



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

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

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA:

**Uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de
parto e parto**

Sandra Daniela Paiva da Silva

Coimbra, dezembro de 2018



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA:

**Uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de
parto e parto**

Sandra Daniela Paiva da Silva

Orientadora: Mestre Teresa Maria de Campos Silva

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, dezembro de 2018

*“Nunca peças uma hora pequena, pede um Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para te fazer o parto”*

VB (2018)

A ti Habibi...

AGRADECIMENTOS

As palavras falham na hora de agradecer...

Primeiramente à minha família, em especial aos meus Pais e à minha Irmã, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço, por todos os ensinamentos de vida e pelas frequentes ausências.

Às minhas especiais amigas de Especialidade e Mestrado que me ampararam e encaminharam: Fafa. Fifi e Kiki.

A ele, um agradecimento especial pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos. Por tudo, a minha enorme gratidão.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CI - Consentimento Informado

CIPE - International Council of Nursing

CTG - Cadiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

EE-ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENFAD - Estratégias Não Farmacológicas para Alívio da Dor

EFAD - Estratégias Farmacológicas para Alívio da Dor

et al. - e outros

ICM - International Confederation of Midwives

LS - Literacia em Saúde

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PP - Plano de Parto

PPP - Preparação Para o Parto

RN - Recém-nascido

TP - Trabalho de Parto

RESUMO

Enquadramento: A maternidade é uma das maiores transições desenvolvimentais vividas pela mulher. O trabalho de parto (TP) e parto podem assumir-se como experiências muito marcantes, quer positiva, quer negativamente. Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EE-ESMO) promover uma transição saudável para a maternidade, necessitando para isso de capacitar a mulher, de modo a que adquira poder e controlo sobre a sua saúde, proporcionando um ganho de conhecimentos e desenvolvimento de competências que lhe permitirão ter uma participação ativa na sua autodeterminação e no seu projeto de saúde enquanto parturiente.

Objetivos: Identificar a informação que a mulher possui sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante o TP e parto; Analisar como a mulher utiliza a informação que possui sobre saúde materna durante o TP e parto; Identificar os determinantes e condicionantes que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados durante o TP e parto, promotores de uma maternidade saudável.

Metodologia: estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Amostra intencional, por bola de neve, ficou constituída por 12 participantes (saturação da informação à décima segunda entrevista), com critérios de inclusão definidos. O instrumento para recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, cumpriram-se os procedimentos formais éticos da investigação. Os dados foram interpretados, segundo a Análise de Conteúdo de Bogdan & Biklen.

Resultados: dos relatos das participantes, emergiram 6 domínios principais em torno da temática principal: Fontes de Informação sobre TP e Parto; Plano de Parto; Cuidados de Saúde na Maternidade; Cuidados prestados pelo EE-ESMO; Tomada de decisão na maternidade e Experiência de TP e Parto.

Conclusão: A experiência de TP e parto foi referida como sendo positiva. Apesar das mulheres evidenciarem possuir informação sobre TP e parto, referiram total falta de autonomia nas tomadas de decisão assim como falta de abertura por parte da equipa de saúde para que pudessem expor as suas preferências relativas ao TP e parto.

Palavras-chave: maternidade, literacia em saúde materna, empowerment, trabalho de parto, parto e transição para a parentalidade.

ABSTRACT

Background: Motherhood is one of the greatest developmental transitions experienced by women. Labor and delivery can be seen as very striking experiences, either positive or negative. It is incumbent upon the specialized nurse in maternal and obstetrical health to promote a healthy transition to motherhood by enabling women to acquire power and control over their health, providing the development of competences that will allow them to take an active part in their self-determination and in their health project as parturients.

Objectives: To identify the information that women have about maternal health in order to understand the health care provided to them during labor and delivery; to analyze how women use the information they have about maternal health during labor and delivery; to identify the determinants and constraints that influence the decision making of women about the different health care provided to them during labor and delivery, promoters of a healthy maternity.

Methodology: Qualitative, exploratory-descriptive study. Intentional sample, by snowball, was composed of 12 participants (information saturation at the twelfth interview), with defined inclusion criteria. The instrument for data collection was the semi-structured interview, the formal ethical procedures of the research were fulfilled. The data were interpreted according to the Bogdan & Biklen Content Analysis.

