidez.

O considerar a gravidez como situação de crise não quer dizer que esta termine com o parto, pois algumas alterações maturacionais manifestam-se após o parto. O puerpério pode ser considerado como uma nova crise, já que ele vai implicar novas alterações fisiológicas a nível da rotina e das relações na família. É importante realçar que o nascimento de um

criança é uma experiência familiar importante, na qual todos os seus membros devem participar e empenhar-se. Isto quer dizer que a assistência pré-natal, engloba não só a grávida e o novo ser, como também toda a família.

Howes, citado por Pedro (1985), considera a família como um organismo com uma dinâmica própria, como um sistema organizado com uma estrutura característica e inúmeros canais de comunicação. Por isso, é natural que qualquer acontecimento que ocorra numa das partes, venha a afectar todo o sistema. Assim a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo. O relacionamento entre marido e grávida contribuirá muito para a aceitação ou rejeição da gravidez e para o bom ou mau comportamento da grávida durante o trabalho de parto.

Pedro (1985) refere que a mulher, no seu processo de maturação, transporta consigo toda a experiência vivida "in útero", os factos próprios do seu nascimento, as suas experiências bio-psico-sociais da infância e ainda, os seus inconformismos, revoltas e identificações da adolescência. O equilíbrio, que é adquirido na sua transição para a idade adulta, é fruto de vários factores dos quais só ela se apercebe na expressão global que se identifica com o seu mundo afectivo e social.

Com o "terminus" da gravidez vem o parto; também ele é um momento crítico que marca o início de uma série de alterações significativas. Segundo Maldonado (1976), aproximar desta data contribui para aumentar a insegurança e a ansiedade da grávida, devido à incapacidade de se saber como este se vai desenrolar. O parto é vivido pela grande maioria das mulheres como um salto no desconhecido. Maldonado (1976) refere, ainda, que, enquanto que a gravidez se desenrola de uma forma lenta e progressiva, em que as alterações se vão

dando progressivamente, o parto é um processo brusco que introduz alterações drásticas e intensas. Bruscamente há uma alteração do esquema corporal, cuja involução é rápida comparando com a modificação gradual que se operou durante a gravidez.

O mesmo autor refere, ainda, que a elaboração de sinais prognósticos da qualidade do parto é uma questão em que entram muitos factores: história pessoal, contexto sócio-cultural, nível de informação sobre o processo do parto, características, etc.

De acordo com Colman e Colman (1994), “universalmente as mulheres grávidas vivem a gravidez tanto como um acontecimento psicológico como físico”. Os mesmos autores salientam que as mudanças da imagem do corpo, as secreções hormonais, a confusão de apoios circundantes em mudança e as expectativas culturais são inevitavelmente espelhadas na vida mental das grávidas.

Os primeiros meses de gravidez são percebidos e sentidos de forma diferente por diversas mulheres, algumas sentem uma grande energia e bem estar geral. Uma mulher quando sabe que está grávida, pode sentir-se contente, orgulhosa, ambivalente, receosa, zangada, deprimida ou qualquer combinação de emoções, apresentando a sua reacção à gravidez variações, nomeadamente, em função da idade, estado civil, recursos económicos, objectivos da carreira, valores pessoais e expectativas em relação à maternidade.

Muitas mulheres principalmente as primíperas, vivem sonhos particularmente repletos de ansiedade, tais como: o bebé nasce com uma anomalia ou que é raptado na enfermaria. Muita da ansiedade e das fantasias maternas são consideradas por Brazelton como

mecanismos saudáveis de ajustamento a um novo equilíbrio psicológico susceptíveis de contribuir para uma reorganização da mulher face ao novo papel (Pedro, 1985).

O 2º trimestre é um período de alterações físicas para a mulher: o peso aumenta, o busto também, o abdómen começa a salientar-se. A mulher pode sentir-se perturbada por estas alterações na sua figura, ou pode estar contente com o seu corpo e ansiosa por fazer saber ao mundo inteiro que está grávida.

Ao contrário do que geralmente acontece no 1º trimestre, pode-se notar um aumento da pulsão sexual, em alguns casos a pulsão sexual é mesmo mais elevada do que fora da gravidez. Este trimestre é geralmente um período de relativa tranquilidade e confiança. A maioria das mulheres ajustou-se ao facto de estar grávida e sente-se mais energética do que nos primeiros meses de gravidez, constituindo a elevação na sensualidade e não são raras as vezes, a experimentação do primeiro orgasmo (Master, Johnson e Kolodny, 1992).

No terceiro trimestre nota-se uma diminuição importante da pulsão sexual, devida a quatro elementos fundamentais: uma maior fadiga, condições impostas pelo médico, a atitude do companheiro e medo de traumatizar o bebé (Vellay, 1995).

Neste trimestre haverá um misto de sentimentos: orgulho e realização pessoal, com alguma ansiedade na antecipação do desconhecido que fisicamente pode ser desconfortável, no momento do nascimento (Colman e Colman, 1994). Ocorre um número cada vez maior de modificações fisiológicas em que, a contagem decrescente para o momento do parto explica facilmente os níveis de ansiedade elevados, tanto na grávida como na família mais próxima.

Segundo um estudo efectuado por Rofe, Blitter e Lewin (1993), os sintomas mais significativos no 3º trimestre são a ansiedade e o “distress” emocional.

1.2.3 - A Ansiedade na Mulher Grávida

Perante o parto, a resposta emocional que normalmente a mulher exhibe é a ansiedade ou seja, toda a apreensão, pavor, pessimismo ou dificuldade que a parturiente relaciona com o momento que está a viver.

Freud (1920), citado por Pessoti (1978), escreveu que “o desenvolvimento da ansiedade é a reacção do *ego* ao perigo e o sinal preparatório para a fuga....”

Mandler e Watson (1966), citados por Pessoti (1978), defendem que “a ansiedade aparecerá quando o organismo, interrompido no meio de sequências bem organizadas de comportamento ou na execução de um plano bem desenvolvido, não tem comportamento alternativo disponível”.

Lazarus (1966), citado por Pessoti (1978), defende que a ansiedade é a resposta a uma ameaça e que “é enganoso afirmar que a ansiedade motiva o comportamento. De facto, se ela atua como um sinal, ela motiva, em sentido estrito, o comportamento. É a ameaça que o motiva”.

Rollo May (1973), citado por Pessoti (1978), define a ansiedade como a apreensão sugerida por uma ameaça a algum valor que o indivíduo reputa essencial à sua existência como *Eu*. As várias definições diferem em aspectos como a dimensão temporal, o grau de

inclusividade, a natureza das condições determinantes, a dimensão valorativa. Tal torna difícil a classificação, bem como qualquer tarefa que tente ordenar o conhecimento na área da ansiedade a partir de uma classificação das principais definições existentes.

Ao abordarmos a ansiedade no parto temos que a distinguir do medo. Sendo sintomas muito idênticos eles derivam de fontes diferentes. Enquanto que no medo a fonte de perigo é conhecida e pode ser identificada; na ansiedade, não. A ansiedade é vaga, diz respeito ao futuro e resulta de conflito psicológico; o medo, porém, é definido e diz respeito ao presente, resultando de uma ameaça específica à integridade física.

Se é verdade que as pessoas sentem ansiedade numas situações e noutras não, também é verdade que uma situação numa pessoa em determinado momento pode originar ansiedade e noutra não.

Durante o trabalho de parto, podem ocorrer muitas reacções. Se há parturientes que têm contracções de grande intensidade (90 mm Hg), de longa duração (60') e, conseguem estar calmas, colaborantes, com um sorriso na face; outras há, que, ao menor sinal de contracção, gritam, choram e não seguem as orientações que os profissionais de saúde lhes dão. Também uma mulher num primeiro parto pode estar calma e colaborante e no próximo fazer os maiores "distúrbios".

A ansiedade varia com a percepção individual que por sua vez, depende do quadro psicossocial, da educação, do grau de maturidade e das experiências de vida. A ansiedade tem muitas causas e é produzida por situações de frustração, conflito ou *stress* que ameaçam a segurança física ou mental de uma pessoa.

Santos (1993) cita um trabalho realizado por Loesch e Greenberg, em que a gestação tinha sido vivenciada com sentimentos mistos de exaltação e incerteza num pano de fundo, no qual, tinham ocorrido frequentemente estados de ansiedade e depressão.

Soifer (1992) afirma que na gravidez, a ansiedade pode ser o resultado do temor de vir a ter um filho disforme, do medo de morrer no parto, da angústia de estar com o corpo disforme e do medo que ele assim permaneça. Um estudo realizado por Figueiredo (1983) não encontrou diferenças estatisticamente significativas de ansiedade ao longo dos meses de gravidez. Outros estudos revelam valores mais elevados de ansiedade e depressão no 1º e 3º trimestre do que no 2º e um pico por volta dos nove meses, ou seja, com a aproximação do parto (Rofe, Blittner e Lewin, 1993).

As implicações dos estados emocionais da mãe, como a ansiedade, o *stress* e a depressão, durante a gravidez, parto e pós parto tem sido objecto de várias investigações. Os elevados valores de ansiedade têm sido particularmente responsabilizados por perturbações e complicações no parto, com aumento da mortalidade e morbidade no bebé e mãe, o que estaria em relação com o prolongamento e grande variabilidade do trabalho de parto.

Pagel, Smilkstein, Regen e Montano (1990) realizaram um estudo que envolveu a participação de 100 grávidas, tendo verificado que o nível de *stress* contribuía para as diferenças significativas de peso à nascença, assim como no Índice de Apgar.

Omer e *al.* (1986) referem uma associação entre os níveis de ansiedade e o parto prematuro, assim como com as contracções prematuras no parto de termo. Vartiainen (1990) encontrou uma ligação entre ansiedade e os resultados gerais da gravidez.

Crisóstomo, Oliveira, Saraiva e Gonçalves (1994) referem também que os estados de ansiedade durante o parto poderão por si só determinar efeitos indesejáveis, tais como o aumento do tónus uterino e do consumo de oxigénio, hiperventilação e consequente hipocapneia, e mesmo arrastamento do trabalho de parto, efeitos considerados nefastos para o feto.

Reading (1983) refere que encontrou dados consistentes sobre as implicações directas da ansiedade, na fisiologia uterina e na saúde e desenvolvimento fetal, assim como a predisposição para os comportamentos contra-indicados na gravidez: o consumo de álcool e tabaco. Poland, Giblin, Lucas e Sokol (1986) encontraram ligação entre ansiedade e a patogénese da hipertensão induzida pela gravidez. Van der Bergh (1990) verificou que os fetos das mães com elevados índices de ansiedade tendiam a ser mais activos, reflectindo-se esta influência no período pré-natal e no comportamento neonatal.

Algumas investigações realizadas revelaram que as grávidas altamente ansiosas vivenciam a gravidez de uma forma mais pessimista, bem como apresentam maiores níveis de complicações no parto. Também apresentam maiores índices de depressão no pós parto, mais preocupações acerca dos bebés, delas próprias e das relações conjugais, assim como menor confiança nas suas capacidades para prestação dos cuidados ao bebé e maiores dificuldades de amamentação (Barnet e Gordon, 1986). Musaddiq (1987) encontrou relação entre ansiedade e depressão e a existência de sintomas como náuseas, vómito e ameaças de aborto.

Por outro lado, Santos (1993) sugere que a presença de reacções ansiosas no clima vivencial da gestação pode constituir a expressão da dinâmica psicológica saudável que facilitaria o estabelecimento dos elos de ligação da mãe para com o filho, questionando pois

ideia segundo a qual, a ausência total de ansiedade na gravidez representa a condição mais favorável ao desenvolvimento das relações materno-infantis.

1.2.4- O Trabalho De Parto

Mendes (1991) define o trabalho de parto como o acto de passagem do novo ser ao ambiente extra-uterino, implicando importantes mecanismos de adaptação por parte do organismo humano.

O mesmo autor definiu-o, em 1996, como “o conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal do parto e à sua expulsão para o exterior”.

A causa exacta e o mecanismo que provoca o trabalho de parto são desconhecidos existindo evidências que se apoiam num fundamento hormonal (Oxorn, 1989).

Diversos autores descrevem o trabalho de parto em períodos. Segundo Mendes (1991) o período de dilatação inicia-se com as primeiras contracções uterinas dolorosas que modificam activamente o colo (amolecimento, dilatação e termina com a dilatação completa 10 cm (...); o período de dilatação é o mais longo do parto (primíperas 8-12 horas e múltíperas 8 horas).

Para Oxorn (1989) o período de dilatação vai do início do trabalho de parto verdadeiro até à dilatação completa do colo, dura geralmente 6 a 18 horas na primigesta e 2 a 10 horas na múltípera.

Fredman, citado por Graça (1996), dividiu o primeiro estágio em duas fases principais, que designou por fase latente e fase activa. A fase latente é a que decorre desde o início das contracções regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação; inicia-se então a fase activa, durante a qual o colo se dilata a maior ritmo até ser atingida a dilatação completa.

A duração da fase latente é muito variável e pode ser influenciada por factores externos tais como a sedação da parturiente que a prolonga, ou pode ser mais curta devido à contractilidade uterina por ocitócitos. Ao contrário, a fase activa tem ritmo e duração mais previsíveis, sendo as suas características que permitem prever o desfecho de um dado trabalho de parto (Graça, 1996).

A determinação do tempo normal de trabalho de parto torna-se mais subjectiva se levarmos em conta que o trabalho de parto não deve ser excessivamente rápido nem demasiado prolongado, pois ambas as situações acarretam complicações maternas e fetais. Deve ser adequado a cada mulher de forma a que ela o recorde como um momento maravilhoso e fundamental na sua vida.

O período expulsivo é considerado a partir da dilatação completa do colo até ao nascimento do bebé; a duração média é ligeiramente inferior a 20 minutos nas múltiparas e pouco menos de 50 minutos nas primigestas (Oxorn, 1989).

Este período é mais curto e mais intenso do que o primeiro; é muito importante a colaboração consciente da mulher, já que, ao contrário das contracções uterinas que não

dependem da vontade da mulher, a força contráctil do diafragma e da parede abdominal são controladas pela parturiente, sendo mais eficazes quanto mais correctamente utilizadas.

Mendes (1991) refere que se o período expulsivo se arrastar, torna-se penoso para a parturiente e com alguns riscos para o feto, devendo o médico obstetra optar pelo parto instrumentado ou cesariana.

O terceiro período é o que decorre desde o nascimento da criança até à expulsão da placenta e membranas ovulares, demora entre 5 a 20 minutos (Mendes, 1991).

Os autores consideram que o facto do trabalho de parto ser mais demorado nas primíperas do que nas múltíperas, deve-se principalmente à maior resistência oferecida pelo colo, pelas partes moles da vagina, do assoalho pélvico e pelo períneo.

O comportamento da parturiente é importante. Durante o período de dilatação, o trabalho de parto progride mais rapidamente se a parturiente mantiver um bom relaxamento e uma respiração adequada desde o início. Evitando esforços expulsivos, mais rápido será o processo de dilatação (Oxorn, 1989). No período expulsivo, a parturiente tem de se esforçar fazendo força para baixo a cada contracção e descansar entre elas. Quanto mais eficientemente a parturiente executar o esforço expulsivo, menor será a sua duração.

A mulher, que tenha sido preparada para ter um comportamento adequado a cada momento do trabalho de parto, está munida de recursos que lhe permitem um parto mais natural.

1.2.5- A Dor da Parturiente

A dor é para todo o indivíduo uma experiência subjectiva, emotiva e pessoal com linguagem própria. É de entre todas as sensações desagradáveis que vivenciamos, o sintoma que não se trata, apenas, de uma resposta fisiológica, mas perceptiva. A dor é, sobretudo, devido à consciência que se tem dela, antecipando respostas emocionais diversas como o medo, ansiedade, isolamento e agressividade.

As reacções de cada indivíduo à dor representam diferentes atitudes, em função da interpretação que o sujeito aprendeu a dar-lhes. Assim, o aparecimento de um novo episódio de dor cria no sujeito expectativas cujas implicações imaginárias podem levar à intensificação desse episódio doloroso ou, por oposição, se houver a perspectiva de cura ou alívio da dor, a ansiedade ou outros sintomas serão vivenciados de uma forma mais adaptada.

A percepção e a consciência que se tem da dor dependem de um conjunto de factores tais como: factores culturais, circunstâncias de momento, experiências anteriores, sua representação, etc. Mas a capacidade do sujeito se ajustar ao impacto, que o estímulo doloroso tem nele, faz emergir outros factores que têm uma dimensão importante na forma vivencial da dor (Lopes, 1990).

Ao admitirmos a influência dos factores psicológicos e sócio-culturais (entre outros) no indivíduo que vivencia a dor, estamos a admitir que a percepção e as respectivas respostas à dor são diferentes de pessoa para pessoa.

A dor não é como as outras modalidades sensoriais. Não é uma sensação mensurável, é uma experiência, cuja natureza depende não só da natureza dos estímulos, mas também dos mecanismos de percepção e da sua interpretação cerebral.

A partir de 1968, com Melzack e Casey, o fenómeno doloroso começou a ser encarado numa perspectiva multidimensional, em que se considera produto da interacção dinâmica de três vectores: O primeiro - sensorial-discriminativo - baseia-se, em que a função é a de transmitir a estimulação nociva, informando com precisão a intensidade, localização, duração e qualidade da dor. O segundo - motivacional-afectivo - caracteriza a dor como desagradável e/ou adversa; facto que gera no sujeito a ocorrência de distintas respostas emocionais tais como, o medo, a ansiedade, a depressão e o que motiva o seu comportamento para a fuga e/ou o evitamento da estimulação nociva. O terceiro - cognitivo-avaliativo - baseia a dor, enquanto função das experiências anteriores do sujeito, do contexto sócio-ambiental em que se produz, dos valores culturais e crenças dos benefícios secundários e dos tipos de pensamentos ou actividade cognitiva.

Engel (1959) refere que diversos estudos psicológicos e antropológicos demonstram que no Homem, os aspectos qualitativos e quantitativos da dor recebem influências modulares provenientes não só do tipo de uma provável lesão, mas também das vivências anteriores da suas recordações e ainda da capacidade individual para compreensão das causas e consequências do fenómeno doloroso.

A dor assume assim significados diferentes: intrapsíquicos, interpessoais e sócio-culturais, dependendo estes dos mesmos factores que para o sujeito determinaram a modulação da sua personalidade (Pilowsky, 1978).

A percepção da dor pode apresentar características simples e imediatas, no entanto, as investigações de que foi alvo evidenciam-na como uma experiência subjectiva dependente da aprendizagem cultural e do significado atribuído à situação, bem como influenciada por outros factores essencialmente individuais.

Melzack (1982), citando Sternbach e Tursky (1965), refere que para alguns autores, as variações inerentes à experiência dolorosa residiriam nas diferenças dos limiares de dor entre os sujeitos. Porém, outros autores, revelam que todos os indivíduos, sem distinção cultural, têm o mesmo limiar de sensação, contudo, os antecedentes culturais exercem uma influência considerável sobre o limiar de percepção da dor, sendo esta influência muito mais acentuada sobre os níveis de tolerância à dor.

A dor está dependente da realidade psicológica, resulta de uma experiência perceptiva cuja qualidade e intensidade dependem do passado do indivíduo, das características da personalidade, da sua interpretação da situação que gerou dor e do estado emocional do momento, bem como das expectativas respeitantes ao futuro.

A ansiedade exerce uma acção potenciadora sobre a percepção da dor. É frequente uma diminuição da tolerância à dor em sujeitos ansiosos. Neste sentido, perante uma situação dolorosa, a ansiedade assume um factor de ruptura, tornando a situação intolerável (Vallejo 1983). Reconhece-se que a ansiedade se relaciona fisiológica e psicologicamente com a dor aguda. (Castelenau e Pouget, 1984).

A abordagem da dor implica não só a compreensão dos mecanismos neurofisiológicos mas também os factores psicológicos e sociais que lhe estão associados. Assim o problema

assenta no conhecimento da forma como o sujeito e o seu ambiente vivenciam a dor, uma vez que esta é considerada parte integrante do sistema de ligação do Homem com o seu meio e o seu envolvimento, sendo encarada no momento actual como um fenómeno sistémico e multidimensional.

Para Bonica (1977), citado por Donken (1991), a dor é um enigma, escalonando-se desde a incapacidade de a sentir, apesar da lesão, até ao seu aparecimento espontâneo na ausência de estimulação nociva. Nestor Rodrigues (1993) refere que o sofrimento é uma experiência subjectiva, comportando e encerrando elementos mais complexos e, que traduz um estado de espírito especial, distinto e potencialmente variável.

A dor pode classificar-se em termos de **duração, intensidade e origem**. Em termos de **duração** ela pode ser aguda ou crónica. A aguda caracteriza-se pela combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade. É um período transitório entre o afrontamento com a causa do ferimento e a preparação para o restabelecimento.

Relativamente à **intensidade** dependerá do limiar de dor. Melzack e Wall (1987) definem limiar de dor como sendo a intensidade com que a percepção algica é produzida por um estímulo. A International Association for the Study of Pain considera-o como “o estímulo de menor intensidade necessário para o indivíduo perceber a dor”. Por tolerância à dor entende-se “a maior intensidade de estimulação dolorosa que um indivíduo é capaz de tolerar”.