Results: From the reports of the participants, there came out 6 main domains around the main topic: sources of information on labor and delivery; birth plan; maternity health care; care provided by specialized nurses in maternal and obstetrical health; maternity decision making and labor and delivery experience.

Conclusion: The experience of labor and delivery was reported as being positive. Although the women evidenced to have information about labor and delivery, they reported total lack of autonomy in the decision making as well as lack of openness from the health team so that they could expose their preferences regarding labor and delivery.

Key words: maternity, maternal health literacy, empowerment, labor, delivery and transition to parenthood.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Literacia em Saúde de Sorensen & Van den Broucke apud Mannaerts (2016)	30
Figura 2 - Recomendação esquemática do modelo de cuidados sobre o trabalho de parto e parto da OMS 2018	46
Figura 3 - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance	64
Figura 4 - Visão esquemática dos domínios.....	90
Figura 5 - Domínio: Fontes de Informação sobre Trabalho de Parto e Parto.....	95
Figura 6 - Plano de Parto	98
Figura 7 - Categoria: Cuidados de Saúde na Maternidade.....	124
Figura 8 - Domínio: Tomada de decisão na Maternidade.....	134
Figura 9 -Visão esquemática geral com domínios, categorias, subcategorias nível 1 e subcategorias nível 2.....	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das puérperas	79
Tabela 2 - Caracterização da última gravidez/parto.....	82

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1 - LITERACIA EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE MATERNA.....	27
1.1 - EMPOWERMENT PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	31
1.2 - CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO.....	37
1.2.1 - Plano de Parto.....	38
2 - RECOMENDAÇÕES DA OMS.....	41
2.1 - RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL – 1996.....	42
2.2 - RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO – 2018.....	46
3 - TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	55
3.1 - PARTO EUTÓCICO E PARTO DISTÓCICO.....	59
4 - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	63
5 - COMPETÊNCIAS DO EE-ESMO.....	67
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO.....	73
6 - METODOLOGIA do estudo.....	75
6.1 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	75
6.2 - OBJETIVOS DE ESTUDO.....	76
6.3 - PARTICIPANTES.....	77
6.3.1 - Caracterização das participantes.....	79
6.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	83
6.5 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS.....	85
6.6 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS.....	86
7 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	89
CONCLUSÃO.....	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

APÊNDICE II – Carta Informativa - Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXO I - Parecer nºP498-04/2018 da Comissão de Ética

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma etapa da vida da mulher, na qual se processam profundas alterações em diferentes níveis que irão contribuir para o desenvolvimento da maternidade. A gravidez altera toda a dinâmica pessoal e familiar da mulher, provoca alterações físicas evidentes, assim como grandes alterações emocionais e psicológicas. Felicidade, medo e insegurança afetam a mulher de forma evidente, tornando essencial todo o apoio, para que este momento tão especial seja vivido em toda a sua plenitude.

O nascimento de um bebê é um dos eventos mais emocionantes, misteriosos e transformadores na vida de cada ser humano. É uma experiência indelévelmente gravada tanto na vida da mãe que dá à luz como na do bebê que nasce.

Devemos considerar que o trabalho de parto (TP) e o parto são constituídos por períodos de transição e que cada momento apresenta uma situação, uma reação e sentimentos diferentes, que requerem sensibilidade para serem percebidos (Carraro T. et al., 2008).

O parto é considerado o momento de transição para a maternidade, pois finalmente, mãe e filho poderão encontrar-se frente e frente. O nascimento de um filho constitui um momento de grande ajuste na vida dos pais e de elevada vulnerabilidade para a mãe, pois promover com eficiência os cuidados ao recém-nascido (RN) é por si só gerador de stress e incerteza, sobretudo para as primíparas pela insegurança e ansiedade em compreender e lidar com o RN (Vieira & Reis, 2017).

O terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável refere-se à “promoção de saúde com qualidade” e visa “garantir o acesso à mesma e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Para isso, e no que diz respeito à Saúde Materna e Obstétrica, procuram até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais; reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos; acabar com as mortes evitáveis de RN's, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos.

A OMS (1996) define Literacia em Saúde (LS) como sendo a capacidade para procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades, possibilitando o aumento do controlo pessoal sobre a saúde do próprio indivíduo: em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, de forma a promover e manter uma boa saúde.

Durante a gravidez, a mulher deve adquirir informação, e conhecimentos que lhe confirmem autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem positivamente a sua saúde, ou seja, elas devem ser empoderadas durante todo o ciclo gravídico-puerperal, para serem capazes de tomarem decisões assertivas relativamente à sua saúde e à saúde do seu filho.

Tendo em vista a tomada de decisão informada, as mulheres têm direito a receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, assim como os seus benefícios, prejuízos e alternativas (Leite, 2012).

A escolha informada não é um ideal em cuidados de saúde, mas sim uma exigência ética, predicado indispensável nos cuidados de enfermagem. É importante que o EE-ESMO seja o veículo impulsionador da tomada de decisão fundamentada, refletida e sobretudo livre e autónoma, assumindo deste modo um papel de organizador e de acompanhante da mulher no processo. Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é valorizar a sua capacidade de decisão, é respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia, é promover o direito à condição de pessoa.

O parto e o nascimento são momentos em que o EE-ESMO pode desempenhar uma atuação determinante, sendo que o diferencial do modelo de cuidados prestados por este profissional consiste na capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva entre si e a mulher (Lopes et. al., 2009). Ainda segundo os mesmos autores, o EE-ESMO tem o papel preponderante no cuidado humanizado, que é imprescindível para que a mulher tenha uma experiência positiva no TP e parto.

Kameda e Shimada (2008) definem empowerment como o reforçar de poder, transferir/dar poder ou capacitar, sendo que o empowerment na grávida refere-se ao sentimento de autorrealização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, originando um aumento de energia psicológica espontânea para alcançar a gravidez e o parto desejados.

Os cuidados obstétricos que encontramos hoje são caracterizados por um alto grau de medicalização, avanços tecnológicos e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos. Apesar destes avanços terem correspondido às expectativas da redução da queda da mortalidade/morbilidade materna e principalmente infantil, contribuíram para que a mulher seja “violada” e muitas vezes desrespeitada na sua componente humana e de cidadania.

Em 1996, a OMS, elaborou um relatório intitulado “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” onde identificou as práticas mais comuns utilizadas durante o TP e tentou estabelecer normas de boas práticas para a conduta do TP e parto sem complicações, baseando-se na evidência científica, cujo objetivo era garantir os direitos da mulher e diminuir as intervenções desnecessárias.

Apesar da existência destas recomendações, observa-se atualmente nas maternidades do país que determinadas práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas ao mesmo tempo muito difíceis de desenraizar (Arias, Nelas, & Duarte, 2013).

Uma experiência de parto positiva é o objetivo de todas as mulheres que estão grávidas, neste sentido, a OMS (2018) define experiência positiva de parto como sendo uma experiência que preenche ou ultrapassa os objetivos sociais, culturais e pessoais da mulher, o que inclui o nascimento de um bebé com boa saúde, num bom contexto clínico e psicológico, com apoio prático e emocional contínuo de um ou mais acompanhantes durante o TP e parto, assim como pessoal clínico benevolente e competente sobre o plano técnico. Assim, a OMS lançou em 2018 um guia intitulado “Recomendações da OMS para os cuidados durante o TP para uma experiência positiva de parto” que visam transformar os cuidados prestados à mulher e ao RN de forma a melhorar a sua saúde e o seu bem-estar.

Em Portugal os estudos que abordam a Literacia em Saúde Materna são escassos. Perante a análise da literatura existente, emergiu a necessidade pessoal e profissional, de estudar a Literacia em Saúde Materna: uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de TP e parto, na tentativa de obter respostas para melhor perceber como as mulheres adquirem e utilizam a informação de forma a promover uma experiência positiva do seu TP e parto.

Nesta linha de inquietação, foram elaborados os seguintes objetivos para o estudo:

A. Identificar a informação que a mulher possui sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante o TP e parto;

B. Analisar como a mulher utiliza a informação que possui sobre saúde materna durante o TP e parto;

C. Identificar os determinantes e condicionantes que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados durante o TP e parto, promotores de uma maternidade saudável.