A dor não depende somente do grau de lesão orgânica, mas também das experiências anteriores, recordações e da capacidade de compreender as suas causas e consequências. El

pode ter uma conotação negativa, quando encarada como destruidora ou perigosa, ou pode ter um valor positivo, enquanto experiência enriquecedora do carácter, ou como meio para atingir um determinado *status*.

As significações da dor dependem não só do património genético, como do que é adquirido e que está ligado à aprendizagem, resultante do modo como o sujeito interagiu com o meio que o envolve. Se uma pessoa prestar atenção a situações potencialmente dolorosas, certamente vai sentir dores mais intensas do que o normal. A expectativa da dor é o suficiente para aumentar a ansiedade e, conseqüentemente, a dor sentida.

Provavelmente, as sensações da parturiente serão semelhantes em todas as mulheres; o facto de serem encaradas como dor por algumas pode depender, em grande parte, das expectativas culturais. A dor no trabalho de parto é de intensidade variável: aumenta progressivamente durante a 1ª fase do trabalho de parto, tornando-se máxima no período expulsivo. É uma dor visceral somática que compromete vias nervosas específicas. Os factores responsáveis pela dor no trabalho de parto são:

- Dilatação do colo
- Contração e distensão uterina
- Distensão da fileira genital e períneo
- Estimulação por estiramento ou compressão das estruturas anatómicas vizinhas (anexos, peritoneu, bexiga, ureter, recto, raízes do plexo lombo-sagrado, etc).

No primeiro estágio do trabalho de parto, os estímulos provenientes do colo e do segmento inferior, assim como do corpo uterino, são transmitidos por fibras sensoriais que caminham juntas com os nervos simpáticos e entram na medula espinal ao nível D10, D11

D12 e L1. Essas fibras sinopsam e fazem conexões com outras ascendentes e descendentes no corno posterior da medula espinal.

À medida que progride o 1º estadio e as contrações uterinas são mais intensas, as dores tornam-se mais fortes, estendendo-se à região infra umbilical, lombar alta e sacrada (Graça, 1996). Os desconfortos provocados pelas contrações uterinas irradiam para zonas cutâneas, distantes do estímulo inicial. Os impulsos sensitivos provenientes do útero estimulam, ao nível do segmento posterior da medula, os neurónios uterinos específicos e outros neurónios, para os quais convergem estímulos proprioceptivos viscerais e somáticos, provenientes nomeadamente da parede abdominal. Assim, na 1ª fase do trabalho de parto a dor será mais evidente nas zonas enervadas por fibras emergentes dos níveis D11 e D12, nomeadamente:

- Abdómen baixo
- Lateralmente- cristas ilíacas
- Atrás- pele e tecidos moles, das últimas lombares e primeiras sacradas

Com a progressão do trabalho de parto, outros segmentos medulares vão ser estimulados pela D10, L1 e L2: A dor será projectada na direcção do umbigo (D10), regiões nadegueiras, inguinal (D12, L1) e lombar média.

No segundo estadio do trabalho de parto, logo que o colo atinge a dilatação completa, diminui a afluência de estímulos proprioceptivos dessa zona. As contrações do corpo uterino e a distensão do segmento interior continuam, originando sensações dolorosas nas mesmas áreas de distribuição do 1º estadio. Juntam-se estímulos provocados por compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, pela distensão do períneo e pela tracção da

saída do feto. Essas sensações dolorosas possuem características somáticas intensas bem localizadas, sendo causada pelos estiramentos das fâscias, dos tecidos subcutâneos ou pela compressão dos músculos esqueléticos e aponevrose da zona perineal. Tem origem em áreas de intervenção dos nervos pudendos. As terminações nervosas perineais enviam estímulos aferentes através do nervo pudendo, até à medula espinal onde se introduzem ao nível do sacro para chegar aos segmentos S2, S3, S4. As estruturas pélvicas (bexiga, recto, etc.) são enervados pelos segmentos L4, L5 e S1 (Graça, 1996).

A ansiedade e a dor produzem através dos reflexos medulares e suprassgmentares modificações na homeostasia materna, efeitos deletérios sobre o feto e alteração na evolução normal do parto.

As repercussões da dor na parturiente em trabalho de parto podem ser:

1- ventilatórias

- Aumento do volume corrente e função respiratória;
- Alcalose respiratória;
- Hipoventilação materna no período entre as contracções;
- Diminuição da pressão de oxigénio no sangue materno.

2- cardiovasculares

- Aumento do trabalho cardíaco;
- Aumento da tensão arterial durante as contracções.

3- Metabólicas

- Aumento do catabolismo;
- Aumento do consumo de O₂;
- Perda de bicarbonato;

- Acidose metabólica que pode ser transferida para o feto.

4- Outras

- Diminuição da motilidade gastro intestinal;
- Atraso do esvaziamento gástrico;
- Aumento do risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico.

A descarga de adrenalina provocada pela dor, stress ou ansiedade, pode em casos extremos levar a hipertonia uterina, com a conseqüente repercussão sobre a oxigenação fetal. Por outro lado, a adrenalina e o cortisol têm propriedades útero-inibidoras, pelo que a sua acção se traduzirá na actividade uterina, com prolongamento na progressão do trabalho de parto (Mendes, 1996).

A nível do feto, as repercussões traduzem-se por uma diminuição do fluxo sanguíneo uterino, devida a uma elevada actividade simpática, induzida pela dor e ansiedade. Esta diminuição do fluxo sanguíneo uterino contribui para a hipóxia e comprometimento do bem-estar fetal.

A hiperventilação com alcalose que se produz durante as contracções uterinas é seguida de uma hipoventilação na fase inter-contracções, agravando a hipóxia fetal. A acidose metabólica materna, pode ser transferida para o feto, produzindo uma maior vulnerabilidade aos efeitos de asfixia intra-uterina, de qualquer origem.

1.2.6. A luta contra a dor

A tentativa de aliviar a dor da parturiente encontra-se ligada à história da humanidade tendo-se utilizado ao longo do passado vários processos para tornar o parto menos doloroso. No entanto, a luta do ser humano contra a dor foi marcada pela descoberta dos analgésicos, da qual destacamos a descoberta do clorofórmio.

Deve ter sido a rainha Vitória de Inglaterra, a primeira mulher a ter um filho beneficiando desse tipo de anestesia. Foi uma das primeiras tentativas para abolir a famosa maldição que parecia condenar a mulher a “parir com dor”.

Com o propósito de eliminar a percepção da dor sem interferir no estado de consciência surge a anestesia. Permite um parto quase indolor e simultaneamente, a participação activa da parturiente no nascimento da criança. Os vários tipos de anestesia de obstetrícia são, por razões de facilidade, classificadas em duas categorias: as anestésias que podem ser aplicadas pelo obstetra e as que exigem a presença do anestesista.

As anestésias aplicadas pelo obstetra são fármacos contra a dor que se administram quando o trabalho de parto se encontra já numa fase adiantada e que o médico utiliza no momento que achar mais oportuno.

- Analgésicos e sedativos – São medicamentos que eliminam a dor ou tranquilizam, aos quais se recorrerá sempre que o medo da dor ameace tornar-se incontrolável. Este tipo de medicamentos têm o inconveniente de serem administrados por via endovenosa, entrando por isso na circulação sanguínea; daí que não se limitem a ter efeitos locais e afectem também a criança. Em relação à mãe, poderão provocar um certo entontecimento e

diminuição da sua colaboração no parto, por conseguinte, um trabalho de parto mais demorado. Quanto ao bebé pode, sofrer vários efeitos negativos, incluindo uma certa dificuldade respiratória.

De entre os vários tipos de anestésias temos:

- Infiltração de anestésico local – É a injeção de uma droga anestésica directamente na área do períneo, onde é feita a episiotomia.
- Anestesia dos nervos pudendos - É o bloqueio do pudendo e é realizado a dez vinte minutos antes do parto. É uma anestesia local que não elimina completamente a dor e dura no máximo uma hora. A forma mais comum é a inserção transvaginal de uma agulha longa (aproximadamente dez cm) até as proximidades do nervo pudendo. Torna insensível a região que compreende a vulva e o períneo, ou seja, a zona que intervém na última fase do trabalho de parto. Utiliza-se quando o período expulsivo se apresenta difícil e quando é necessário recorrer a intervenções médicas tais como a episiotomia (ferida incisiva intensional no períneo) e a aplicação de ventosa ou forceps. Esta técnica anestésica é simples e pouco prejudicial tanto para a mãe como para o bebé.
- Bloqueio paracervical – É bloqueado o trajecto nervoso do útero durante o trabalho de parto. Existem desvantagens: a principal é originar bradicardia fetal (frequência cardíaca fetal diminuída), diminuição na viabilidade fetal e acidose fetal, sendo por isso, raramente recomendada para o trabalho de parto.

Anestésias que exigem a presença do anestesista - Aplicam-se em casos especiais quando se espera um trabalho de parto particularmente fatigante e doloroso, das quais saliento:

- A anestesia peridural – Consiste numa injeção na parte inferior da coluna vertebral que permite introduzir o anestésico no espaço peridural, localizado no interior da coluna vertebral, fora da dura-máter, na região lombar da espinha, através do qual os estímulos dolorosos chegam ao cérebro. É aplicada, normalmente, durante a primeira fase do trabalho de parto, não é dolorosa e insensibiliza, de imediato, a parte inferior do corpo, eliminando a dor durante todo o parto. A desvantagem é de que pode provocar à mãe fortes dores de cabeça e vômitos nos dois primeiros dias a seguir ao parto. Para reduzir ao mínimo estas perturbações a paciente é, normalmente obrigada a ficar na cama durante 24 horas. Para além destas reacções temos ainda, arritmias graves e notável depressão cardiovascular, bem como hipotensão, redução na perfusão útero-placentária, ocasionando a bradicardia fetal e, o aumento de partos com fórceps.
- A epidural – Também esta é injectada na coluna vertebral, entre duas vértebras lombares, mas a uma profundidade menor do que no caso da anestesia peridural. A acção do medicamento é assim, mais lenta; o seu efeito far-se-á sentir ao fim de 20 a 30 minutos, mas é mais duradouro. Normalmente não provoca na mãe qualquer complicação posterior ao parto. O facto de ter um efeito tão prolongado na mãe pode também provocar, indirectamente, uma menor oxigenação do feto.
- Anestesia raquiana – A raquianestesia (bloqueio em sela) é um tipo de anestesia usada no final do segundo período do trabalho de parto. O anestésico é injectado no cone da cavidade dural. Como no bloqueio peridural, pode ocorrer a hipotensão, seguida de bradicardia fetal.
- Anestesia geral – É também chamada “anestesia por inalação”, pelo facto de ser administrada, quer por inalação, quer por infusão. É mais utilizada nos casos de cesarianas. Este tipo de anestesia proporciona alívio imediato da dor, mas transpõe

rapidamente a placenta, desse modo, o feto pode ficar deprimido. Esta anestesia põe a mãe em risco de regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico.

- Acupunctura - É uma prática analgésica que chegou até nós vinda da medicina tradicional chinesa e que consiste em introduzir em determinados pontos da pele agulhas finas e compridas. Nos últimos anos, foi utilizada, em fase experimental, em vários centros de obstetrícia com ótimos resultados, mas o seu uso não se generalizou. São muito poucos os obstetras que trabalham em colaboração com um acupuncturista.

Pensava-se que a informação sobre determinada sensação constituía, por si só, uma preparação psicológica suficiente para reduzir a incerteza e ansiedade. No entanto, sabe-se hoje que a informação por si só não é eficaz, se não forem ensinados meios de a combater, como o relaxamento ou as técnicas de distração. Ela não faz senão aumentar a ansiedade por causa da antecipação da dor e outros desconfortos.

Melzack (1982), referido por Nestor Rodrigues (1993), diz que existe a possibilidade de diminuir a dor, quando a atenção é voluntariamente focada noutras situações, tais como jogos, filmes ou livros apaixonantes. Tal tem proporcionado um remédio caseiro simples para a dor. Além disso, Melzack e Wall (1982), citados por Nestor Rodrigues (1993), referiram que a aquisição de um sentimento de controlo parece atenuar simultaneamente a ansiedade e a dor.

Tem-se verificado, em muitos países, uma redução da administração dos fármacos às mulheres durante o trabalho de parto. Todas as investigações parecem demonstrar que os analgésicos deprimem, em maior ou menor grau, tanto a capacidade de resposta da mãe como a do recém-nascido. O conhecimento dos efeitos nocivos das drogas sobre o recém-nascido

tem proporcionado um incremento de vários métodos de preparação para o parto, os quais diminuem tanto a dor como a ansiedade à parturiente no trabalho de parto e parto, evitando o uso de fármacos.

Constata-se através dos dados estatísticos que na Holanda e na Suécia só entre 5% a 12% dos partos estão sob o efeito de analgésicos. Em oposição temos a Inglaterra com cerca de 80% e em Portugal não são conhecidos dados.

É por considerar os riscos da analgesia obstétrica, que autores como Aleksandrowicz e Pierre Vellay sugerem o emprego de técnicas de relaxamento, sempre que as condições físicas e emocionais da mulher o proporcionem.

1.2.7- Métodos de Preparação para o Parto

Noutros tempos, quando o parto era um acontecimento natural na vida de uma mulher e decorria no âmbito da família, não existiam cursos de preparação para o parto. Dava-se à luz em casa, com ajuda da parteira e das mulheres da família. O que acontecia naqueles momentos, o que se devia ou não fazer, eram coisas conhecidas que se tinha oportunidade de ver antes de as viver.

O parto era um acontecimento natural como muitos outros, sem dúvida importante e doloroso, mas que se enfrentava com conhecimento e resignação e que, na maior parte dos casos se resolvia sem grandes problemas.

Nos casos em que se verificavam complicações, a situação tornava-se dramática e, por vezes mortal, tanto para a mãe como para o pequeno ser. Para resolver estes casos, a medicina “apoderou-se” da gravidez e do parto, conseguindo proporcionar à parturiente e ao recém-nascido, uma melhor assistência, mas impondo também certos custos.

Transferido para o âmbito do hospital, o parto tornou-se uma “doença” e a mulher uma “doente” cada vez mais habituada a entregar nas mãos dos médicos o nascimento do seu filho. O ambiente familiar foi substituído por uma situação anónima e desagradável, cheia de pessoas estranhas, na qual a parturiente não sabe muito bem o que acontecerá, o que lhe estão a fazer e porquê.

No início deste século, nascem na Europa, os cursos de preparação para o parto. Um obstetra inglês apercebeu-se de que no hospital, as mulheres se sentiam tensas, com medo, e só davam à luz com dificuldade. Era necessário por isso intervir, não só sobre o seu estado físico (através de técnicas cada vez mais seguras), mas também sobre o seu estado psicológico. A partir desta observação, começou a preocupar-se com a necessidade de vencer aqueles temores (desde o medo da dor e do risco inerente ao parto, até ao medo, mais recente causado pelo ambiente hospitalar), informando as grávidas do que lhes iria acontecer e ensinando-as a colaborar de forma activa no nascimento do filho e diminuindo, assim, a ansiedade e a dor.

Hoje em dia, embora utilizando técnicas diferentes, os cursos de preparação para o parto têm como objectivos:

- Proporcionar à gestante a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, de modo que possa viver conscientemente este momento tão especial;
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos culturalmente, para que a dor física não seja ampliada pela angústia;
- Reduzir ao mínimo a dor, graças a meios largamente comprovados (técnicas de respiração, relaxamento, etc.);
- Ensinar a “colaborar” com o próprio corpo para que tudo decorra da forma mais fácil e rápida possível;
- Proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação e que, por isso melhor que ninguém podem oferecer a sua colaboração e solidariedade;
- Em muitos casos, dar ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o parto, possa estar o mais perto possível da futura mãe;
- Se o curso é organizado pelo hospital ou pela clínica onde irá decorrer o parto “apresentar” à mulher os ambientes em que irá ser internada e onde será assistida para que lhe sejam mais familiares.

1.2.7.1 - O Método Psicoprofilático

Ferdinand Lamaze foi o ginecologista francês que, no início dos anos 50, reuniu num único método de preparação para o parto, os critérios defendidos nesta matéria, pelas escolas inglesa e russa. Este é hoje o método mais conhecido e praticado em Portugal. Consiste em tornar conhecido o “desconhecido”, aumentando o limiar de sensibilidade à dor e criar centros inibitórios à dor pelo reflexo condicionado.

As bases do método surgem, a partir da ideia de que as pessoas têm capacidade de aprender e de mudar e, por isso na transformação da mentalidade e do seu comportamento em relação à dor do parto. As bases científicas de Pavlov sobre os reflexos condicionados, método e regras de aprender, (Prémio Nobel de Neurofisiologia, 1903) são também um forte pilar na concepção e desenvolvimento deste método.

Ligados a Pavlov, aparecem dois obstetras Velvosky e Nicoleiv que, baseados nos reflexos condicionados, na neurofisiologia e nos conhecimentos obstétricos, iniciam o método psicoprofilático.

Um parto utilizando o método psicoprofilático é um parto alegre, um parto preparado e um parto controlado. As mulheres que desejarem recorrer a este método para se preparar para o parto, devem seguir um curso de preparação colectivo (10 a 15 mulheres), que se inicia no sétimo mês de gravidez e que consiste numa série de encontros semanais. Cada encontro consta de uma parte teórica em que se informa a mulher grávida sobre tudo o que diga respeito à gravidez e ao parto. Na componente prática, a grávida aprende e pratica ginástica pré-natal, técnicas de relaxamento e de respiração.

Baseado na neurofisiologia o método divide-se em parte profilática e parte psicológica. A parte profilática consiste em fornecer noções de anatomia e fisiologia dos órgãos genitais e, ensinar-lhes os diversos tipos de respiração que devem ser praticadas nas diferentes fases de evolução do trabalho de parto, exercitando-os de forma a conseguirem dominar todo o seu corpo. Na componente psicológica, a grávida é ensinada a entender o sistema nervoso e a perceber que a percepção da dor é, em parte, um reflexo condicionado. Para anular este condicionamento negativo bastará desencadear outro que favoreça o

autocontrolo e afaste a atenção da dor; para isso, bastará relacionar a contracção com um acto voluntário, não doloroso, como a respiração. Ensina-se às gestantes a fazerem respiração abdominal, tranquila e profunda, que deve praticar-se no início da dilatação e um tipo especial de respiração torácica, superficial e acelerada, denominada “respiração arquejante” reservada para o momento em que as contracções se tornam mais intensas e seguidas.

A grávida, ao ouvir falar de “descondicionamento”, de “condicionamento”, de “ocupação do cérebro” e de “limiar de sensibilidade”, compreende a relação cérebro-útero no momento do parto. Por outro lado, é “descondicionada” de factores negativos, que lhe foram transmitidos, por uma educação cheia de tradições fatalistas em relação ao parto. Chega assim, à descontração necessária e ao relaxamento, para ela própria “comandar” o nascimento. Esta fase é muito mais importante do que a profilática, porque uma mulher pode estar muito bem preparada nas aulas da profilaxia, ter toda a informação do parto, conhecer o corpo, saber os diferentes tipos de respiração, as posições a tomar, os músculos que deve contrair e relaxar para ajudar no nascimento, mas; se se descontrolar todo o processo estará condenado ao insucesso.

O método foi introduzido em Portugal, em 1953, através do Dr. Pedro Monjardino, da Dra. Sesina Bermundes (obstetras) e da Dra. Seabra Dinis (psiquiatra). Estes tinham ido a França, fazer a sua preparação com o Dr. Lamaze, cujo seguidor é o Dr. Pierre Vellay, que ainda hoje continua a ser um dos grandes impulsionadores do método.

Os pioneiros portugueses iniciaram a preparação de casais no antigo Hospital do Ultramar. Em 1963, Graça Mexia, professora de Educação Física fez o curso de Fisioterapeuta Obstetra, em França, tendo-se preparado na Policlínica Francesa com o Dr.

Lamaze e o Dr. Pierre Vellay. Regressada a Portugal, continua o trabalho dos pioneiros, na Avenida da República, em Lisboa, onde tem preparado muitas grávidas e muitos profissionais de saúde.

No Porto, em 1980, é criado o Centro de Preparação para o Parto, cuja directora é a Dra. Maria Celeste Soares, que também tem contribuído na divulgação do método, assim como na formação de profissionais de saúde.

Embora já existam muitos profissionais detentores da formação, ainda não foi introduzido o ensino nas Faculdades de Medicina e nas Escolas Superiores de Enfermagem (algumas Escolas Superiores de Enfermagem já abordam o método nos seus currículos escolares). A implementação do método nas instituições de saúde portuguesas ainda não foi efectuado de uma forma sistematizada, pelo que a maioria das grávidas que pretende fazer preparação para o parto tem que recorrer a instituições privadas.

1.2.7.2 - Ensino Autónomo Respiratório

Esta técnica baseia-se em técnicas de auto-sugestão e de respiração que têm como finalidade habituar o organismo a reagir espontaneamente, de forma mais adequada a cada uma das fases do parto, aliviando assim a tensão física e emocional. Este método resultou dos estudos efectuados pelo professor Umberto Piscicelli que aperfeiçoou o ensino autónomo de Schulz.

Os cursos começam geralmente no fim do 6º e início do 7º mês de gravidez. Realizam-se em grupos que poderão ser bastante numerosos (várias dezenas de mulheres), têm uma

periodicidade semanal e compreendem uma parte teórica e outra prática. Na parte teórica fornece-se toda a informação que permite enfrentar, conscientemente e sem ansiedade, o nascimento da criança. Na prática, são ensinadas as técnicas de relaxamento (concentração em determinadas sensações e não noutras) e as técnicas de respiração e de controlo muscular, que deverão ser postas em prática em diferentes fases do parto.

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

As vantagens deste método é que, aplicado correctamente, pode reduzir bastante as dores do parto e diminuir acentuadamente a duração do trabalho de parto. O tipo de respiração adoptado nas três fases garante uma boa oxigenação tanto para a mãe como do filho. Uma vez assimilada, a técnica de relaxamento pode servir para depois do parto, durante a vida quotidiana.

Os inconvenientes consistem no facto de que para aprender este método é necessário uma certa dedicação e um bom treino que só será alcançado repetindo regularmente o

exercícios, não só durante o curso, mas também em casa. Pode tornar-se mais difícil de aplicar se o ambiente da sala de partos impedir a concentração.

1.2.7.3. - A Sofrologia

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

O relaxamento aprende-se e exige treino diário. A sofrologia é um método de relaxamento célebre em todo o mundo, na medida em que se baseia no estudo do ser humano em harmonia. Foi iniciado pelo Dr. Alfonso Caycedo no serviço de neuropsiquiatria dirigido pelo Professor López Ibor do antigo Hospital Provincial de Madrid.

O Dr. Caycedo realizou as suas primeiras investigações com base nas técnicas de hipnose que rapidamente abandonou, e nos métodos orientais e de parapsicologia. Actualmente estima-se que mais de 20.000 médicos, em cerca de 50 países utilizem este método.

A sofrologia propõe-se atingir, com ajuda de imagens, sons e sugestões de sensações um estado sofrónico entre a vigília e o sono, que proporciona descanso, harmonia e bem estar. A sessão de sofrologia começa com o relaxamento físico total, seguindo-se o relaxamento mental. A paciente deve entregar-se completamente. O curso de relaxamento consta de aulas teóricas e práticas, num total de 8 semanas de prática individual diária, em casa, em sessões

de dez minutos cada, no fim das quais se adquire uma disciplina mental e física. A sua grande utilização nos partos justifica a referência que aqui se faz.

1.2.7.4. A Eutonia

A eutonia é um método originário da Dinamarca e proporciona à pessoa um bem estar geral. Trata-se de educar a sensibilidade de maneira a que se sinta a si mesma, através da percepção, sobretudo táctil. Concentrar a atenção no contacto das mãos com a pele, com o tecido da roupa e com a fibra do colchão, tudo isso suscita sensações que até essa altura não eram conscientes e que nos permitem ver o nosso corpo como algo de mais real e concreto.

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

A eutonia não ensina técnicas especiais de respirar, empurrar ou de eliminar a dor porque para uma mulher que tenha aprendido a concentrar-se, tornar-se-á natural empurrar o feto, no momento adequado, e aceitar a dor como um sinal do corpo. No entanto, neste método, trabalha-se o conhecimento e distensão da garganta e laringe, bem como a emissão da voz.

1.2.7.5 - O Método de Leboyer

Este método implica um parto num ambiente de pouca luz, sem barulho e sem frio, de modo que se possa estabelecer uma adequada relação entre o recém-nascido e os seus pais. Os defensores deste método referem que está demonstrado que estas mulheres necessitam de menos analgésicos, e que, de entre outras razões, o apoio do marido provoca menor ansiedade e *stress*.

1.2.7.6 - Parto Aquático

Os defensores deste método defendem que reduz a duração do trabalho de parto e o parto, favorece a liberdade de movimentos, diminui as dores e favorece a transição do bebé do líquido amniótico para o mundo exterior.

Jaime (1998), citando Peraza (1998), diz que nascer numa banheira-piscina com 5000 litros de água a uma temperatura de cerca de 38 graus é tão seguro como fazê-lo em terra firme. É um modo de humanizar o nascimento. A mãe tem a possibilidade de adoptar a posição mais cómoda para ela, e mudá-la à sua vontade, faz com que se sinta também protagonista no trabalho de parto.

Lebrero (1998), citado por Jaime (1998), refere que “a intimidade do parto é um detalhe que se vai perdendo e que a Medicina moderna converteu-o num espectáculo tecnológico, onde a mulher deixa de se poder recolher na sua intimidade. A água facilita esse isolamento; mas não vale de nada, se for acompanhada da enfermeira parteira, do marido, dos médicos... Esse retiro deixa a mãe viver um pouco essa sensação de embriaguez do parto e

liberta o cérebro para o trabalho que a espera....” A água provoca como que uma ajuda à mãe para que ela se distraía no trabalho de parto.

1.2.8- Objectivos e Hipóteses do Estudo

Os objectivos desta investigação fundamentalmente inquirir sobre a importância da preparação para o parto na parturiente e recém-nascido e sobre as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto.

As três perguntas chave de investigação são:

- 1- Qual é a importância da preparação para o parto na parturiente e recém-nascido?
- 2- Quais as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto?
- 3- Quais as consequências a nível organizacional (económico, financeiro, logístico e recursos) da preparação para o parto?

O interesse por este tema, prende-se por: (a) alguma controvérsia entre os profissionais de saúde, em que alguns defendem que a preparação para o parto não traz benefícios para a grávida; (b) os métodos de preparação para o parto são recomendados pela legislação portuguesa (Lei nº 4/84 de 5 de Abril), no entanto, escassas são as instituições oficiais que a praticam e poucas são as grávidas que a fazem, tendo estas que a efectuar em instituições privadas.

Pelos motivos enunciados decidi efectuar uma investigação que procurasse dar respostas objectivas e, de certo modo, alguns contributos para a sustentação científica da discussão em torno desta questão.

Além disso, há perguntas adicionais sobre aspectos circunstanciais referentes à investigação, que me permitirão efectuar um enquadramento mais abrangente do problema em estudo:

- Qual a percentagem de grávidas que efectuou preparação para o parto?
- Qual o tipo de preparação para o parto mais frequente?
- Qual a percentagem de grávidas que fez medicação analgésica durante o parto?
- Qual a percentagem (estimada pelos profissionais de saúde) de parturientes que não fazem preparação para o parto?
- Quais os métodos de preparação para o parto que os profissionais de saúde consideram que as parturientes frequentam mais?
- Qual a percentagem de profissionais de saúde que tem formação específica no âmbito da preparação para o parto?
- Qual (Quais) o(s) método(s) de preparação praticado(s) nas instituições em que os profissionais de saúde inquiridos exercem a sua profissão?

Através da revisão bibliográfica efectuada, verifiquei que a ansiedade e a dor são os problemas que mais afectam as grávidas em trabalho de parto. Por outro lado, a preparação para o parto tem por objectivos: a) Proporcionar à gestante a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, b) Vencer a ansiedade e o medo transmitidos culturalmente, c) Reduzir ao mínimo a dor, utilizando técnicas de respiração e relaxamento e d) Ensinar a grávida a “colaborar” com o corpo para que tudo decorra mais fácil e rapidamente.

Assim, é de esperar que as grávidas que fizeram preparação para o parto, apresentem (1) menores níveis de ansiedade e (2) menores níveis de dor, portanto uma redução da necessidade de administração de analgésicos durante o trabalho de parto e parto; (3) o parto eutócico será mais frequente e ocorrerá uma diminuição da duração do trabalho de parto. Por estes motivos, (4) os recém-nascidos cujas mães fizeram preparação para o parto apresentarão um maior Índice de Apgar, visto terem tido um parto mais fácil e rápido.

Na perspectiva de validar os pressupostos teóricos deste estudo, formulei sobre a primeira pergunta relativamente à importância da preparação para o parto, as seguintes hipóteses de trabalho:

H1- As grávidas preparadas pelo método psicoprofilático têm menores níveis de ansiedade do que as sem preparação.

H2- As grávidas preparadas pelo método psicoprofilático têm menores níveis de dor do que as sem preparação.

H2a - A analgesia, nas grávidas preparadas pelo método psicoprofilático é menos frequente do que nas sem preparação.

H3- O trabalho de parto das grávidas preparadas pelo método psicoprofilático tem menor duração do que o das que não fazem preparação.

H3a- O parto eutócico é mais frequente nas grávidas preparadas pelo método psicoprofilático do que nas sem preparação.

H3b- Nas grávidas preparadas pelo método psicoprofilático o Índice de Apgar dos recém-nascidos é maior do que nas que não fizeram preparação.

Relativamente à segunda pergunta de investigação, referente às atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, formulei as seguintes hipóteses:

H4- Os profissionais de saúde do sexo feminino têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que os profissionais de saúde de sexo masculino.

H5- Os profissionais de saúde solteiros têm atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto do que os outros profissionais de saúde.

H6- Os enfermeiros têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que os médicos.

H7- Os profissionais de saúde, que trabalham nas instituições de saúde, onde se faz preparação para o parto, têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que aqueles que trabalham nas instituições de saúde onde não se faz preparação para o parto.

H8- Os profissionais de saúde que fizeram formação na área da preparação para o parto têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto, do que aqueles que não tiveram qualquer formação nessa área.

H9- Os enfermeiros generalistas têm atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto, do que os enfermeiros especialistas.

2- MÉTODO

Segundo Pinto (1990), método refere-se aos “procedimentos ou técnicas específicas para a recolha e análise de dados”. Assim neste capítulo, é apresentada a metodologia utilizada para (1) aquilatar da importância da preparação para o parto na parturiente e recém-nascido e (2) para saber das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto. Serão também apresentadas as previsões das hipóteses em estudo, as instituições onde foi efectuado, os sujeitos, os critérios de inclusão e exclusão destes, assim como o material e procedimentos.

2.1- Previsões das Hipóteses em Estudo

Como refere Moore (1983), citado por Lima e Vieira (1996), as hipóteses são uma tentativa, por parte do investigador, de explicação ou previsão dos principais resultados de investigação. A propósito da importância da preparação para o parto formulei as hipóteses referidas sobre as quais estabeleci as seguintes previsões:

H1- As grávidas preparadas pelo método psicoprofiláctico têm menores níveis de ansiedade do que as sem preparação.

H1.P.1: STAY.Y1 c/ prep. < STAY. Y1 s/ prep.

H1.P.2: STAY.Y2 c/ prep. = STAY. Y2 s/ prep.

H2- As grávidas preparadas pelo método psicofilático têm menores níveis de dor do que as sem preparação.

H2.P.1: PRI (T) c/ prep. < PRI (T) s/ prep.

H2.P.2: PRI (Af) c/ prep. < PRI (Af) s/ prep.

H2.P.3: PRI (S) c/ prep. < PRI (S) s/ prep.

H2.P.4: PRI (Av) c/ prep. < PRI (Av) s/ prep.

H2.P.5: PRI (M) c/ prep. < PRI (M) s/ prep.

H2a - A analgesia, nas grávidas preparadas pelo método psicofilático é menos frequente do que nas sem preparação.

H5.P.1: Analg. nas gráv. c/ prep. < Analg nas gráv. s/ prep.

H3- O trabalho de parto das grávidas preparadas pelo método psicofilático tem menor duração do que o das que não fazem preparação.

H3.P.1: T.P. nas gráv. c/ prep. < T.P. nas gráv. s/ prep.

H3a- O parto eutócico é mais frequente nas grávidas preparadas pelo método psicofilático do que nas sem preparação.

H4.P.1: P.Eut. nas gráv. c/ prep. > P.Eut. nas gráv. s/ prep.

H3b- Nas grávidas preparadas pelo método psicofilático o Índice de Apgar dos recém-nascidos é maior do que nas que não fizeram preparação.

H6.P.1: I.A. c/ prep. > I.A. s/ prep.

Relativamente à segunda pergunta de investigação, referente às atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, formulei as seguintes hipóteses:

H4- Os profissionais de saúde do sexo feminino têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que os profissionais de saúde de sexo masculino.

H7.P1: Atit. P.S. f. > Atit. P.S. m.

H5- Os profissionais de saúde solteiros têm atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto do que os outros profissionais de saúde.

H8.P1: Atit. P.S. s. < Atit. P.S. o.

H6- Os enfermeiros têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que os médicos.

H9.P1: Atit. Enf. > Atit. Méd.

H7- Os profissionais de saúde, que trabalham nas instituições de saúde, onde se faz preparação para o parto, têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que aqueles que trabalham nas instituições de saúde onde não se faz preparação para o parto.

H10.P1: Atit. P.S. Inst. c/ prep. > Atit. P.S. Inst. s/ prep.

H8- Os profissionais de saúde que fizeram formação na área da preparação para o parto têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto, do que aqueles que não tiveram qualquer formação nessa área.

H11.P1: Atit. P.S. c/ form. > Atit. P.S. Inst. s/ form.

H9- Os enfermeiros generalistas têm atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto, do que os enfermeiros especialistas.

H12.P1: Atit. Enf. Gen. < Atit. Enf. Esp.

Para concretizar uma tal investigação, usei determinados instrumentos em amostras de populações das instituições que adiante referirei.

2.2 - Material

O material utilizado foi elaborado ou seleccionado de forma a que se pudessem obter os dados que permitissem atingir os objectivos da investigação e verificar as hipóteses. A sua apresentação será em função dos objectivos da investigação.

2.2.1- Questionários sobre a Preparação para o Parto

O instrumento de colheita de dados, utilizado na recolha de informação, consta de uma parte introdutória, em que foi efectuada a apresentação da investigadora, assim como o âmbito da pesquisa. Solicitava a colaboração da grávida, dando uma breve explicação sobre o questionário e a forma do seu preenchimento. Pretendeu-se um *Consentimento Informado* assinado pela parturiente, caso colaborasse no estudo (Apêndice I).

O questionário é constituído por quatro partes (Apêndice II):

- A primeira recolhe dados sócio-demográficos.
- Na segunda, recolhem-se os dados obstétricos da parturiente.
- Na terceira, obtêm-se dados sobre o tipo de parto, acompanhamento durante o trabalho de parto e parto por familiar, o peso e Índice de Apgar do recém-nascido.
- A quarta (única a preencher pela grávida) é composta pelas escalas de ansiedade e dor.

2.2.1.1- Questionário de Auto-avaliação STAI de Spielberger

Os níveis de ansiedade foram avaliados pela STAI – Formas Y1 e Y2, desenvolvido por Charles D. Spielberger e colaboradores. Utilizaremos a versão de 1983, elaborada por Spielberg e outros, a partir da versão original de 1964, na tradução portuguesa (Apêndice II).

Através da auto-avaliação este questionário visa distinguir, duas características:

- **Ansiedade “traço”** refere-se a um elemento da personalidade, característica, relativamente estável no sujeito para responder a situações percebidas como alarmantes. Denomina-se *Traço*, um determinado nível de ansiedade que se mantém estável num dado sujeito e que caracteriza a psicopatologia da ansiedade.
- **A ansiedade “estado”** refere-se aos níveis de ansiedade que o sujeito desencadeia ao ser exposto a um determinado estímulo “stressante”. É um estado emocional transitório que se caracteriza por um estado de tensão, apreensão e outras experiências subjectivas que são conscientemente percebidas pelo sujeito. Estes sentimentos conjugam-se com uma maior ou anormal actividade do Sistema Nervoso Autónomo. A duração ou intensidade deste estado varia de acordo com o sujeito.

O questionário de STAI, é constituído por duas secções:

Forma Y-1 - destina-se à avaliação da **ansiedade “estado”**. É composta por 20 itens. Destes itens, 5 são comuns à escala Y-2. Os restantes 15 itens têm conotações e conteúdos específicos para o momento em avaliação. Nesta escala, 10 itens são formulados em ordem directa e os restantes 10 em sentido inverso.

A cada item é atribuído um valor numa escala de quatro pontos:

1- Nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4- Muito

Forma Y-2 – Escala de avaliação da **ansiedade “traço”**. É composta por 20 questões, onde onze itens aparecem em ordem directa, e nove em escala invertida. A cada item, é igualmente atribuído um valor numa escala de quatro pontos:

1- Quase nunca, 2- Por vezes, 3- Frequentemente, 4- Quase sempre

As questões de ordem inversa pontuam-se inversamente ao que o sujeito marca.

Este questionário é de fácil aplicação, sendo no entanto fundamental que o sujeito distinga correctamente as duas escalas através das instruções - “Como se sente **neste momento**” para a forma Y-1 e “como se sente **habitualmente**” para a forma Y-2. É nesta distinção que se baseia a validade do questionário.

Na aplicação do STAI recomenda-se que seja aplicado em primeiro lugar a forma Y-1. Diferentes estudos referem que a aplicação da escala Y-2 em primeiro lugar cria uma situação emocional que pode influenciar as respostas posteriores à escala Y-1. Na escala Y-2 não se tem verificado aquelas influências.

Alguns estudos sobre a dor têm igualmente utilizado este questionário quando pretendem verificar a importância da ansiedade na experiência de dor.

2.2.1.2- Questionário de McGill/Melzack sobre a Dor

A percepção da dor foi avaliada pelo Questionário de McGill/Melzack para a dor (Apêndice II - IV Parte).

Este questionário é multidimensional, nele conjugam-se três dimensões:

- sensório-discriminativa,

- motivacional-afectiva,
- avaliativa-cognitiva.

Divide-se em quatro partes: A 1ª parte - descreve a localização da dor; a 2ª parte refere-se à avaliação da dor e é composto por um conjunto de palavras que descrevem as características dolorosas. Estas palavras encontram-se agrupadas de acordo com aquelas três classes:

- 1- palavras sensoriais – descrevem a dor em termos temporais, térmicos, localização, pressão.
- 2- Palavras afectivas – cujos termos se referem à tensão, medo, exaustão ou ainda propriedades autonómicas.
- 3- Palavras avaliativas – referem-se à **intensidade** da experiência total de dor, em termos subjectivos.

O questionário é constituído por 78 adjectivos, que se encontram divididos em 20 subclasses. Cada subclasse é composta por duas a seis palavras, cuja intenção é reflectir a qualidade específica da dor sentida.

- A dimensão **sensorial** é representada pelas subclasses 1 a 10.
- A dimensão **afectiva** representa-se por cinco subclasses (11 a 15).
- A dimensão **avaliativa** está representada pela subclasse 16.
- As quatro subclasses restantes referem-se à dimensão **miscelânea**, na qual as palavras não têm uma classificação específica.

Da análise deste questionário obtêm-se quatro tipos de dados: **Sensoriais**, **Afectivos**, **Avaliativos** e **Miscelânea**. A 3ª parte descreve a **duração** e **variação** da dor e, finalmente, a 4ª parte avalia a **intensidade** da dor.

Estes dados traduzem-se em vários índices:

PRI (*Pain Rating Index*) –É o somatório dos valores da escala resultante de todas as palavras escolhidas em todas as categorias ou apenas numa delas. Podemos então ter vários scores do PRI.

score *afectivo* – **PRI (Af)** afectivo

score *sensorial* – **PRI (S)** sensorial e igualmente para as outras dimensões, criando-se um

score *total* – **PRI (T)**.

PRI (r) - estabelece uma escala dos valores das palavras. Neste sistema de cotação, é atribuído o valor um à palavra que corresponde à menor dor em cada subclasse, à seguinte o valor dois e assim sucessivamente. A soma dos valores das palavras escolhidas proporciona uma cotação *parcial* para cada categoria e a cotação *total* para o conjunto de todas as categorias.

O **NWC** (*Number of Words Chosen*) refere-se ao *número total* de palavras escolhidas pelos sujeitos.

PPI (*Present Pain Index*) refere-se à *intensidade* da dor, no momento da avaliação. À palavra escolhida atribui-se um valor de 1 a 5. O total das palavras é indicador da globalidade da intensidade da dor.

Obtidos os vários índices em cada categoria (**sensorial, afectiva, avaliativa e miscelânea**) é possível depois estabelecer correlações entre eles. Com a obtenção destes dados tem sido possível afirmar, por exemplo que “cada tipo de dor pode ser caracterizada por

uma constelação específica de palavras”. Cada dado constitui um índice quantitativo da dor, susceptível de tratamento estatístico.

No presente trabalho utilizarei para avaliar a dor: O **Score total PRI (T)**, o score do **Pri afectivo PRI (Af)**, o score do **Pri sensorial PRI (S)**, o score do **Pri avaliativo PRI (Av)** e o score do **Pri miscelânea PRI (M)**, da versão adaptada à Língua Portuguesa por Martins (1990).

2.2.2- As Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto

Após exaustiva pesquisa bibliográfica, não encontrei qualquer instrumento que avaliasse a atitude dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto. A fim de prosseguir o estudo, decidi criar um instrumento para o efeito (Apêndice III).

2.2.2.1. Inventário de Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto

O inventário original era composto por 33 preposições que procuravam avaliar a atitude dos profissionais sobre a preparação para o parto.

Ao elaborar as questões a incluir no questionário, tive em atenção:

- Revisão da literatura sobre o tema e selecção das questões que me pareciam mais significativas.

- Construção de um questionário onde os itens seriam apresentados de forma positiva e negativa, a fim de evitar fenómenos de aquiescência e de tendência de resposta.

Segundo Polit (1985), existem alguns problemas que podem surgir na construção de uma escala e que devemos evitar:

- A tendência de alguns indivíduos apresentarem as suas atitudes assinalando respostas que concordam com os costumes sociais prevalentes;
- A expressão das suas atitudes em função de alternativas extremas;
- O acordo com todas as preposições independentemente do seu conteúdo (a tudo dizem sim), ou estão em desacordo com as preposições independentemente do seu conteúdo.

Para o evitar deve-se equilibrar e contrapor com preposições positivas e negativas.

- Tive também em atenção as recomendações propostas por Richardson e col.(1986) para elaboração de itens de atitudes:
 - Evitar interpretações múltiplas;
 - Evitar referências ao passado;
 - Evitar informações factuais;
 - Abranger todos os aspectos do objecto estudado;
 - Formular itens simples, claros e precisos;
 - Evitar irrelevâncias;
 - Evitar medir o óbvio;
 - Incluir só um pensamento por item;
 - Itens curtos;
 - Evitar o emprego de “todo”, “nunca”, “nenhum” e “sempre”;
 - Não abusar da utilização do “simplesmente”, “geralmente” e “somentemente”;
 - Evitar dois termos negativos em um só item.

Após a elaboração do conjunto de itens, atribuí uma cotação, numa escala de tipo Likert. A cada item fiz corresponder 5 classes de resposta: Sem opinião, discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente. A cada classe foi atribuído um ponto, podendo cada item atingir um valor entre 1 e 5.

A escolha de uma pontuação em cinco categorias foi feita por várias razões:

- Porque assim acontece com a maioria das escalas de Likert;
- A fidedignidade das escalas aumenta consideravelmente a partir de duas classificativas;
- Não ultrapassei as cinco categorias porque Wells e Marwell (1976), citados por Vaz Serra (1986), admitem a possibilidade da auto-classificação se tornar de discriminação difícil a partir de 7 categorias diferentes.

As respostas foram quantificadas de maneira a que a pontuação mais elevada corresponda a uma melhor atitude do profissional de saúde sobre a preparação para o parto. Adoptei como categoria mínima em cada questão o um (1) e não o zero (0), para facilitar o tratamento do cálculo estatístico.

A escala está concebida de forma a que a pontuação 3 corresponda a “sem opinião”.

Nas questões positivas, a pontuação é a seguinte:

1-discordo totalmente; 2-discordo; 3- sem opinião 4- concordo; 5- concordo totalmente

Nas questões negativas, a pontuação efectua-se da seguinte forma:

1- concordo totalmente; 2- concordo; 3- sem opinião 4-discordo; 5- discordo totalmente

Após a elaboração da versão inicial, pedi a 20 profissionais de saúde (15 enfermeiros e 5 médicos) do Hospital Garcia de Orta, que respondessem à escala de forma a detectar

eventuais dificuldades das respostas. Este procedimento decorreu na 2ª quinzena de Setembro de 1998.

Depois deste procedimento a escala sofreu vários processos de refinamento:

- Eliminação dos itens que foram considerados ambíguos ou suscitassem a possibilidade de mais que uma resposta.
- Eliminação ou modificação das questões que durante a aplicação do pré-teste se revelassem de difícil interpretação ou de classificação duvidosa.
- Eliminação dos itens que não avaliassem a preparação para o parto de uma forma directa.

Após este processo, a escala ficou composta por 22 itens (Quadro 1).

Quadro 1 - *Itens do Inventário de Atitudes sobre a Preparação para o Parto- "IAPP"*

1	Não é vantajoso para a grávida fazer preparação para o parto, independentemente do método
2	As grávidas que fazem preparação para o parto pelo método psicoprofilático colaboram activamente no trabalho de parto.
3	A equipa de saúde consegue estabelecer pior comunicação com as grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático.
4	As grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático estão mais calmas durante todo o trabalho de parto.
5	As grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático estão mais ansiosas durante todo o trabalho de parto.
6	As grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático manifestam mais dor durante todo o trabalho de parto.
7	As parturientes sem qualquer tipo de preparação para o parto, gritam menos durante o trabalho de parto.
8	Nas parturientes sem qualquer tipo de preparação, verifica-se um menor esgotamento materno.
9	A duração do 1º período do trabalho de parto é maior, nas grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático.
10	Seguir o trabalho de parto de uma mulher sem preparação para o parto é menos cansativo do que seguir o trabalho de parto de uma mulher com preparação.
11	Seguir o trabalho de parto de uma mulher sem preparação exige menor disponibilidade do que seguir o trabalho de parto de uma mulher com preparação..
12	A preparação para o parto pelo método psicoprofilático intensifica a colaboração da mulher no período expulsivo.
13	A preparação para o parto pelo método psicoprofilático actua como facilitador da relação mãe/ filho no pós parto.
14	Existe menor dificuldade de comunicação entre a equipa de saúde e as parturientes sem preparação.
15	Seguir e orientar o trabalho de parto de uma parturiente descontrolada não é muito desgastante
16	As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático apresentam-se mais ansiosas no puerpério.
17	As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático estão menos angustiadas no puerpério .
18	As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático estão menos motivadas para amamentar o recém-nascido.
19	Os recém – nascidos das mulheres que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático choram mais nos primeiros dias.
20	As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático são mais receptivas às orientações da equipa de saúde.
21	As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático apresentam mais distúrbios mentais no pós – parto.
22	As mulheres que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático têm uma expectativa do parto mais positiva.

O instrumento de colheita de dados aplicado aos profissionais de saúde tem a seguinte composição: Uma página de apresentação da investigadora, assim como o âmbito em que se realiza a pesquisa. Nela se pedia a colaboração do médico/enfermeiro, dando uma breve explicação sobre o questionário.

O questionário propriamente dito é composto por uma primeira parte que serve para recolher alguns elementos demográficos dos inquiridos, bem como da instituição onde exerciam funções. A segunda parte é composta pelo inventário em que se recolhem os dados sobre a atitude dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto.

2.2.2.2- Propriedades Psicométricas do Inventário de Atitudes sobre a Preparação para o Parto

A versão final é constituída por 22 itens, tendo sido aplicada a 220 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desempenham as suas funções nos serviços de obstetria (bloco de partos e internamento). Comecei por constatar que a amostra tinha um número suficiente de elementos para se efectuar a análise e validação da escala, dado que Gorsuch (1983), referido por Bryman e Cramer (1993), defende um mínimo absoluto de cinco sujeitos por variável e nunca menos de 100 indivíduos por análise.

Efectuei o estudo dos coeficientes de correlação de Pearson dos itens que compõem a escala com o valor total, tendo constatado que todos os itens apresentavam correlações muito significativas ($p < 0.001$) com o total (Quadro 2).

Serra (1994) refere que a correlação de cada questão com a nota global indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do construto geral que pretende medir.

Para analisar a validade do construto da escala, recorri à extracção de factores através da análise dos componentes principais. A validade de construto é, por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento, pois liga-se directamente ao atributo que a teoria propôs medir através daquele teste. Um teste é válido se medir aquilo que se propôs medir.

Quadro 2 – IAPP- Correlação de Pearson entre os itens e o total

Item	Correlação Item / total
1	.361
2	.600
3	.651
4	.625
5	.668
6	.666
7	.573
8	.588
9	.492
10	.508
11	.465
12	.542
13	.471
14	.401
15	.516
16	.595
17	.439
18	.613
19	.437
20	.601
21	.609
22	.550

Bryman e Cramer (1993) referem que a análise factorial permite avaliar a validade factorial das questões que constituem as escalas, informando-nos até que ponto elas estão a medir os mesmos conceitos ou variáveis. As duas formas mais utilizadas de análise factorial são a análise dos componentes principais (*principal-components*) e a análise factorial (*principal-axis*).

Para a selecção dos factores, escolhemos a análise dos componentes principais com rotação varimax e normalização de Kaiser (*eigenvalue* ou superior a um), sem definição de número de factores.

Através da análise dos componentes principais, com rotação varimax, extraíram-se cinco factores com valor próprio (*eigenvalue*) superior a um, que explicam 58,996% da variância total dos resultados obtidos nesta escala (Quadro 3).

Quadro 3 - IAPP- Análise factorial dos componentes principais e sua variância

Factores	Valor próprio Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
1	6,725	30,568	30,568
2	2,526	11,483	42,051
3	1,473	6,697	48,747
4	1,151	5,230	53,977
5	1,104	5,018	58,996

Apresento nos quadros 4 a 8, os valores de saturação de cada item com cada um dos factores, após análise dos componentes principais.

Quadro 4 - *Saturação dos itens do IAPP no factor um, facilitação/colaboração, após análise dos componentes*

Item	Factor 1 (Facilitação / Colaboração)
2	0,646
4	0,756
12	0,719
13	0,744
17	0,554
20	0,760
22	0,629

O primeiro factor explica 30,568 % da variância dos resultados e satura, sobretudo, os itens que avaliam a **facilitação/colaboração** da parturiente, no trabalho de parto.

Quadro 5- *Saturação dos itens do IAPP no factor dois, controlo emocional da parturiente, após análise dos componentes*

Item	Factor 2 (Controlo emocional da parturiente)
5	0,641
6	0,708
7	0,770
8	0,671
9	0,438

O segundo factor explica 11,483 % da variância dos resultados e satura, sobretudo, os itens que avaliam o **controlo emocional da parturiente**.

Quadro 6- *Saturação dos itens do IAPP no factor três, controlo emocional da puérpera, após análise dos componentes*

Item	Factor 3 (Controlo emocional da puérpera)
16	0,681
18	0,519
19	0,828
21	0,713

O terceiro factor explica 6,697 % da variância dos resultados e satura, sobretudo, os itens que avaliam o **controlo emocional da puérpera**.

Quadro 7- *Saturação dos itens do IAPP no factor quatro, comunicação, após análise dos componentes*

Item	Factor 4 (Comunicação)
1	0,735
3	0,514
14	0,570

O quarto factor explica 5,230 % da variância dos resultados e satura, sobretudo, os itens que avaliam a **comunicação**.

Quadro 8- *Saturação dos itens do IAPP no factor cinco, cooperação das parturientes com os profissionais de saúde, após análise dos componentes*

Item	Factor 5 (Cooperação das parturientes com os profissionais de saúde)
10	0,484
11	0,538
15	0,737

O quinto factor explica 5,018 % da variância dos resultados e satura, sobretudo, os itens que avaliam a **cooperação das parturientes com os profissionais de saúde**.

Para o estudo da fiabilidade do IAPP, utilizei o Coeficiente de Alfa Cronbach e o teste-reteste. Richardson (1989) refere que o coeficiente de fiabilidade está sempre representado por um valor numérico que varia entre zero e um. Reflecte a estabilidade ou consistência das medições obtidas por meio de um determinado instrumento.

Existem várias formas de calcular o coeficiente de fiabilidade: O teste/reteste, a técnica de “split-half” e o método da consistência interna. O método da consistência interna, que utilizei, parte de uma única aplicação do mesmo teste. É calculada com base na correlação média entre todos os itens e a nota total. O termo consistência interna significa que o teste deve estar a medir o mesmo atributo ou dimensão. Das várias formas de consistência interna destaca-se o alfa de Cronbach e o KR 20 de Kuder-Richardson. A escala apresentou um coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,88 .

Com o objectivo de avaliarmos a estabilidade temporal, efectuamos o teste/reteste. Este método recorre à correlação entre os valores de duas aplicações do mesmo teste ou

instrumento ao mesmo grupo de sujeitos. Não existe um tempo preciso para transcorrer entre as duas aplicações. Poderá ser o mínimo de um dia e o máximo de um ano.

No presente estudo, o intervalo de aplicação a um grupo seleccionado de 38 profissionais de saúde, foi de 4 semanas. O coeficiente de correlação teste/reteste encontrado foi de 0,738, o que nos indica ter uma boa estabilidade temporal.

2.3- Caracterização das Instituições onde se Realizou o Estudo

As Instituições que serviram de base para a realização deste trabalho foram hospitais públicos que pertencem ao Serviço Nacional de Saúde, independentemente do seu tipo de gestão pública ou privada.

A selecção dos hospitais baseou-se no facto de terem um número elevado de partos e profissionais de saúde, facto que me garantia, à partida, a recolha de dados. Contribuiu, também, o facto de estar implementado, em algumas, a preparação para o parto, pelo que as seleccionadas não levantariam grandes obstáculos à realização do estudo. Tive ainda a preocupação de seleccionar instituições que estivessem integradas no norte, centro e sul do país.

Uma das Instituições foi seleccionada pelo facto de lá trabalhar, o que, de certo modo, me ajudaria, na recolha de alguns dados, enquanto exercia a actividade profissional.

Assim, selecionei para o estudo as seguintes instituições:

- Hospital S. João – Porto

- Maternidade Júlio Dinis – Porto
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- Hospital de Santo André – Leiria
- Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
- Hospital Garcia de Orta – Almada
- Hospital São Francisco Xavier - Lisboa
- Hospital Fernando da Fonseca -Amadora Sintra

2.4- Sujeitos

Para obter os dados que me permitissem responder à pergunta de investigação, qual é a importância da preparação para o parto na parturiente e recém-nascido, considerei como amostra, todas as grávidas primigestas admitidas nas Instituições seleccionadas para o estudo que satisfizessem aos seguintes critérios:

2.4.1. Critérios de Inclusão:

- **Ser primigesta** – Mulher que está grávida pela primeira vez.
- **Estivessem no primeiro estadio do trabalho de parto** - na 1ª fase (latente) que vai desde o estabelecimento das contracções até o cérvix dilatar 3-4 cm ou na 2ª fase (fase activa) em que as contracções passam a ser mais fortes e mais longas, permitindo a dilatação até aos 8 cm.

2.4.2. Critérios de exclusão:

- **Multípara** – Mulher que deu à luz ou está em trabalho de parto pela segunda vez, no mínimo. A experiência anterior de gravidez poderá enviesar os resultados.

- **Idade gestacional inferior a trinta e seis semanas.** A Idade Gestacional é o tempo de duração da gravidez. Há autores que defendem que a viabilidade (capacidade de um feto viver fora do útero) é de vinte semanas, no entanto, outros há que defendem ser vinte oito. Qualquer mulher que seja admitida em trabalho de parto com uma idade gestacional inferior a trinta e seis semanas, estará ansiosa e nervosa, porque o recém-nascido terá maior dificuldade em se adaptar à vida extra-uterina e porque terá maior probabilidade de contrair complicações (síndrome de dificuldade respiratória, infecções, etc).

- **Raça negra** - As mulheres de raça negra poderão ter algumas influências culturais de raiz africana que podem influenciar o encarar o parto de maneira diferente.

- **Ciganas** - Serão excluídas do estudo, devido à sua especificidade cultural, que também se poderá traduzir numa forma diferente de encarar a gravidez e o parto.

- **Solteiras** - A preparação para o parto visa uma comunhão entre todos os elementos da família, por isso acho que o facto de a grávida não ter companheiro poderá interferir de uma forma significativa na conduta durante o trabalho de parto.

- **Idade:** inferior a dezoito anos e superior a trinta e cinco – Atendendo a que a percentagem de malformações é maior acima dos trinta e cinco anos, poderá haver uma carga

emocional maior nessas mulheres. Em relação ao grupo de mães jovens, inferior aos dezoito, decidi excluir devido à forte probabilidade de serem mães solteiras ou as gravidezes serem indesejáveis, o que se poderia reflectir no seu estado emocional.

- **Parto durante os turnos da noite** - que vai desde as vinte e três ou vinte e quatro horas (em algumas instituições) às oito da manhã. Psicologicamente a grávida poderá achar que a assistência é inferior neste período, o que se poderá reflectir no seu estado emocional.
- **Patologia associada ou não à gravidez** - Qualquer patologia poderá requerer cuidados mais específicos (administração de medicamentos que poderão interferir com o normal desenvolvimento do trabalho de parto e parto).

Com a finalidade de recolher dados que me permitissem efectuar um enquadramento geral sobre a preparação para o parto nas instituições em estudo, e responder às perguntas adicionais efectuadas (pág 49), também considerarei as grávidas múltíperas admitidas nas instituições seleccionadas para o estudo.

2.4.3 - Caracterização das duas Amostras

Dado que o estudo incide sobre duas populações, irei efectuar a sua caracterização separadamente.

2.4.3.1 - Caracterização da Amostra das Parturientes

A amostra em estudo é constituída pelas grávidas que estiveram em trabalho de parto no período entre Outubro de 1998 a Fevereiro de 1999, nas seguintes instituições de saúde:

- Hospital S. João – Porto
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia,
- Hospital de Santo André – Leiria
- Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
- Hospital Garcia de Orta – Almada
- Hospital São Francisco Xavier - Lisboa

Não foi possível aplicar os questionários às parturientes no Hospital Fernando da Fonseca – Amadora/Sintra, (nunca obtive resposta ao pedido solicitado), nem na Maternidade Júlio Dinis - Porto, (não foi autorizada a efectivação do estudo, por motivo de obras). Tive também algumas dificuldades na aplicação dos questionários no Hospital de São João - Porto e no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, devido às autorizações terem sido concedidas tardiamente, o que me limitou a aplicação dos questionários em tempo útil.

A dimensão da amostra ficou constituída por 128 parturientes (*Quadro 9*).

Quadro 9 – Número total de parturientes, por instituição.

Instituições.	n	%
Hospital S. João – Porto	12	9,4
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	4	3,1
Hospital de Santo André – Leiria	68	53,1
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	11	8,6
Hospital Garcia de Orta – Almada	6	4,7
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	27	21,1
Total	N=128	100,0

Constatei, através do Quadro 10, que 28 parturientes (21,9 %), efectuaram preparação para o parto e que 100 parturientes (78,1%), não fizeram preparação.

Quadro 10 - *Número total de parturientes com e sem preparação para o parto, por instituição.*

Instituições.	n	com preparação		sem preparação	
		n ₁	%	n ₂	%
Hospital S. João – Porto	12	1	8,3	11	91,7
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	4	-	-	4	100,0
Hospital de Santo André – Leiria	68	15	22,1	53	77,9
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	11	6	54,5	5	45,5
Hospital Garcia de Orta – Almada	6	2	33,3	4	66,7
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	27	4	14,8	23	85,2
Total	N=128	28	21,9	100	78,1

O tipo de preparação para o parto mais praticado é o psicoprofiláctico, representando 85,7%, entre as 28 que efectuaram preparação para o parto (*Quadro 11*).

Quadro 11 – *Tipo de preparação para o parto efectuado pelas parturientes*

Tipo de preparação para o parto	n	%
Psicoprofiláctico	24	85,7
Outro	4	14,3
Total	N=28	100,0

Através dos dados apresentados no Quadro 12, verifiquei que a amostra é composta por 71 (55,47%) parturientes primigestas e por 57 (44,53%) parturientes múltipleras.

Quadro 12 – *Número total das gestações das parturientes, por instituição*

Instituições.	primigestas	múltíperas	total
Hospital S. João – Porto	6	6	12
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	2	2	4
Hospital de Santo André – Leiria	46	22	68
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	7	4	11
Hospital Garcia de Orta – Almada	2	4	6
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	8	19	27
Total	n₁=71 55,47%	n₂=57 44,53%	N=128 100%

Através dos dados apresentados no Quadro 13, verifiquei que 20 (28,17%) parturientes primigestas fizeram preparação para o parto e 51 (71,83%) parturientes primigestas não fizeram preparação para o parto.

Quadro 13 - *Número total de parturientes primigestas com e sem preparação para o parto, por instituição.*

Instituições.	com preparação	sem preparação	total
Hospital S. João – Porto	-	6	6
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	-	2	2
Hospital de Santo André – Leiria	13	33	46
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	5	2	7
Hospital Garcia de Orta – Almada	-	2	2
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	2	6	8
Total	n₁=20 28,17%	n₂=51 71,83%	N=71 100%

No grupo das 57 parturientes múltiplas, 8 (14%) fizeram preparação para o parto e 49 (86%) não fizeram preparação para o parto (Quadro 14).

Quadro 14 - *Número total de parturientes múltiplas com e sem preparação para o parto, por instituição.*

Instituições.	com preparação	sem preparação	total
Hospital S. João – Porto	1	5	6
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	-	2	2
Hospital de Santo André – Leiria	2	20	22
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	1	3	4
Hospital Garcia de Orta – Almada	2	2	4
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	2	17	19
Total	n ₁ =8 14%	n ₂ =49 86%	N=57 100%

Através do Quadro 15, constata-se que, na sua globalidade, 52,3% dos partos são feitos pelo médico, sendo os restantes 47,75 efectuados pela enfermeira especialista.

Quadro 15 – *Identificação dos profissionais de saúde que realizaram o parto, por instituição.*

Instituições.	n	médico		enfermeira	
		n ₁	%	n ₂	%
Hospital S. João – Porto	12	8	66,7	4	33,3
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	4	2	50,0	2	50,0
Hospital de Santo André – Leiria	68	30	44,1	38	55,9
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	11	6	54,5	5	45,5
Hospital Garcia de Orta – Almada	6	5	83,3	1	16,7
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	27	16	59,3	11	40,7
Total	N=128	67	52,3	61	47,7

2.4.3.2 - Caracterização da Amostra dos Profissionais de Saúde

Com o objectivo de recolher dados sobre as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, considereei como *sujeitos* todos os *profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que trabalhassem no serviço de obstetrícia (bloco de partos)* das instituições seleccionadas para o estudo.

Foram distribuídos 277 questionários. Recolhi 235 (84,83%) questionários dos quais eliminei 15 por não se encontrarem devidamente preenchidos. A dimensão final da amostra ficou constituída por 220 profissionais de saúde, representando 79,4% dos questionários distribuídos.

Através do Quadro 16, pode analisar-se a caracterização dos profissionais de saúde por instituição.

Quadro 16 – *Questionários distribuídos, recebidos e analisados*

Instituições.	Entregues	Recebidos	Excluídos	Analisados
Hospital S. João – Porto	28	19	3	16
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	30	21	1	20
Hospital de Santo André – Leiria	97	94	3	91
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	21	17	3	14
Hospital Garcia de Orta – Almada	35	29	2	27
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	66	55	3	52
Total	n=277 (100,0%)	n=235 (84,83%)	n=15 (5,41%)	n=220 (79,42%)

Em relação aos profissionais de saúde (*Quadro 17*), a amostra é constituída por 60 médicos (27,3%) e por 160 enfermeiros (72,7%).

Quadro 17 – Caracterização dos profissionais de saúde no total e por instituição

Instituições.	N	médicos		enfermeiros	
		n ₁	%	n ₂	%
Hospital S. João – Porto	16	3	18,8	13	81,3
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	20	3	15	17	85
Hospital de Santo André – Leiria	91	22	24,2	69	75,8
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	14	6	42,9	8	57,1
Hospital Garcia de Orta – Almada	27	7	25,9	20	74,1
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	52	19	36,5	33	63,5
Total	220	60	27,3	160	72,7

A amostra da população em estudo é constituída por 187 (85%) profissionais de saúde do sexo feminino e 33 (15%) do sexo masculino. A predominância é do sexo feminino.

O estado civil predominante é o casado ou em união de facto (67,3%), os solteiros representam 24,5% da população e os viúvos, separados ou divorciados representam 8,2% da população (*Quadro 18*).

Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,220$) entre as médias de idades nos dois sexos: a média de idade das mulheres é de 37.09 e a dos homens é 39.30 anos (*Quadro 19*).

Quadro 18 – Estado civil, tipo de profissão e categoria profissional dos profissionais de saúde.

	Homens n ₁ =33	Mulheres n ₂ =187	Total N=220	%
Estado Civil				
Solteiros	5	49	54	24.5
Casados	25	123	148	67.3
Viúvos	-	2	2	0.9
Divorciados/ Separados	3	13	16	7.3
Profissão				
Médico	26	34	60	27.3
Enfermeiro	7	153	160	72.7
Categoria profissional				
Enfermeira	4	68	72	32.7
Enfermeira graduada	1	7	8	3.6
Enfermeira especialista	1	74	75	34.1
Enfermeira chefe	1	4	5	2.3
Assistente Ginecologia/ Obstetrícia	19	22	41	18.6
Internato complementar Ginecologia / Obstetrícia	7	12	19	8.6

Quadro 19 – Médias, desvios padrões e t de Student das idades em anos dos profissionais de saúde, por sexo

	Homens n=33	Mulheres n=187	t	p
Idade				
Média	39.30	37.09	1.230	0,220
DP	7.95	9.73		

Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 20) ($p < 0,115$) entre as médias de idades dos enfermeiros e médicos.

Quadro 20 – Médias, desvios padrões e t de Student das idades em anos dos profissionais de saúde, por profissão

	médicos n=60	enfermeiros n=160	t	p
Idade				
Média	38,91	36,86	1,585	0,115
DP	7,91	10,00		

2.5- Procedimento

Foi solicitada, aos Conselhos de Administração das Instituições referidas, autorização para efectuar o estudo.

Às parturientes que preenchiam os critérios de inclusão no estudo, foi pedida pela investigadora, autorização para colaborar no preenchimento dos questionários. Todas as parturientes se disponibilizaram a colaborar, tendo assinado a folha do consentimento informado, após o esclarecimento dos objectivos do estudo e das instruções de preenchimento.

Todos os questionários foram aplicados pela investigadora no período compreendido entre Outubro de 1998 e Fevereiro de 1999. Os questionários da dor e ansiedade foram auto-preenchidos pela parturiente, no primeiro estadio do trabalho de parto, sem a administração de qualquer fármaco analgésico, o que garante o mesmo critério de aplicação. Os profissionais de saúde foram contactados pessoalmente após autorização dos Conselhos de Administração das Instituições e após ter sido também solicitada a colaboração informal aos chefes de serviço (enfermagem) e respectivos directores (médicos) das unidades de obstetria. Os questionários foram distribuídos pela autora do trabalho, tendo a sua recolha sido efectuada pela mesma.

2.6- Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado utilizando a versão 7.5 do programa SPSS. Após a conclusão da base de dados, efectuei uma análise dos valores e frequências de todos os itens a fim de detectar alguns eventuais erros na introdução dos dados. Após a verificação da exactidão dos dados e corrigidos alguns erros, entretanto detectados, comecei a efectuar o tratamento dos dados.

Efectuei análise das frequências através de estatísticas descritivas. Foram determinados médias, medianas, desvios padrões e percentis. Na determinação das qualidades psicométricas das escalas utilizadas, utilizei o coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente alfa de Cronbach e a análise dos componentes principais.

Para testar as hipóteses formuladas, utilizei o teste *t de Student* para estudar as diferenças entre médias de 2 grupos. Foi também utilizado o teste do *Qui-quadrado*, sempre que a utilização deste teste não paramétrico fosse indicado para o estudo. Utilizei a análise de variância a 1 factor (ANOVA), quando comparei mais que 2 grupos.

Nas variáveis quantitativas não categorizadas, utilizei o coeficiente de correlação de Pearson (r), para determinar a direcção e a força de associação entre as variáveis. Cohen e Holliday (1982), citados por Bryman e Cramer (1993), sugerem o seguinte critério para avaliar as correlações:

- inferior a 0.19 - muito baixa
- de 0.20 a 0.39 - baixa

- de 0.40 a 0.69 - moderada
- de 0.70 a 0.89 - alta
- de 0.90 a 1 - muito alta.

A fim de rejeitar a hipótese nula, adoptei os seguintes critérios de Fisher :

- $p < 0,05$ a diferença é significativa
- $p < 0,01$ a diferença é muito significativa

3- RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os resultados da investigação, de forma que permitam responder às perguntas de investigação efectuadas (pág. 48):

Qual a importância da preparação para o parto na parturiente e recém-nascido?

Quais as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto?

Os dados serão apresentados de forma a seguir a sequência com que foram apresentadas as perguntas de investigação acima descritas e as respectivas hipóteses (páginas 50 e 51).

3.1 - A Amostra das Parturientes Primigestas.

Através dos quadros 12 e 13, constatei que não existem parturientes primigestas (critério de inclusão) suficientes por instituição, para se efectuar um estudo comparativo entre as instituições. Por este motivo, decidi efectuar somente o estudo com as parturientes primigestas que tinham ocorrido ao Centro Hospitalar das Caldas da Rainha e ao Hospital de Santo André - Leiria. O facto de efectuar o estudo somente com primigestas (critério de inclusão) deve-se fundamentalmente a que estas não têm experiências prévias ou antecedentes obstétricos que influenciem o seu comportamento durante o trabalho de parto. As parturientes primigestas do Hospital São Francisco Xavier também não foram incluídas, porque referiram ter praticado “outro” método de preparação para o parto.

Tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão apresentados (pág. 72 a 74) e as limitações encontradas, decidi prosseguir o estudo com uma amostra de 53 parturientes primigestas.

Através do *Quadro 21*, verifico que 18 (34%) das parturientes primigestas fizeram preparação para o parto e 35 (66%) não efectuaram preparação para o parto. Aquelas parturientes fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico.

Quadro 21 - *Número de parturientes primigestas com e sem preparação para o parto, por instituição,*

Instituições.	com preparação	sem preparação	total
Hospital de Santo André – Leiria	13	33	46
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	5	2	7
Total	$n_1=18$ (34%)	$n_2=35$ (66%)	$N=53$ (100%)

Parturientes primigestas

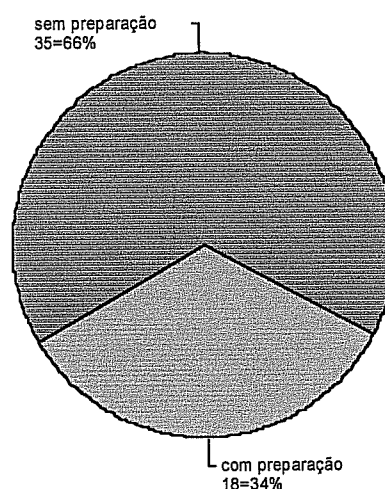


Gráfico 1- Distribuição proporcional das *parturientes primigestas com e sem preparação para o parto*

A totalidade das parturientes (100%) são casadas e a média da idade gestacional é de 39,37 semanas. A média de idades das parturientes é de 26,98 anos, desvio padrão de 3,65 anos e mediana de 27 anos.

Relativamente à religião, 50 parturientes (94,3 %) são católicas, referindo as outras ser protestante (2, sendo uma evangélica) e agnóstica (1).

As habilitações literárias das parturientes estão representadas no *Quadro 22*; constata-se que a moda é o 12º ano.

Quadro 22 – *Habilitações literárias das parturientes primigestas*

	n	%
Frequência da primária	2	3,8
4º ano	9	17,0
6º ano	6	11,3
9º ano	10	18,9
12º ano	12	22,6
Bacharelato	4	7,5
Licenciatura	10	18,9
Total	53	100,0

Habilitações literárias das parturientes primigestas

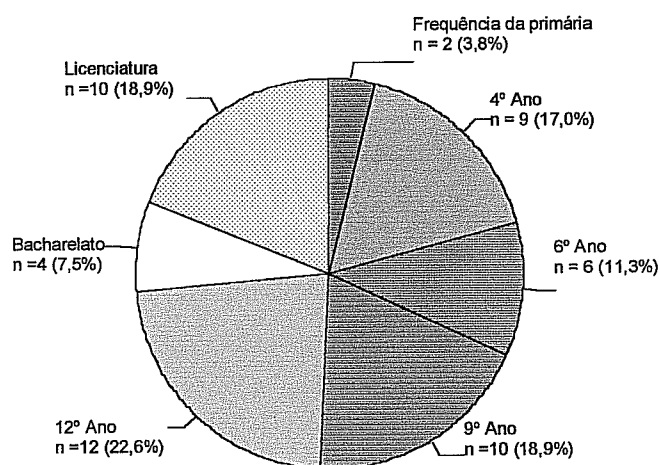


Gráfico 2- Distribuição proporcional das parturientes primigestas por habilitações literárias

Constatei, através do *Quadro 23*, que não existem diferenças significativas de idades entre os dois grupos das parturientes primigestas ($t=1,440$; $p < 0,156$).

Quadro 23 - Médias, desvios padrões e *t* de Student das idades das parturientes primigestas com e sem preparação para o parto.

	com preparação n=18	sem preparação n= 35	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade				
Média	28,16	26,54	1,440	0,156
DP	3,46	4,08		

3. 2 - Testando as Hipóteses Referentes às Parturientes Primigestas

Relativamente ao estudo sobre o valor da preparação para o parto na parturiente e recém-nascido, irei apresentar os dados tendo por base as hipóteses apresentadas.

H1 – As grávidas preparadas pelo método psicofilático têm menores níveis de ansiedade do que as sem preparação.

Conforme o *Quadro 24*, existem diferenças estatisticamente significativas da **ansiedade estado** entre os dois grupos. As parturientes que fizeram preparação para o parto apresentam menores níveis de **ansiedade estado** ($t = -2,239$; $p < 0,03$). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas da **ansiedade traço** entre os dois grupos.

Quadro 24- Médias, desvios padrões e *t* de Student dos níveis de Ansiedade-estado e Ansiedade-traço das parturientes com e sem preparação para o parto.

	com preparação n=18	sem preparação n=35	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade estado				
Média	44,05	50,65	-2,239	0,03
D.P.	8,04	11,07		
Ansiedade traço				
Média	38,72	39,60	-0,4987	0,62
D.P.	6,61	5,78		

H2 – As grávidas preparadas pelo método psicoprofilático têm menores níveis de dor do que as sem preparação.

Constatei que existem diferenças estatisticamente significativas (*Quadro 25*) no **Pri total** [PRI (T): ($t=-2,138$; $p<0,037$)], no **Pri afectivo** [PRI (Af): ($t=-2,851$; $p<0,006$)]e no **Pri sensitivo** [PRI (S): ($t=-2,051$; $p<0,045$)]. As parturientes que fizeram preparação para o parto apresentam menores níveis de dor. Não se verificaram, porém, diferenças estatisticamente significativas do Pri avaliativo e no Pri miscelânea.

O *Quadro 25* mostra os níveis de dor manifestado pelos dois grupos em estudo.

Quadro 25- Médias, desvios padrões e *t* de Student dos níveis de dor das parturientes com e sem preparação para o parto.

	com preparação n=18	sem preparação n=35	<i>t</i>	<i>p</i>
PRI (T) - PRI TOTAL				
Média	32,38	41,34	-2,138	0,037
DP	14,83	14,23		
PRI (Af) - PRI AFECTIVO				
Média	5,16	8,65	-2,851	0,006
DP	4,44	4,10		
PRI (Av) - PRI AVALIATIVO				
Média	2,05	3,08	-1,536	0,135
DP	2,43	2,04		
PRI (S) - PRI SENSITIVO				
Média	17,00	21,48	-2,051	0,045
DP	6,72	7,92		
PRI (M) - PRI MISCELÂNEA				
Média	8,16	8,11	0,052	0,959
DP	3,63	3,36		

H2a – A analgesia, nas grávidas preparadas pelo método psicoprofiláctico é menos frequente do que nas sem preparação.

A preparação para o parto tem por finalidade diminuir a percepção de dor, durante o trabalho de parto e parto, o que poderá reduzir a administração de drogas analgésicas.

Para avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas do tipo de parto entre os dois grupos, usei o teste do Qui Quadrado com correcção de Yates. Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas de administração de analgésicos, entre as parturientes que fizeram ou não, preparação para o parto (*Quadro 26; cf Quadro A*).

Quadro 26- *Distribuição, percentagem e Qui- Quadrado das parturientes com e sem analgesia versus com e sem preparação para o parto*

	com preparação		sem preparação		Total		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Analgesia	9	50,0	20	57,1	29	54,7	0,041	0,839
Não analgesia	9	50,0	15	42,9	24	45,3		
Total	18	34,0	35	66,0	53	100,0		

H3 – O trabalho de parto das grávidas preparadas pelo método psicoprofiláctico tem menor duração do que o das que não fazem preparação.

Constatei que não há diferenças estatisticamente significativas (*Quadro 27*) da duração do trabalho de parto entre as parturientes que fizeram ou não fizeram preparação para o parto ($t= 0,779$; $p<0,440$).

Quadro 27- *Médias, desvios padrões e t de Student da duração do trabalho de parto, em horas, das parturientes com e sem preparação para o parto.*

	com preparação	sem preparação	<i>t</i>	<i>p</i>
	n=18	n=35		
DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO (horas)				
Média	9,83	10,48	0,779	0,440
DP	3,45	2,55		

H3a – O parto eutócico é mais frequente nas grávidas preparadas pelo método psicoprofilático do que nas sem preparação.

Para avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas do tipo de parto entre os dois grupos, usei o teste do Qui Quadrado com correcção de Yates. Da análise do *Quadro 28* concluí que a preparação para o parto não está relacionada com o tipo de parto.

Quadro 28- Distribuição, percentagem e Qui- Quadrado dos partos eutócicos e distócicos das parturientes com e sem preparação para o parto

	com preparação		sem preparação		Total		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Eutócico	10	55,6	23	65,7	33	62,30	0,179	0,672
Distócico	8	44,4	12	34,3	20	37,7		
Total	18	34,0	35	66,0	53	100,0		

H3b – Nas grávidas preparadas pelo método psicoprofilático o Índice de Apgar dos recém-nascidos é maior do que nas que não fizeram preparação.

O Índice de Apgar (*Quadro 29*) é um dos indicadores de sofrimento fetal durante o trabalho de parto; serve para avaliar as condições cardiorespiratórias do recém-nascido. É obtido no primeiro minuto e após os cinco minutos, consiste na avaliação de cinco observações: cor, frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular e irritabilidade reflexa. É atribuído um valor de 0 a 2, para cada observação, faz-se a soma de todos e temos o resultado total.

Quadro 29- Índice de Apgar

	0	1	2
Frequência Cardíaca	ausente	< 100	> 100
Esforço respiratório	ausente	fraco, irregular	forte, choro
Tónus muscular	flácido	alguma flexão das extremidades	Hipertonia flexora
Actividade reflexa	ausente	careta	choro
Cor	pálido/cianosado	cianose em extremidades	todo rosado

Tendo a preparação para o parto como objectivos: Diminuir a ansiedade da grávida, a dor, a duração do trabalho de parto, a administração de analgésicos e facilitar o parto, formulei a hipótese de que o Índice de Apgar dos recém-nascidos das parturientes preparadas pelo método psicoprofiláctico é maior do que nos recém-nascidos das parturientes sem preparação para o parto. Constatei (*Quadro 30*) que não existem diferenças estatisticamente significativas no Índice de Apgar dos recém-nascidos, filhos das parturientes em estudo.

Quadro 30- Médias, desvios padrões e *t* de Student do Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães fizeram ou não preparação para o parto.

	com preparação n=18	sem preparação n=35	<i>t</i>	<i>p</i>
APGAR 1º MINUTO				
Média	8,83	8,91	-0,318	0,752
DP	1,15	0,70		
APGAR AOS 5 MINUTOS				
Média	9,83	9,94	-0,931	0,356
DP	0,51	0,33		

3. 3 - A Amostra dos Profissionais de Saúde

Através dos dados recolhidos com os instrumentos de colheita de dados aplicados aos profissionais de saúde inquiridos, constatei que o Hospital Garcia de Orta e o Hospital São João tem implementado cursos de preparação para o parto para as grávidas (*Quadro 31*).

Quadro 31 – *Resposta dos profissionais de saúde à questão:
“Pratica-se preparação para o parto na instituição onde exerce funções?”*

Instituições.	n	Pratica-se preparação para o parto?			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Hospital S. João – Porto	16	16	100	-	-
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	20	-	-	20	100
Hospital de Santo André – Leiria	91			91	100
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	14			14	100
Hospital Garcia de Orta – Almada	27	26	96,3	1	3,7
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	52	1	1,9	51	98,1
Total	220	43	19,55	177	80,45

Constatei que 56 (25,5%) dos profissionais que exercem as suas funções nos serviços de obstetria fizeram formação na área da preparação para o parto, variando, no entanto, essa percentagem de instituição para instituição (*Quadro 32*).

Quadro 32 – *Número e percentagem de profissionais de saúde, com formação na área da preparação para o parto.*

Instituições.	N	Fez formação na área de preparação para o parto			
		Sim		Não	
		n ₁	%	n ₂	%
Hospital S. João – Porto	16	9	56,3	7	43,7
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	20	13	65,0	7	35,0
Hospital de Santo André – Leiria	91	15	16,5	76	83,5
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	14	6	42,9	8	57,1
Hospital Garcia de Orta – Almada	27	6	22,2	21	77,8
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	52	7	13,5	45	86,5
Total	220	56	25,5	164	74,5

Constatei que os profissionais inquiridos estimaram que 83,5% de parturientes não efectuam preparação para o parto (*Quadro 33*).

Quadro 33 - Percentagem estimada pelos inquiridos comparada com a percentagem observada no estudo, das parturientes que fizeram ou não preparação para o parto, por instituição.

Instituições.	Fizeram preparação		Não fizeram preparação		Total	
	Percentagem		Percentagem		Percentagem	
	Estimada	observada	Estimada	observada	Estimada	observada
Hospital S. João – Porto	18,75	8,3	81,25	91,7	100	100
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia	20,50	0	79,50	100	100	100
Hospital de Santo André – Leiria	19,50	22,1	80,49	77,9	100	100
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	17,72	54,5	82,28	45,5	100	100
Hospital Garcia de Orta – Almada	16,75	33,3	83,25	66,7	100	100
Hospital São Francisco Xavier	8,54	14,8	91,46	85,2	100	100
Total	16,50	21,9	83,50	78,1	100	100

Os profissionais inquiridos referem ainda, quase na totalidade, que o método de preparação para o parto efectuado é o psicoprofiláctico (*Quadro 34*).

Quadro 34 – Percentagem estimada pelos inquiridos, relativamente aos métodos de preparação para o parto efectuado pelas parturientes, segundo a instituição.

Instituições.	Métodos de preparação para o parto			
	Psicoprofiláctico %	Aquático %	acupuncultura %	outro %
Hospital S. João – Porto	99,69	-	-	0,31
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	99,9	-	-	0,1
Hospital de Santo André – Leiria	96,98	-	-	3,02
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	99,29	-	-	0,71
Hospital Garcia de Orta – Almada	97,04	-	-	2,96
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	96,35	-	-	3,65

3. 4 - Testando as Hipóteses Referentes às Atitudes dos Profissionais de Saúde Sobre a Preparação Para o Parto.

Relativamente ao estudo das Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto, irei apresentar os dados tendo por base as hipóteses apresentadas.

H4 - Os Profissionais de saúde do sexo feminino têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto, do que os profissionais de saúde de sexo masculino.

Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas das atitudes sobre a preparação para o parto, entre os profissionais de saúde de ambos os sexos (cf. Quadro 35).

Quadro 35 – Médias, desvios padrões e *t* de Student das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por sexo

	Homens n=33	Mulheres n=187	<i>t</i>	<i>p</i>
IAPP –Atitudes globais sobre a preparação				
Média	86,30	86,40	-0,062	0,951
D.P.	8,74	9,69		
F1 – Facilitação/Colaboração da parturiente				
Média	26,60	26,04	0,688	0,492
DP	3,80	4,42		
F2 – Controle emocional da parturiente				
Média	15,90	15,77	0,308	0,758
DP	2,33	2,29		
F3 – Controle emocional da puérpera				
Média	19,06	19,70	-1,286	0,200
DP	2,68	2,62		
F4 – Comunicação				
Média	12,63	12,52	0,311	0,756
DP	1,69	1,94		
F5 – Cooperação com os profissionais saúde				
Média	12,09	12,36	-0,789	0,431
DP	1,94	1,80		

H5 – Os profissionais de saúde solteiros têm atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto, do que os outros profissionais de saúde

Com o objectivo de analisar esta relação, dividi os profissionais de saúde em três grupos: Os solteiros, os casados e os outros (viúvos/divorciados/separados de facto).

Tendo a percepção de que os profissionais de saúde solteiros têm idades mais baixas, menor tempo de experiência profissional e menor formação profissional, elaborei a hipótese atrás referida.

Constatai que existem diferenças estatisticamente significativas de **idade** [$F_{(2,217)}=11,900, p<0,001$] e **tempo** de exercício profissional [$F_{(2,217)}=12,761, p<0,001$], por estado civil. Os enfermeiros solteiros apresentam idades e tempo de exercício significativamente menores em comparação com os grupos dos casados e do grupo dos viúvos/divorciados (Quadros 36 a 38).

Quadro 36 – *Médias, desvios padrões das idades e do tempo de exercício profissional, em anos, por estado civil*

	solteiros n=54	casados n=148	viuvo/divorciado n=18
Idade			
Média	32,50	38,62	42,33
D.P.	9,53	9,05	7,59
Tempo de exercício			
Média	8,57	14,47	19,00
DP	8,85	8,95	7,73

Quadro 37 – *Análise de Variância das idades e do tempo de exercício profissional, em anos, por estado civil*

Variável	S. S.	G.L.	Quadrados médios	F	p
Idade	1957,776	2	978,888	11,900	0,001
	17850,06	217	82,258		
Tempo de exercício	1994,657	2	997,329	12,761	0,001
	16960,14	217	78,157		

Quadro 38 – *Análise de Variância da idade e tempo de exercício profissional, em anos, por estado civil, utilizando o Teste de Scheffé*

Variável Dependente	Estado civil (I)	Estado civil (J)	diferenças de médias (I-J)	Significância
Idade	solteiro	casado	-6,1283	0,001
		viúvo/divorciado	-9,8333	0,001
	casado	solteiro	6,1283	0,001
		viúvo/divorciado	-3,7049	0,264
Tempo de exercício	viúvo/divorciado	solteiro	9,8333	0,001
		casado	3,7049	0,264
	solteiro	casado	-5,9056	0,001
		viúvo/divorciado	-10,4259	0,001
casado	solteiro	5,9056	0,001	
	viúvo/divorciado	-4,5202	0,125	
viúvo/divorciado	solteiro	10,4259	0,001	
	casado	4,5202	0,125	

Através dos dados apresentados nos Quadros 39 e 40, verifiquei que existem diferenças significativas da atitude globais dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto [$F_{(2,217)}=3,761; p<0,025$], por estado civil. Também verifiquei que existem diferenças significativas entre os grupos relativamente à percepção sobre o controlo emocional da

parturiente [$F_{(2,217)}=4,353; p<0,014$], o controlo emocional da puérpera [$F_{(2,217)}=3,079; p<0,048$] e de comunicação [$F_{(2,217)}=4,318; p<0,014$].

Através do teste de comparações múltiplas, utilizando o teste de Scheffé constatei que as diferenças são entre os grupos dos profissionais de saúde casados e solteiros (Quadro 41). Os casados têm atitudes globais significativamente mais favoráveis sobre a preparação para o parto ($p<0,032$). Têm a percepção que a preparação para o parto beneficia o controlo emocional da parturiente ($p<0,031$) e a comunicação desta com os profissionais de saúde ($p<0,015$).

Quadro 39 - *Médias e desvios padrões das atitudes dos profissionais de saúde, sobre a preparação para o parto e dos seus factores extraídos por análise dos componentes principais, por estado civil*

	solteiros n=54	casados n=148	viuvo/divorciado n=18
IAPP –Atitudes globais sobre a preparação			
Média	83,35	87,31	87,94
D.P.	10,41	9,25	7,30
F1 – Facilitação/Colaboração da parturiente			
Média	25,57	26,35	25,94
DP	4,46	4,44	2,68
F2 – Controle emocional da parturiente			
Média	15,03	15,99	16,44
DP	2,45	2,21	1,94
F3 – Controle emocional da puérpera			
Média	18,94	19,72	20,55
DP	2,69	2,60	2,45
F4 – Comunicação			
Média	11,90	12,78	12,44
DP	2,15	1,74	2,06
F5 – Cooperação com os profissionais saúde			
Média	11,88	12,45	12,55
DP	1,85	1,82	1,61

Quadro 40 – Análise de variância das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por estado civil

Variável	S. S.	G.L.	Quadrados médios	F	P
IAPP – Atitudes globais sobre a preparação para o parto	667,420 19254,96	2 217	333,710 88,733	3,761	0,025
Factor 1 – Facilitação/ Colaboração da parturiente	24,558 4085,878	2 217	12,279 18,829	0,652	0,522
Factor 2 – Controle emocional da parturiente	44,432 1107,364	2 217	22,216 5,103	4,353	0,014
Factor 3 – Controle emocional da puérpera	42,128 1484,467	2 217	21,064 6,841	3,079	0,048
Factor 4 – Comunicação	30,569 768,063	2 217	15,285 3,539	4,318	0,014
Factor 5 – Cooperação com os profissionais de saúde	13,640 718,447	2 217	6,820 3,311	2,060	0,130

Quadro 41 – Análise de Variância das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por estado civil, utilizando o Teste de Scheffé

Variável Dependente	Estado civil (I)	Estado civil (J)	diferenças de médias (I-J)	Significância
IAPP: Atitude globais sobre a preparação para o parto	solteiro	casado	-3,9589	0,032
		viúvo/divorciado	-4,5925	0,203
	casado	solteiro	3,9589	0,032
		viúvo/divorciado	-0,6336	0,964
Factor 1: Facilitação/Colaboração da parturiente	solteiro	casado	-0,7772	0,531
		viúvo/divorciado	-0,3703	0,952
	casado	solteiro	0,7772	0,531
		viúvo/divorciado	0,4069	0,932
Factor 2: Controle emocional da parturiente	solteiro	casado	-0,9562	0,031
		viúvo/divorciado	-1,4074	0,075
	casado	solteiro	0,9562	0,031
		viúvo/divorciado	-0,4512	0,075
Factor 3: Controle emocional da puérpera	solteiro	casado	-0,7852	0,171
		viúvo/divorciado	-1,6111	0,080
	casado	solteiro	0,7852	0,171
		viúvo/divorciado	-0,8258	0,451
Factor 4: Comunicação	solteiro	casado	-0,8763	0,015
		viúvo/divorciado	-0,5370	0,578
	casado	solteiro	0,8763	0,015
		viúvo/divorciado	0,3393	0,770
Factor 5: Cooperação com os profissionais de saúde	solteiro	casado	-0,5638	0,152
		viúvo/divorciado	0,6666	0,406
	casado	solteiro	0,5638	0,152
		viúvo/divorciado	-1,1028	0,975
viúvo/divorciado	solteiro	0,6666	0,406	
	casado	0,1028	0,975	

H6 – Os enfermeiros têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que os médicos.

Dado que o instrumento se destina a avaliar as atitudes dos profissionais de saúde, avalei se existiam diferenças estatisticamente significativas de atitudes entre os médicos e enfermeiros, relativamente à preparação para o parto. Constatei que os médicos e os enfermeiros não apresentam diferenças estatisticamente significativas de atitudes em relação à preparação para o parto (Quadro 42).

Quadro 42 – Médias, desvios padrões e *t* de Student das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por profissão

	enfermeiros n= 160	Médicos n=60	<i>t</i>	<i>p</i>
IAPP –Atitudes globais sobre a preparação				
Média	86,40	86,36	-0,025	0,980
D.P.	10,03	8,15		
F1 – Facilitação/Colaboração da parturiente				
Média	26,07	26,26	0,320	0,750
DP	4,55	3,70		
F2 – Controle emocional da parturiente				
Média	15,66	16,15	1,407	0,161
DP	2,29	2,27		
F3 – Controle emocional da puérpera				
Média	19,79	19,10	-1,744	0,083
DP	2,72	2,34		
F4 – Comunicação				
Média	12,52	12,58	0,222	0,825
DP	2,01	1,61		
F5 – Cooperação com os profissionais saúde				
Média	12,34	12,26	-0,293	0,770
DP	1,88	1,67		

H7 – Os profissionais de saúde, que trabalham nas instituições de saúde, onde se faz preparação para o parto, têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que aqueles que trabalham nas instituições de saúde onde não se faz preparação para o parto.

Constatai que não existem diferenças estatisticamente significativas das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, entre os que exercem funções nas instituições onde se pratica ou não a preparação para o parto (*Quadro 43*).

Quadro 43 – Médias, desvios padrões e t de Student das atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por instituição, onde se pratica ou não a preparação para o parto

	Pratica-se n=43	Não se pratica n= 177	t	p
IAPP – Atitudes globais sobre a preparação				
Média	87,00	86,24	0,466	0,642
D.P.	8,49	9,79		
F1 – Facilitação/Colaboração da parturiente				
Média	25,93	26,17	-0,332	0,740
DP	3,97	4,42		
F2 – Controlo emocional da parturiente				
Média	16,18	15,70	1,547	0,125
DP	1,67	2,41		
F3 – Controlo emocional da puérpera				
Média	19,58	19,61	-0,064	0,949
DP	2,82	2,60		
F4 – Comunicação				
Média	12,74	12,49	0,778	0,438
DP	1,70	1,95		
F5 – Cooperação com os profissionais saúde				
Média	12,55	12,26	0,941	0,348
DP	1,54	1,88		

H8 – Os profissionais de saúde que fizeram formação na área da preparação para o parto têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto, do que aqueles que não tiveram qualquer formação nessa área.

Ao elaborar a hipótese que previa que os profissionais de saúde com formação específica de preparação para o parto têm atitudes mais favoráveis sobre o mesmo, do que os profissionais de saúde sem formação específica de preparação para o parto, quiz verificar se, de facto, a formação estava relacionada com as atitudes.

Constatei, através dos resultados do Quadro 44, que existem diferenças estatisticamente significativas de atitudes globais em relação à preparação para o parto, entre os profissionais que fizeram formação na área da preparação para o parto e os que não fizeram preparação. Os profissionais que fizeram preparação para o parto têm atitudes significativamente mais favoráveis sobre a preparação para o parto, em termos de atitudes globais sobre a preparação [LAPP: ($t=-2,548$; $p<0,012$)]. Revelaram também que a preparação para o parto tem repercussões significativas no controlo emocional das puérperas [F3: ($t=-4,074$; $p<0,001$)].

Quadro 44 – Médias, desvios padrões e *t* de Student das atitudes dos profissionais de saúde com e sem formação na preparação para o parto

	com formação n=56	sem formação n=164	<i>t</i>	<i>p</i>
IAPP –Atitudes globais sobre a preparação				
Média	89,16	85,44	-2,548	0,012
D.P.	10,10	9,17		
F1 – Facilitação/Colaboração da parturiente				
Média	27,03	25,81	-1,642	0,104
DP	5,02	4,03		
F2 – Controlo emocional da parturiente				
Média	16,19	15,65	-1,520	0,130
DP	2,31	2,27		
F3 – Controlo emocional da puérpera				
Média	20,80	19,19	-4,074	0,001
DP	2,63	2,52		
F4 – Comunicação				
Média	12,58	12,52	-0,219	0,827
DP	2,22	1,79		
F5 – Cooperação com os profissionais saúde				
Média	12,53	12,25	-1,010	0,314
DP	2,00	1,76		

H9 – Os enfermeiros generalistas têm atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto, do que os enfermeiros especialistas.

Para efectuarmos esta análise, dividi os enfermeiros em dois grupos: enfermeiros *generalistas* e enfermeiros *especialistas*, porque são duas categorias na carreira de enfermagem. Os enfermeiros do nível um são generalistas, possuindo como habilitação profissional o curso de enfermagem (Bacharelato), enquanto os enfermeiros de nível dois são enfermeiros especialistas, tendo frequentado um curso de especialização em enfermagem (Licenciatura).

Atendendo a que os enfermeiros especialistas em princípio, têm médias de idade e de tempo de serviço mais elevado, fui verificar se existiam diferenças significativas destas duas variáveis entre os dois grupos. Constatei que existem diferenças estatisticamente significativas de **idade** ($t = -11,451$; $p < 0,001$) e **tempo** de exercício profissional ($t = -9,476$; $p < 0,001$), por categoria profissional na carreira de enfermagem. Os enfermeiros especialistas têm idade e tempo de serviço significativamente mais elevados (Quadro 45).

Quadro 45 – Médias, desvios padrões e *t* de Student das idades e tempo de exercício profissional, em anos, por categoria profissional, na carreira de enfermagem

	enfermeiros		<i>t</i>	<i>p</i>
	generalistas n=80	especialistas n=80		
Idade (anos)				
Média	30,86	42,87	-11,451	0,001
D.P.	8,10	7,93		
Tempo de exercício (anos)				
Média	6,78	20,16	-9,476	0,001
DP	7,28	7,48		

Constatei, ainda, através da análise do Quadro 46, que existem diferenças estatisticamente significativas, em termos de atitudes em relação à preparação para o parto, entre os enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas. Os enfermeiros especialistas são mais favoráveis em termos de atitudes globais sobre a preparação que os generalistas [IAPP: ($t=-2,801$; $p<0,006$)], e têm a percepção que a preparação para o parto favorece a colaboração/facilitação das parturientes [F1: ($t=-2,070$; $p<0,040$)], o controlo emocional da mesma no trabalho de parto [F2: ($t=-2,967$; $p<0,003$)] e o controlo emocional da puérpera (pós-parto) [F3: ($t=-4,104$; $p<0,001$)].

Quadro 46 – Médias, desvios padrões e *t* de Student das atitudes dos enfermeiros sobre a preparação para o parto, por categoria profissional na carreira de enfermagem

	enfermeiro generalista <i>n</i> ₁ =80	enfermeiro especialista <i>n</i> ₂ =80	<i>t</i>	<i>p</i>
IAPP – Atitudes globais sobre a preparação				
Média	84,22	88,57	-2,801	0,006
D.P.	9,39	10,23		
F1 – Facilitação/Colaboração da parturiente				
Média	25,33	26,81	-2,070	0,040
DP	4,28	4,71		
F2 – Controlo emocional da parturiente				
Média	15,13	16,18	-2,967	0,003
DP	2,06	2,40		
F3 – Controlo emocional da puérpera				
Média	18,95	20,63	-4,104	0,001
DP	2,55	2,64		
F4 – Comunicação				
Média	12,56	12,48	0,235	0,815
DP	1,71	2,27		
F5 – Cooperação com os profissionais saúde				
Média	12,23	12,45	-0,711	0,478
DP	1,75	2,01		

Dado ter constatado que existem diferenças estatisticamente significativas de idades e tempo de exercício profissional em alguns grupos estudados (estado civil, categoria profissional na carreira de enfermagem), fui analisar se existiam correlações entre idade, tempo de exercício profissional e as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto. Constatei que existem correlações positivas, estatisticamente muito significativas entre a **idade** e: a) o tempo de exercício ($r=0,936$; $p<0,001$); b) controlo emocional da puérpera ($r=0,427$; $p<0,001$), do Inventário de Atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto. A idade também apresenta correlações negativas estatisticamente significativas com o factor que representa a percepção dos profissionais de saúde sobre a influência da preparação para o parto na **comunicação** ($r=-0,163$; $p<0,05$). O tempo de

exercício apresenta correlações positivas, estatisticamente muito significativas com o factor controlo emocional da puérpera ($r=0,290$; $p<0,001$).

Quadro 47 - *Correlação de Pearson entre idade, tempo de exercício profissional e as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto.*

	Idade	Tempo exercício	IAPP	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
Idade	-							
Tempo exercício	.936**	-						
IAPP	.075	.106	-					
F 1	.051	.041	.766**	-				
F 2	.098	.124	.787**	.427**	-			
F 3	.250**	.290**	.753**	.378**	.555**	-		
F 4	-.163*	-.105	.637**	.255**	.481**	.422**	-	
F 5	-.041	-.008	.663**	.277**	.536**	.449**	.461**	-

IAPP- Atitudes Globais sobre a preparação para o parto

F1- Facilitação / Colaboração da parturiente

F2- Controlo emocional da parturiente

F3- Controlo emocional da puérpera

F4- Comunicação

F5- Cooperação com os profissionais de saúde

** $p < 0.001$

* $p < 0.05$

3.5 - Resultados das Questões Suplementares

Em face dos resultados relativos ao estudo da importância da preparação para o parto e da análise dos elementos complementares do estudo (Apêndice IV), constatei (Quadro 28) que é frequente a administração de medicamentos analgésicos nas parturientes em trabalho de

parto, pelo que fui avaliar se existiam relações entre este procedimento e a duração do trabalho de parto, na medida em que a administração de analgésicos pode prolongar o trabalho de parto.

Verifiquei que existem diferenças estatisticamente significativas na duração do trabalho de parto entre as parturientes que foram submetidas a analgesia, comparativamente com as que não foram submetidas a este procedimento (Quadro 48). Assim, as que fizeram analgesia apresentam maior duração do trabalho de parto ($t=-2,333$, $p<0,024$).

Quadro 48 – Médias, desvios padrões e *t* de Student da duração do trabalho de parto, em horas, das parturientes que fizeram ou não analgesia, durante o trabalho de parto

	analgésico n=29	não analgésico n=24	<i>t</i>	<i>p</i>
Duração do trabalho de parto (horas)				
Média	11,06	9,29	-2,333	0,024
DP	2,40	3,14		

Fui também verificar, se existia relação entre este procedimento e o Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães fizeram ou não analgésicos. Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas, no Índice de Apgar dos recém-nascidos das parturientes sujeitas ou não a analgésicos (Quadro 49).

Quadro 49 – Médias, desvios padrões e *t* de Student do Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães fizeram ou não analgesia, durante o trabalho de parto

	analgésico n=29	não analgésico n=24	<i>t</i>	<i>p</i>
Apgar ao 1º minuto				
Média	8,72	9,08	1,650	0,109
DP	0,28	1,13		
Apgar ao 5º minuto				
Média	9,82	10,00	1,722	0,096
DP	0,53	0,00		

Dado que a analgesia está relacionada com um aumento da duração do trabalho de parto, fui verificar se este procedimento estava relacionado com o tipo de parto.

Constatei que a analgesia não apresenta relações significativas com o tipo de parto.

Quadro 50- Distribuição, percentagem e teste de Qui Quadrado das parturientes com parto distócico e eutócico versus analgesia, durante o trabalho de parto.

	Eutócico		Distócico		Total		χ^2	<i>p</i>
Analgesia	15	45,50	14	70,0	29	54,7	3,028	0,097
Não analgesia	18	54,50	6	30,0	24	45,3		
Total	33	62,3	20	37,7	53	100,0		

Como constatei, através do quadro B (Apêndice IV), que 85,96 % das parturientes fizeram potencialização para o parto, fui avaliar as relações entre este procedimento e a preparação para o parto nas parturientes primíperas em estudo. Utilizei o teste do Qui Quadrado com correcção de Yates. Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas de potencialização das contracções uterinas, entre as parturientes que fizeram ou não, preparação para o parto.

Quadro 51- *Distribuição e teste de Qui quadrado, das parturientes com e sem preparação para o parto versus submetidas ou não a potencialização durante o trabalho de parto.*

	com preparação		sem preparação		Total		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Potencialização	16	88,9	32	91,4	48	90,6	0,000	1,000
Não potencialização	2	11,1	3	8,6	5	9,4		
Total	18	34,0	35	66,0	53	100,0		

Dada a dimensão de aplicação deste procedimento (48 em 53 parturientes fizeram potencialização do trabalho de parto), fui avaliar se existiam relações entre a potencialização e a duração do trabalho de parto. Constatei que existem diferenças estatisticamente significativas na duração do trabalho de parto entre as parturientes que foram submetidas a potencialização/indução e as que não fizeram potencialização/indução, durante o trabalho de parto (Quadro 52). As que fizeram potencialização/indução apresentam maior duração do trabalho de parto ($t=-6,111$, $p<0,001$).

Quadro 52 – *Médias, desvios padrões e t de Student da duração do trabalho de parto, em horas, das parturientes que fizeram ou não medicação para potencializar/induzir o trabalho de parto*

	potencialização n=48	não potencialização n=5	t	p
Duração do trabalho de parto (horas)				
Média	10,58	7,20	-6,111	0,001
DP	2,82	0,83		

Avaliei, também, se existiam relações entre a potencialização e o Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães foram ou não sujeitas a fármacos para potencializar o trabalho de

parto. Constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas no Índice de Apgar dos recém-nascidos, das parturientes dos dois grupos (Quadro 53).

Quadro 53 – Médias, desvios padrões e *t* de Student do Índice de Apgar dos recém-nascidos, cujas mães fizeram ou não fármacos para potencializar/induzir o trabalho de parto

	potencialização n=48	não potencialização n=5	<i>t</i>	<i>p</i>
Apgar ao 1º minuto				
Média	8,87	9,00	0,303	0,763
DP	0,91	0,00		
Apgar ao 5º minuto				
Média	9,82	10,00	0,544	0,589
DP	0,53	0,00		

Como a potencialização/indução está relacionada com o aumento da duração do trabalho de parto, tentei verificar se este procedimento estava relacionado com o tipo de parto.

Constatei que a potencialização/indução não apresenta relações significativas com o tipo de parto (Quadro 54).

Quadro 54- Distribuição e teste Qui Quadrado das parturientes com parto distócico ou eutócico, submetidas ou não a potencialização durante o trabalho de parto.

	Eutócico		Distócico		Total		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Potencialização	29	87,9	19	95,0	48	90,6	0,739	0,639
Não potencialização	4	12,1	1	5,0	5	9,4		

Quadro 55- Síntese dos resultados da investigação

- As parturientes que fizeram preparação para o parto, apresentam menores níveis de ansiedade estado ($p < 0,03$).
- As parturientes que fizeram preparação para o parto, apresentam menores níveis de PRI total ($p < 0,037$), de PRI afectivo ($p < 0,006$) e de PRI sensitivo ($p < 0,045$).
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na duração do trabalho de parto entre as parturientes que fizeram preparação e as que não fizeram.
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do tipo de parto entre as parturientes que fizeram preparação e as que não fizeram.
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de administração de analgésicos entre as parturientes que fizeram preparação e as que não fizeram.
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do Índice de Apgar ao primeiro e ao quinto minuto entre os recém-nascidos das parturientes que fizeram preparação e os recém-nascidos das que não fizeram.
- Não há diferenças estatisticamente significativas de atitudes dos profissionais de saúde em relação à preparação para o parto entre os profissionais de saúde do sexo masculino e do sexo feminino.
- Os profissionais de saúde casados, têm uma percepção significativamente melhor sobre a preparação para o parto do que os solteiros. Consideram que a preparação para o parto tem repercussões no controlo emocional das parturientes, no controlo emocional das puérperas e na comunicação destas com os profissionais de saúde.
- Os médicos e os enfermeiros não apresentam diferenças estatisticamente significativas de atitudes em relação à preparação para o parto.
- Os profissionais que fizeram preparação para o parto têm atitudes significativamente mais

favoráveis sobre preparação para o parto.

- Não existem diferenças estatisticamente significativas de atitudes dos profissionais de saúde em relação à preparação para o parto, entre as instituições onde se pratica ou não preparação para o parto.
- Os enfermeiros especialistas têm atitudes globais mais favoráveis sobre a preparação para o parto. Têm ainda a percepção de que a preparação para o parto tem repercussões a nível da colaboração/facilitação das parturientes, do controlo emocional da mesma no trabalho de parto e do controlo emocional da puérpera (pós-parto).

Relativamente aos resultados suplementares, constatei:

- As parturientes que fizeram analgesia apresentam maior duração do trabalho de parto.
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do Índice de Apgar ao primeiro e ao quinto minuto entre os recém-nascidos das parturientes que fizeram analgesia e os recém-nascidos das que não fizeram.
- Não existe relação significativa entre o tipo de parto e a administração de analgésicos.
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de administração de fármacos para potencialização/indução das contracções uterinas entre as parturientes que fizeram preparação e as que não fizeram.
- As parturientes que fizeram potencialização/indução das contracções uterinas apresentam maior duração do trabalho de parto.
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do Índice de Apgar ao primeiro e ao quinto minuto entre os recém-nascidos das parturientes que fizeram potencialização/indução das contracções uterinas e os recém-nascidos das que não fizeram.

- A administração de fármacos potencializadores/indutores das contracções uterinas não apresenta relações significativas com o tipo de parto.

Relativamente às questões adicionais preliminares constatei:

- 21,9% das parturientes efectuaram preparação para o parto e 78,9 % não.
- O tipo de preparação para o parto mais efectuado é o psicoprofiláctico (85,7%). Os restantes 14,3% correspondem a outros tipos de preparação para o parto não especificados.
- A 54,7% das parturientes foram-lhe administrados analgésicos durante o trabalho de parto.
- Os profissionais de saúde estimaram que 83,50% das parturientes não fazem preparação para o parto.
- Os profissionais de saúde referem quase na totalidade que o método de preparação para o parto efectuado pelas parturientes é o psicoprofiláctico.
- A percentagem dos profissionais de saúde com formação específica sobre a preparação para o parto é de 25,5%.
- Nas instituições onde se encontra implementado a preparação para o parto, o método utilizado é o psicoprofiláctico.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Os objectivos deste trabalho pretenderam descrever o contexto em que se desenvolve o trabalho de parto e parto nas instituições em estudo, avaliar a influência da preparação para o parto nas parturientes e recém-nascidos e analisar as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto.

Não obstante estar previsto por lei, desde 1984 (Lei nº4/84 de 5 de Abril), a implementação de informação e de recurso a métodos de preparação para o parto, nos serviços públicos de saúde, este estudo permite demonstrar que a preparação para o parto é feita a uma percentagem reduzida de grávidas e, poucas são as Instituições que têm implementado os métodos de preparação para o parto.

A carta dos direitos da parturiente, enunciada pelo Parlamento Europeu em Julho de 1988, também recomenda que as Instituições e os Estados implementem os referidos métodos. Para que esta implementação se verifique, as organizações devem facilitar a aprendizagem de todos os seus membros, de modo que se autotransformem continuamente, permitindo que os objectivos preconizados pela legislação sejam atingidos.

Através dos resultados deste estudo, pude constatar que a preparação para o parto traz benefícios para a parturiente, na medida em que se verifica uma redução dos níveis de ansiedade e dor nas parturientes que fizeram preparação para o parto, o que confirma as hipóteses formuladas.

Relativamente à dor, estes resultados evidenciam o que Mexias (1984) referiu: “o estado de espírito das grávidas preparadas pelo método psicoprofiláctico gera uma sugestão positiva, o convencimento, a confiança e a adesão activa ao método, que provoca a libertação no organismo de endorfinas, as quais têm um papel inibidor da dor num mecanismo complexo, o qual é acompanhado pelo aumento de ocitocina, que acelera as contracções uterinas, diminuindo o tempo de trabalho de parto”.

Burroughs (1995), cita que Newnham (1984), encontrou níveis de endorfina no sangue das mulheres no período de parto, mais elevados do que em mulheres não grávidas.

Relativamente à duração do trabalho de parto, constatei que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de parturientes com e sem preparação, o que não confirma a hipótese em estudo, bem como, o supracitado por Mexias (1984) e por Oxorn (1989), que refere que o período de dilatação e o trabalho de parto progridem mais rapidamente se a parturiente mantiver um bom relaxamento e uma respiração adequada desde o início. Estes resultados podem dever-se ao facto de 90,6% das parturientes terem feito potencialização/indução do trabalho de parto e 54,7% terem sido sujeitas a analgesia. Mendes (1985) refere que se devem indicar para desencadeamento/indução do trabalho de parto todos os casos em que é lícito esperar do prolongamento da gravidez, um perigo relativamente maior para a mãe ou para o feto. O mesmo autor refere as seguintes indicações para o desencadeamento do trabalho de parto: hipertensão arterial, diabetes, morte fetal *in útero*, doença hemolítica Rh, gestação prolongada, rotura prematura das membranas, hemorragia ante-parto, rápida progressão de doença maligna, hidrâmnios, anomalia fetal muito grave e morte fetal anterior perto do termo da gravidez e indução electiva.

Mendes (1985) define *indução electiva* como sendo o realizado por conveniência da paciente e/ou do médico. Deve-se seleccionar rigorosamente os casos, de forma a afastar os fetos cronológicamente prematuros ou de peso insuficiente para quarenta semanas, devendo ser exigente nas condições necessárias para a indução. O mesmo autor refere que, se o parto não progredir devido à inexistência de um padrão contráctil razoável, deve ser potencializado. Por outro lado, chama a atenção que quando as contracções são muito próximas, instala-se uma hipertonia uterina (aumento do número de contracções) e sequente estado de hipóxia e sofrimento fetal inevitável.

O presente estudo evidencia através dos resultados encontrados que a administração de medicação para a potencialização/indução do trabalho de parto, é uma prática corrente. Se tiver presente tanto as indicações das potencializações/induções referidas por Mendes (1985), como os critérios de *inclusão* e *exclusão* do estudo, constato uma percentagem demasiado elevada de potencializações, na medida em que as únicas indicações não controladas neste estudo foram as roturas prematuras de membranas e o padrão contráctil não razoável (limitação do estudo).

Embora tenha verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas de potencialização/indução entre as parturientes que fizeram ou não preparação para o parto, verifiquei que estes procedimentos aumentam a duração do trabalho de parto. Seria de esperar o contrário dado que o objectivo da potencialização é aumentar as contracções uterinas, diminuindo a duração do trabalho de parto. Assim sendo, posso concluir empiricamente, que a elevada percentagem de parturientes sujeitas a fármacos potencializadores do trabalho de parto devem ter sido sujeitas a indução por conveniência da paciente e/ou do médico.

A necessidade de potencialização/indução pode dever-se à administração de analgésicos, uma vez que as parturientes sujeitas à administração de fármacos analgésicos, apresentaram maior duração do trabalho de parto; isto é, a analgesia provoca uma diminuição da dinâmica uterina que, por sua vez, desencadeia a necessidade de potencialização do trabalho de parto. Burroughs (1995) refere que, durante o trabalho de parto, a administração de drogas analgésicas podem afectar a progressão do trabalho de parto. Se um analgésico for administrado muito cedo, na fase latente, pode retardar o trabalho de parto. Confirmei, através dos resultados, que existem diferenças estatisticamente significativas da duração do trabalho de parto, entre as parturientes que fizeram analgesia e as que não fizeram. As parturientes que fizeram analgesia apresentam maior duração do trabalho de parto.

Tal como a indução/potencialização, considero que a administração de analgésicos é uma prática corrente independentemente de ter feito ou não preparação para o parto, visto que não encontrei diferenças significativas de administração de analgésicos nos dois grupos de parturientes em estudo. Este resultado não confirma a hipótese de que as parturientes com preparação para o parto necessitariam de menos analgésicos do que as parturientes sem preparação. Porém, considero ser uma limitação do estudo, o facto de não ter tido em conta o critério de administração (se decisão médica ou pedido das parturientes).

Relativamente ao tipo de parto (eutócico, distócico), não encontrei diferenças estatisticamente significativas entre as parturientes que fizeram preparação e as que não fizeram preparação para o parto, o que não confirma a hipótese em estudo. No entanto é de referir que do total dos partos distócicos, 95% foram potencializados/induzidos. Ploquin (1996) referiu que as consequências das potencializações não são sempre previsíveis, e que em muitos casos surgem complicações que põem em perigo a criança, provocando sofrimento

fetal e acabando, na maioria das vezes, em cesariana. Esta investigação demonstra que as parturientes que tiveram um parto distócico têm uma duração do trabalho de parto significativamente maior do que as parturientes que têm um parto eutócico.

Dado que a analgesia e a indução/potencialização aumentam a duração do trabalho de parto, e que os partos distócicos têm uma maior duração do trabalho de parto, deverão ser efectuados estudos de forma que, controlando estes factores, se analise a sua influência na duração do trabalho de parto e tipo de parto (eutócico, distócico).

Relativamente ao Índice de Apgar dos recém-nascidos ao 1º minuto e 5º minuto não encontrei diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Estes resultados não estão de acordo com o que seria de esperar em função de revisão teórica efectuada e da hipótese formulada, que aponta para um aumento destes Índices nos recém-nascidos das parturientes que fizeram preparação para o parto. O facto pode dever-se à existência de factores contaminantes (indução/potencialização, analgesia) que poderão ter interferido nestes resultados. Outros estudos deverão ser efectuados com maior controlo de tais variáveis.

O Inventário de Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre a Preparação para o Parto, desenvolvido por mim, revelou ser uma escala com boas qualidades psicométricas, permitindo identificar as atitudes de uma forma geral, assim como alguns factores que considero importantes, nomeadamente as percepções referentes à facilitação/colaboração da parturiente, controlo emocional da parturiente, controlo emocional da puérpera, comunicação e cooperação das parturientes com os profissionais de saúde.

Através do estudo da homogeneidade dos itens, constatei que todos eles apresentaram correlações positivas muito significativas, revelando ser capaz de captar aspectos diversos do mesmo atributo, isto é, revelou ser um bom operante do construto geral. Streiner e Norman (1989), citado por Serra (1994), referem que se aceitam como bons, todos os itens que se correlacionam acima de 0,20 com a nota global.

A escala também apresentou um valor do coeficiente de alfa de Cronbach bastante elevado (0.88) e um teste/reteste (0,73) que revela uma boa estabilidade temporal. Considero a proporção da variância explicada pelas componentes (58,99 %) muito razoável, já que Pestana e Gageiro (1998) referem que a variância explicada pelas componentes deve ser, pelo menos, 60%.

Em resposta à pergunta de investigação, quais as atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, os resultados obtidos não vêm corroborar a quarta hipótese formulada, de que os profissionais de saúde do sexo feminino têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto do que os profissionais de saúde do sexo masculino. Estes resultados poderão dever-se ao facto de a formação profissional ser idêntica em ambos os sexos.

Relativamente às atitudes dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto, por estado civil, constatei que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Este facto deve-se às diferenças entre os grupos de profissionais de saúde casados e solteiros. Os casados apresentam atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto. Este facto pode dever-se a que 82,4% dos profissionais de saúde casados já vivenciaram o trabalho de parto, enquanto que 81,55% dos solteiros, ainda não tiveram filhos. Por outro lado, o

profissionais de saúde casados têm uma maior experiência profissional, dado ter constatado que são mais antigos na profissão. Apesar de existirem diferenças de idades nos grupos em estudo, assim como nos anos de serviço, não considere estas variáveis, porque a correlação entre elas e as atitudes não é estatisticamente significativa.

Os resultados não corroboram a hipótese de que os profissionais de saúde que trabalham em instituições onde se faz preparação têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto, do que aqueles que trabalham em instituições de saúde onde não se pratica a preparação para o parto. Estes resultados poderão dever-se ao facto da formação dos profissionais de saúde sobre a preparação para o parto ser semelhante de uma forma geral, em todas as instituições inquiridas. Por outro lado, mesmo nas instituições em que se pratica a preparação para o parto, a percentagem de profissionais com formação específica na área é reduzida o que não facilita uma mudança organizacional em relação à preparação para o parto.

Os resultados corroboram a hipótese de que os profissionais de saúde que fizeram formação na área da preparação para o parto têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação, do que aqueles que não tiveram qualquer formação nessa área. Poderá dever-se ao facto de que os profissionais com formação específica na área dominam as técnicas de preparação para o parto e conhecem os seus benefícios. Estes dados estão de acordo com Hackman (1990), o qual refere que, para dominarem as situações, os indivíduos exploram continuamente um contexto até que este seja conhecido e compreendido. De acordo com estes dados é de esperar que os profissionais com formação possam modificar os seus comportamentos e atitudes, desenvolvendo novas motivações e permitindo que as instituições se desenvolvam e se modifiquem. No entanto, para que uma organização mude é preciso que essa mudança se

verifique a nível da cultura organizacional, ou seja, é preciso mudar os sistemas dentro dos quais as pessoas trabalham e vivem.

Cada organização é um sistema complexo e humano com a sua própria cultura, com o seu sistema de valores e com as suas próprias características. Também o ambiente geral que envolve estas instituições é extremamente dinâmico, exigindo que estas tenham capacidade de adaptação face às mudanças científicas, tecnológicas, económicas, sociais, etc.

Ao corroborar esta hipótese será útil que as instituições reconheçam as aptidões que os seus profissionais detêm para a produtividade e possam incentiva-los a pôrem em prática os seus conhecimentos, mudando a cultura organizacional dominante, permitindo o crescimento tanto das suas potencialidades, bem como, a melhoria dos cuidados prestados, o que se traduzirá numa maior satisfação das utentes.

Festinger (1957) citado por Clemence (1993), explica através da teoria da dissonância cognitiva como um indivíduo induzido a realizar um determinado comportamento contrário às suas convicções, transforma as suas opiniões de modo a serem coerentes com esse comportamento.

Como podemos constatar através da pesquisa bibliográfica muitas são as razões porque o trabalho de parto e parto ainda hoje é um momento de crise para a jovem que vai ser mãe. Assim e de acordo com a teoria de Festinger, penso que os profissionais de saúde com formação na área da preparação para o parto, estão mais aptos a lidar com as numerosas crenças que existem sobre este tema, bem como proporcionar a todas as parturientes.

motivação/capacidade para em pleno trabalho de parto poderem responder adequadamente ao que a equipa de saúde lhe solicitar.

Não confirmei a hipótese de que os enfermeiros apresentavam atitudes mais favoráveis que os médicos sobre a preparação para o parto. Estes resultados podem dever-se ao facto de todos os médicos inquiridos serem especialistas ou em especialização na área da saúde materna, pelo que estão sensibilizados para a importância da preparação para o parto, embora existam associações significativas entre profissão e frequência de formação na área da preparação para o parto. Os enfermeiros fizeram significativamente mais formação na área da preparação para o parto do que os médicos.

Relativamente à hipótese que previa que os enfermeiros generalistas tinham atitudes menos favoráveis sobre a preparação para o parto, do que os enfermeiros especialistas, verifiquei que os enfermeiros especialistas têm atitudes mais favoráveis sobre a preparação para o parto. O facto poderá dever-se à formação que é ministrada durante o curso de especialização, apesar de não ser desenvolvida de uma forma sistematizada. Isto é, os enfermeiros especialistas esforçam-se para estabelecer uma relação consonante entre os seus conhecimentos e as suas atitudes.

No final do século XX, o Hospital é o local onde se acredita que existam procedimentos que proporcionem saúde e qualidade de vida a todo o cidadão que a ele recorra. Nele se prestam cuidados de saúde que são o resultado do trabalho de uma equipa multidisciplinar. Como profissional dessa mesma equipa e sabendo que o Hospital é um dos sistemas que maiores despesas determina, reconhecendo ainda, que em termos de saúde preciso cada vez mais aplicar técnicas e instrumentos de gestão que nos permitam obter

máxima utilidade dos recursos de que dispomos, proporcionado e garantindo uma maior qualidade de vida, considero que:

- Devem ser efectuados mais estudos sobre a preparação para o parto, de forma a replicar este estudo e controlando algumas variáveis, nomeadamente o motivo da tão generalizada utilização de analgesia e de fármacos potencializadores/indutores do trabalho de parto, visto que esta utilização sistematizada se traduz em gastos de recursos materiais, humanos e financeiros.
- Deve ser facultado gratuitamente formação na área da preparação para o parto, aos profissionais de saúde que exerçam funções nas unidades de saúde, com valência de saúde materna, isto porque este estudo demonstrou que as parturientes que fizeram preparação para o parto, apresentam menores níveis de ansiedade e de percepção de dor do que as parturientes que não fizeram preparação para o parto.
- O método deve ser implementado em todas as instituições, na medida em que a legislação o prevê e o recurso a este método poderá contribuir para uma maior redução da analgesia, menor utilização de fármacos em geral, menor duração do trabalho de parto e partos mais naturais.
- O curso de preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico deve ser introduzido nos cursos de especialização em enfermagem que actualmente se encontram em reformulação em todas as Escolas Superiores de Enfermagem, dada as alterações que se estão a verificar no ensino de enfermagem.
- É de todo conveniente que este e outros estudos sobre a preparação para o parto sejam publicados, para que as atitudes dos profissionais de saúde mais cépticos possam de algum modo compreender os benefícios da preparação para o parto. As Instituições de Saúde constituem complexos sistemas humanos e sociais. A su

matéria prima é humana, o seu serviço é feito principalmente por mãos humanas, o produto é humano e o seu objectivo é humano. Sem nos esquecermos que estamos numa era em que os recursos são escassos é mais do que nunca necessário saber gerir de uma forma eficiente garantindo a melhor qualidade dos cuidados às utentes. A preparação para o parto permite proporcionar às Instituições menores gastos na utilização de fármacos, menos recursos humanos nos vários sectores: armazém, farmácia, pessoal médico (anestésistas, obstétricas, pediatras), enfermeiras e auxiliares de acção médica. Em termos de qualidade dos cuidados prestados, o estudo também demonstra que em termos de duração do trabalho de parto ele aumenta conforme as parturientes fazem analgésicos o que se traduzirá por custos acrescidos e descontentamento das utentes. As Unidades de Saúde dispõem hoje de um órgão consultivo – Comissões de Ética para a Saúde, cujo objectivo é o de proceder à avaliação ética das decisões, avaliando situações e nunca as pessoas. Com o presente trabalho pude constatar que as parturientes preparadas pelo Método Psicofiláctico apresentam menores níveis de dor e ansiedade, no entanto, verifiquei que a analgesia é uma prática corrente, o que me leva a questionar se essas mesmas parturientes puderam ou não optar pela administração desses fármacos?

Porque estamos no final de um século que é marcado pelo ressurgimento da ética nas relações humanas e porque o Hospital é uma empresa que gasta recursos financeiros, tem um valor económico e social próprio e consome produtos, espero que este trabalho possa contribuir para que as unidades de saúde imponham ponderação ética e não apenas a técnico-financeira. É urgente que as Instituições adoptem uma cultura de gestão rigorosa dos recursos disponíveis, recursos que são sempre escassos, bem como, exijam às Comissões de Ética a

difusão entre todos os profissionais, da noção do respeito ético pelos utentes, permitindo zelar por todos os seus direitos, modificando os comportamentos dos profissionais que se tornaram uma mera rotina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbaut, Jacques (1990). O Nascimento através dos tempos e dos povos (trad. Faria A. P. e Araújo Carlos). Lisboa: Terramar.
- Barnett, B., Gordon, P. (1986). Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. Psychological Medicine, 16 (1), 177-185
- Bryman, Alan; Cramer, Ducan (1993). Análise de dados em ciências sociais- Introdução às técnicas usando o SPSS. 2ª edição. Oeiras: Celta Editora.
- Burroughs, Arlene (1995). Uma Introdução à Enfermagem Materna. 6ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castelnau, D.; Pouget, R (1984). Aspect psychologique de la douleur. La douleur Chronique, Simon, L.; Roquefeuil, B.; Pélissier., J.; Masson, Paris (1985).
- Clemence, Alain (1993). Les Théories de la Dissonance Cognitive. Análise Psicológica, 2 (XI), 237-251
- Colman L.L., e Colman, A.D. (1994). Gravidez: Experiência Psicológica, Lisboa: Edições Colibri.
- Crisóstomo, M.R., Oliveira, M. Saraiva, Gonçalves, A.F. (1994). Dor no trabalho de parto. Como Aliviá-la? Dor, 2, 9-18
- Davis, Sally (1989). Gravidez em Adolescentes. Clínicas pediátricas da América do Norte. Vol 3, Rio de Janeiro: Interlivros.
- Donker, Frank J.S. (1991). Evaluacion y tratamiento conductal del dolor crónico. Manual de Psicologia Clínica Aplicada, 27-47

- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone patient. American Journal of Medicine, 26, 899-918
- Figueiredo, E. et al (1983). Processo Gravidico e Ansiedade. Psicologia Médica.
- Graça, Luís M. (1996). Medicina Materno Fetal : Fundamentos e Prática Clínica. Vol II, Lisboa.
- Hackman, R. (1990). Group Influence on Individuals in Organizations. In D.M. Dunnette & M. Laetta (Eds), Handbook of Industrial and Organizational Psychology (vol. 3, pp. 199-267). Palo Alto, California : Consulting Psychologists Pree, Inc.
- Lima, Margarida Pedroso & Vieira, Cristina Maria Coimbra (1996). Metodologia da Investigação Científica: Caderno de Textos de Apoio às Aulas Práticas. 4ª edição, Coimbra.
- Maldonado, M.T. (1976). Psicologia da Gravidez, parto e puerpério. Rio de Janeiro : Editora Vozes.
- Martins, Henriqueta Maria Ramalhinho G.C. (1990). Uma adaptação do Questionário da Dor de McGill/Melzack para a Língua Portuguesa. Monografia de Fim de Curso apresentada na área de Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. , Kolodny, R.C. (1992). Human sexuality. USA: Harper Collins Publishers, Inc.
- Melzac, R & Wall, Patric (1987). O desafio da dor (trad. Nestor Rodrigues), Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Mendes, Mário (1991). Curso de Obstétrica. 1ª edição, Coimbra: Almedina.

- Mendes, Mário Luiz (1985). Obstetrícia Essencial. 2ª edição, Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Mexias, Graça (1984). Texto de apoio. Lisboa.
- Musaddiq, J. (1987). Role of psychological factors in complications during first trimester of pregnancy. Journal of Personality and Clinical Studies, 3 (1), 11-16
- Omer, E. et al. (1986). Psychological variables and preterm labour : A possible solution for some methodological problems. Journal of Psychosomatic Research, 30 (5), 559- 565
- Oxorn, Harry (1989). Trabalho de parto. 5ª edição, São Paulo: Roca.
- Pagel, M.D. , Smilkstein, G., Regen, H. Montano, D. (1990). Psychosocial influences on newborn outcomes : A controlled prospective study. Social Science and Medicine, 30 (5), 597-604
- Pedro, Jaime R.. (1998). Nascido na Água. Bebé d'Hoje. Editora Nau, 1 (4), 10-14.
- Pedro, João C. P. (1985). A Relação Mãe-Filho. Influência do contacto precoce no comportamento da díade. Lisboa : Imprensa Nacional- Casa da Moeda.
- Pessotti, Isaias (1978). Ansiedade. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lta.
- Pestana, Maria Helena; Gageiro, João Nunes (1998). Análise de Dados para Ciências Sociais- A complementariedade do SPSS. 1ª edição, Lisboa : Edições Sílabo Lda.
- Pilowsky, I. (1978). Psychodynamic aspects of pain experience. The Psychology of Pain, 203-217, Sternbach , R. A., New York : Raven Press.
- Pinto, Amâncio C. (1990). Metodologia da Investigação Psicológica. Edições Jornal de Psicologia.

- Ploquin Max (1996). Parto natural, Haptonomia. Texto de apoio. Lisboa.
- Poland, M.L., Giblin, P.T., Lucas, C.P.; Sokol, R.J. (1986). Psychobiological determinants of pregnancy- induced hypertension. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 5 (2), 85-92
- Polit, D .; Hungler B. (1985). Investigacion científica en ciencias de la salud (2ª ed.). Tradução de José R. B., Homero Vela Trivino. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A.
- Reading, A.E. (1983). The influence of maternal anxiety on the course and outcome of pregnancy: A review. Health Psychology, 2 (2), 187-202
- Richardson, R.J. et al. (1989). Pesquisa social: métodos e técnicas. 2ª edição, Editora Atlas.
- Rodrigues, Nestor; Rodrigues, Helena (1993). Considerações sobre a neurofisiologia da dor. Dor. 1 (2), 67-76
- Rofe, Y., Blittner, M.; Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the tree trimesters of pregnancy. Journal of Clinical Psychology, 49 (1), 3-12
- Santos, P.L. (1993). Reações ansiosas na gravidez e comportamento interactivo das mães durante o período neonatal dos filhos. Análise Psicológica, 4 (XI), 485-495
- Serra, Adriano Vaz (1986). O Inventário Clínico do Auto- Conceito. Psiquiatria Clínica, 7 (2), 67-84
- Serra, Adriano Vaz, et al. (1986). Relações entre auto- conceito e expectativas, Psiquiatria Clínica, 7 (2), 91-101

- Serra, Adriano Vaz (1994). Inventário de Avaliação Clínica da depressão. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Soares, Maria Celeste Pereira (1994). Preparação para o parto pelo método psicofilático. Texto de apoio. Porto.
- Soifer, R (1992). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Brasil: Editora Artes Médicas.
- Vallejo Pareja, M. V. (1983). Evaluation Y Tratamiento Psicologico del dolor. Revista Española de Terapia del Comportamento, (1), 3, pp. 329-365.
- Van der Berg, B.R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. Pre and Peri natal Psychology Journal, 5 (2), 119-130. Resumo da Silver Platter File: Psyclit.
- Vartiainen, H.T. (1992). Effects of psychosocial factors, especially work- related stress on female fertility and pregnancy. Psychiatria Fennica, 23, 103-121. Resumo da Silver Platter File: PsyCLIT.
- Vellay, Pierre. (1995). A vida sexual da mulher- O método psicofilático do parto sem dor. Lisboa: Editorial Estampa Lda.

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,certifico que concordo em participar voluntariamente, na investigação científica, que Lucília Silva Alexandre Coelho, se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado em Comportamento Organizacional, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Lisboa, e que tem como orientador o Sr. Professor Doutor Jorge Silva Ribeiro.

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente explicada por.....

Tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco.

Sou livre de responder às questões dos questionários e, posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

98 /...../
Data

.....
Assinatura da Inquirida

98 /...../
Data

.....
Assinatura do / a Inquiridor / a

APÊNDICE II

na Sra

Sou aluna do mestrado em Comportamento Organizacional, no Instituto Superior Psicologia Aplicada em Lisboa e, encontro-me a elaborar a dissertação de mestrado.

Gostaria de saber a sua opinião sobre aspectos relativos ao parto.

Para a sua concretização é imprescindível a sua colaboração.

Peço-lhe que responda com a máxima sinceridade a este questionário, dado que o trabalho não pretende qualquer tipo de avaliação.

O questionário é composto por quatro partes. As primeiras três são preenchidas o(a) Sr(a) enfermeiro/a.

A quarta parte é composta por questionários de auto - preenchimento que visam aliar a dor durante o trabalho de parto.

As respostas são absolutamente confidenciais. Como não existem respostas certas erradas, agradeço que responda com sinceridade a todas as questões, mesmo que o tenha certeza absoluta sobre algumas delas.

Obrigado pela Colaboração

Lucília Silva Alexandre Coelho

QUESTIONÁRIO

I PARTE - AVALIAÇÃO DEMOGRÁFICA

Nome

Idade anos

3- Estado Civil

Religião

Católica

Protestante

Outra Especifique

II PARTE - AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA

É a primeira vez que está grávida? Sim Não

Data da última menstruação? 7- Idade Gestacional

Gravidez Planeada

Desejada

Acidental

Fez preparação para o parto? Sim Não

Qual o tipo de preparação para o parto que realizou? Aquático

Acupunctura

Psicoprofilático

Outro Especifique

Durante quantas semanas fez preparação para o parto?

Quantas aulas semanais frequentou?

Observação ginecológica na admissão

.....

.....

III PARTE (PREENCHIMENTO APÓS O PARTO)

tipo de Parto Eutócico

Distócico

- Se foi distócico, qual? ... Forceps

Ventosa

Cesariana

Duração do trabalho de parto (horas)

Fez analgesia durante o trabalho de parto? Sim Não

- Se sim, qual? Dose

Teve acompanhamento durante o trabalho de parto? Sim Não

1- Se sim, por quem? Marido

Mãe

Outro Especifique

Quem seguiu o trabalho de parto? Médico assistente

Enfermeira da preparação

Outro Especifique

- Quem lhe fez o parto? Médico assistente

Enfermeira da preparação

Outro Especifique

- Índice de Apgar do recém - nascido (1º minuto) 5º minuto

- Peso do recém - nascido

STAI - Forma Y1

Questionário de Auto-Avaliação

Desenvolvido por Charles D. Spielberger

em colaboração com

R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs

ções:

Em baixo tem uma série de frases que habitualmente são utilizadas para descrever pessoas. Leia uma delas e assinale com uma Cruz X o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de a descrever o melhor possível a maneira como se sente neste momento.

	Nada 1	Um pouco 2	Modera- Damente 3	Muito 4
Sinto-me calma				
Sinto-me segura				
Estou tensa				
Sinto-me cansada				
Sinto-me à vontade				
Sinto-me perturbada				
Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças				
Sinto-me satisfeita				
Sinto-me amedrontada				
Sinto-me confortável				
Sinto-me auto-confiante				
Sinto-me nervosa				
Sinto-me trémula				
Sinto-me indecisa				
Sinto-me descontraída				
Sinto-me contente				
Estou preocupada				
Estou confusa				
Sinto-me firme				
Sinto-me bem				

STAI - Forma Y2

uções:

Em baixo tem uma série de frases que habitualmente são utilizadas para descrever pessoas. Leia uma delas e assinale com uma cruz X o algarismo da direita que melhor indica como se sente habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de o a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

	Quase nunca 1	Algumas vezes 2	Frequen- Temente 3	Quase Sempre 4
Sinto-me bem				
Sinto-me nervosa				
Sinto-me satisfeita comigo mesma				
Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser				
Sinto-me falhada				
Sinto-me tranquila				
Estou calma				
Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar				
Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância				
Estou feliz				
Tenho pensamentos que me perturbam				
Falta-me auto- confiança				
Sinto-me segura				
Tomo decisões facilmente				
Sinto-me inadequada				
Estou contente				
Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam				
As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente				
Sou uma pessoa firme				
Fico tensa quando penso nas minhas preocupações				

EXERCÍCIO 2

COMO VAI DESCREVER A SUA DOR ?

UNOS 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 APENAS UMA PALAVRA, A QUE MELHOR CORRESPONDA À SUA DOR.

1	2	3	4	5
1. Picada	1. Repentina	1. Picadela	1. Fina	1. Beliscosa
2. Cortante	2. Impetuosa	2. Ferroadada	2. Cortante	2. Pressão
3. Pontante	3. Brusca	3. Perfurante	3. Lacerante	3. Caímbra
4. Sátil		4. Punhalada		4. Triturante
5. Queimante		5. Lancinante		5. Corrosiva
6	7	8	9	10
1. Queimadura	1. Quente	1. Coceira	1. Moinha	1. Tensa
2. Vermelha	2. Ardente	2. Formigueiro	2. Irritante	2. Áspera
3. Inchaço	3. Abrasadora	3. Ardor	3. Pesada	3. Maçadora
	4. Queimante		4. Contínua	4. Terrível
			5. Prolongada	
11	12	13	14	15
1. Queimadura	1. Estonteante	1. Assustadora	1. Castigadora	1. Ofuscante
2. Cortante	2. Sufocante	2. Mortificante	2. Penosa	2. Arrasante
		3. Pavorosa	3. Ruim	
			4. Cruel	
			5. Torturante	
16	17	18	19	20
1. Queimadura	1. Irradiada	1. Entorpecida	1. Morna	1. Fraca
2. Cortante	2. Disseminada	2. Apertada	2. Fria	2. Nauseante
3. Pontante	3. Trespasante	3. Fissurante	3. Gelada	3. Incómoda
4. Sátil	4. Penetrante	4. Estiramento		4. Suicida
5. Queimante		5. Dilacerante		5. Angustiante
				6. Atroz

OCÇÃO 3

DESCREVA 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

OCÇÃO 4

INTENSIDADE DA DOR

OS TERMOS SEGUENTES 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

APÊNDICE III

no/a Sr(a) Dr(a) / Enf^o(a)

Sendo aluna do mestrado em Comportamento Organizacional, no Instituto Superior Psicologia Aplicada em Lisboa, encontro-me a elaborar a dissertação de mestrado.

Uma das vertentes da dissertação é analisar a opinião dos profissionais de saúde sobre o comportamento das grávidas relativamente ao parto.

Para a sua concretização é imprescindível a sua colaboração.

Peço-lhe que responda com a máxima sinceridade.

As respostas são absolutamente confidenciais. Como não existem respostas certas erradas, agradeço que responda a **todas as questões** mesmo que não tenha certeza soluta sobre algumas delas.

Obrigado pela Colaboração

Lucília Silva Alexandre Coelho

QUESTIONÁRIO

I PARTE

de Anos

2- Sexo Masculino

Feminino

Estado Civil

Religião

Católica

Protestante

Outra

Especifique

Profissão 5.1- Médico/a

5.1.1- Categoria Profissional

5.2- Enfermeiro/a

5.2.1- Categoria Profissional

Ano em que concluiu o curso de medicina 19

Ano em que concluiu o curso de enfermagem 19

Faz alguma especialização ?

Sim

Não

Se sim, qual ?

8.2- Concluída no ano de 19

Faz formação na área da preparação das grávidas para o parto ? SIM

NÃO

Se sim, qual ?

Onde ?

Há quanto tempo ?

Anos

Meses

Local onde exerce funções :

- Hospital

10.1.1- Serviço

- Centro de Saúde

Qual o número de partos anuais na sua instituição ?

Em relação ao total de partos, qual a percentagem de partos distócicos ?

Na instituição onde exerce funções, pratica-se algum método de preparação para o parto ?

Sim

Não

Se sim, qual o método ?

Aquático

Acupuntura

Psicoprofilático

Outro Especifique

Qual a percentagem estimada de parturientes que recorrem à sua instituição, que não fizeram qualquer preparação para o parto ?%

De entre as que fizeram preparação para o parto e por método, qual a percentagem estimada de parturientes que recorrem à sua instituição, ?

Aquático %

Acupuntura %

Psicoprofilático %

Outro %

Tem filhos ? SIM NÃO

- Se sim, quantos ?

2- Se sim, fez ou participou na preparação para o parto ? SIM NÃO

3- Qual o método de preparação que fez ou que participou ?

Aquático

Acupuntura

Psicoprofilático

Outro Especifique

4- Durante quanto tempo (semanas), participou ou fez preparação para o parto ?

Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	10	>11
1													
2													
3													

- Indique 3 razões que a/o levaram a fazer/participar na preparação para o parto.

.....

.....

.....

II parte

favor, preste muita atenção às frases e assinale com um X o que melhor reflecte a sua opinião.

	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
As grávidas que fazem preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico colaboram activamente no trabalho de parto.					
A equipa de saúde consegue estabelecer pior comunicação com as grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico.					
As grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico estão mais calmas durante todo o trabalho de parto.					
As grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico estão mais ansiosas durante todo o trabalho de parto.					
As grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico manifestam mais dor durante todo o trabalho de parto.					
As parturientes sem qualquer tipo de preparação para o parto, gritam menos durante o trabalho de parto.					
Nas parturientes sem qualquer tipo de preparação, verifica-se um menor esgotamento materno.					
As mulheres preparadas pelo método psicoprofiláctico não precisam de analgesia durante o trabalho de parto.					
A duração do 1º período do trabalho de parto é maior, nas grávidas que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico.					
Seguir o trabalho de parto de uma mulher sem preparação para o parto é menos cansativo.					
Seguir o trabalho de parto de uma mulher sem preparação exige menor disponibilidade.					
A preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico intensifica a colaboração da mulher no período expulsivo.					
A preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico actua como facilitador da relação mãe/ filho no pós parto.					
Existe menor dificuldade de comunicação entre a equipa de saúde e as parturientes sem preparação.					
5 As mulheres preparadas pelo método psicoprofiláctico apresentam-se mais ansiosas no puerpério.					
3 As mulheres preparadas pelo método psicoprofiláctico estão menos angustiadas no puerpério.					
7 As mulheres preparadas pelo método psicoprofiláctico estão menos motivadas para amamentar o recém-nascido.					

	Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Os recém – nascidos das mulheres que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático choram mais nos primeiros dias.					
As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático são mais receptivas às orientações da equipa de saúde.					
As mulheres preparadas pelo método psicoprofilático apresentam mais distúrbios mentais no pós – parto.					
As mulheres que fizeram preparação para o parto pelo método psicoprofilático têm uma expectativa do parto mais positiva.					

APÉNDICE IV

Elementos Complementares ao Estudo Efectuado

Conforme o quadro A, 54,7% das 128 parturientes foram submetidas a analgesia durante o trabalho de parto. De salientar que no Hospital Garcia de Orta, 5 em 6 das parturientes foram submetidas a analgesia. Também no Hospital de São João, 9 em 12 das parturientes foram submetidas a esta medida terapêutica para alívio da dor no trabalho de parto. Realço, no entanto, a pequena dimensão da amostra nas duas instituições.

Quadro A - *Número total de parturientes que fizeram analgesia durante o trabalho de parto, por instituição.*

Instituições.	n	fez analgesia		não fez analgesia	
		n	%	n	%
Hospital S. João – Porto	12	9	75,0	3	25,0
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	4	1	25,0	3	75,0
Hospital de Santo André – Leiria	68	29	42,6	39	57,4
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	11	8	72,7	3	27,3
Hospital Garcia de Orta – Almada	6	5	83,3	1	16,7
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	27	18	66,7	9	33,3
Total	N=128	70	54,7	58	45,3

Conforme o quadro B, foi administrada medicação a 85,9 % das parturientes em trabalho de parto, para potencializar/induzir as contracções uterinas.

Quadro B– *Número total de parturientes que fizeram medicação para potencializar/induzir as contracções uterinas, por instituição.*

Instituições.	n	fez		não fez	
		n	%	n	%
Hospital S. João – Porto	12	8	66,7	4	33,3
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	4	4	100,0	-	-
Hospital de Santo André – Leiria	68	56	82,4	12	17,6
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	11	10	90,9	1	9,1
Hospital Garcia de Orta – Almada	6	6	100,0	-	-
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	27	26	96,3	1	3,7
Total	N=128	110	85,9	18	14,1

Conforme o quadro C, o parto eutócico representa 60,9% dos partos e os distócicos representam 39,1% dos partos.

Quadro C – *Número total do tipo de partos, por instituição*

Instituições.	n	eutócico		distócico	
		n	%	n	%
Hospital S. João – Porto	12	3	25,0	9	75,0
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	4	2	50,0	2	50,0
Hospital de Santo André – Leiria	68	45	66,2	23	33,8
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	11	7	63,6	4	36,4
Hospital Garcia de Orta – Almada	6	4	66,7	2	33,7
Hospital São Francisco Xavier – Lisboa	27	17	63,0	10	37,0
Total	N=128	78	60,9	50	39,1

Constatei através dos resultados apresentados no quadro D, que 75% das parturientes estiveram acompanhadas durante o trabalho de parto.

Quadro D - *Número de parturientes que tiveram acompanhamento durante o trabalho de parto*

Acompanhamento no trabalho de parto	n	%
Sim	96	75,0
Não	32	25,0
Total	N=128	100,0

Através do quadro E, verifiquei que a parturiente é acompanhada em 97% dos casos pelo marido. Também constatei que esse acompanhamento é feito por familiares próximos como a cunhada, a sogra ou por uma amiga.

Quadro E- *Identificação dos acompanhantes das parturientes durante o trabalho de parto*

Acompanhante durante o trabalho de parto	n	%
marido	93	97,0
cunhada	1	1,0
sogra	1	1,0
amiga	1	1,0
Total	N=96	100,0