Este trabalho está estruturado em duas partes, com oito capítulos, uma Introdução e uma Conclusão. Na Introdução é explicada a importância do estudo e os motivos que me levaram à realização do mesmo, é também apresentado o tema de investigação e os respetivos objetivos que o norteiam, bem como é também apresentada a estrutura e organização do documento.

A primeira parte do trabalho inclui os capítulos de 1 a 5 e onde é feito o enquadramento teórico do trabalho. O capítulo 1 aborda a Literacia em Saúde/Saúde Materna; o capítulo 2 fala do Trabalho de Parto e Parto, onde é apresentado o parto normal/eutócico, o parto distócico, dados estatísticos e o empowerment para o Trabalho de Parto e Parto; o capítulo 3 refere-se às Recomendações de OMS, quer para a assistência ao Parto Normal (1996), quer para uma experiência positiva de parto (2018); o capítulo 4 aborda a transição para a parentalidade e o capítulo 5 apresenta as competências do EE-ESMO.

A segunda parte do trabalho designa-se Estudo Empírico e inclui os capítulos 6 e 7. O capítulo 6 designado como metodologia do estudo, apresenta o desenho de investigação, os objetivos de estudo, a população alvo e amostra, o instrumento de recolha de dados, o processo de recolha de dados e os procedimentos éticos e formais. No capítulo 7 apresentam-se, analisam-se e discutem-se os resultados.

Na conclusão tecem-se as considerações finais, fazendo-se referência às limitações do estudo, ao seu contributo para a prática bem como se apresentam sugestões para investigações futuras.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - LITERACIA EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE MATERNA

Durante muitos anos, o papel social das mulheres ficou restrito ao lar. A figura da mulher foi rigidamente associada à maternidade. Ela era vista apenas como o recetáculo de um filho advindo do sêmen do homem. Era, primeiramente, subordinada às vontades do seu pai e posteriormente às do seu esposo. A mulher era educada para ser mãe, esposa e dona de casa. Deste modo, as questões relacionadas à sua saúde foram deixadas de lado, assim como a vigilância da gravidez e o parto.

O conceito de Literacia em Saúde (LS) apareceu pela primeira vez nos anos 70, desde aí tem vindo a evoluir, captando a atenção de várias áreas do saber como por exemplo a área de saúde pública, da saúde mental, da educação e dos cuidados em saúde.

Em Portugal o conceito de literacia foi introduzido por Ana Benavente num estudo intitulado “*A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*”. Neste estudo está explícito que na literacia não se trata de saber aquilo que as pessoas aprendem e sabem, mas sim, de saber o que, em situações da vida e do quotidiano, são capazes de usar (Lopes, 2011).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 refere que a promoção da LS dos cidadãos tem sido identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde, assumindo uma preocupação na definição de políticas de saúde.

A OMS (1996) define LS como sendo a capacidade para procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades, possibilitando o aumento do controlo pessoal sobre a saúde do próprio indivíduo: em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, de forma a promover e manter uma boa saúde. Uma característica comum destas definições é o seu foco nas competências individuais necessárias para obter, processar e entender serviços e informações de saúde para tomar decisões de saúde adequadas (Sorensen, 2012). Deste modo, a LS promove a autonomia do utente no controlo da sua saúde e determina a forma como os sistemas de saúde são utilizados.

Cavaco & Santos (2012) referem que LS consiste no grau de capacidade de cada pessoa em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde, de modo a que consiga uma tomada de decisão adequada em relação à saúde. Remete para as práticas diárias, para o uso quotidiano, para as competências

e não só para as habilitações e qualificações escolares. A fraca LS é o maior obstáculo para uma eficiente compreensão de informação sobre a doença e o seu tratamento.

Mojoyinola (2011) acrescenta ainda que nos serviços de saúde a alfabetização é considerada como LS, referindo-se à capacidade de ler, compreender e tomar decisões sobre informações de saúde, ou a capacidade de obter, interpretar e compreender a informação e os serviços básicos para melhorar a saúde.

Para Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) a LS inclui a capacidade de compreender instruções provenientes de profissionais de saúde, inclui também habilidades cognitivas e sociais e a competência para usar tais informações e serviços de forma a melhorar a saúde. A LS inclui a habilidade para ler e compreender as prescrições e instruções, panfletos informativos, bulas de medicamentos, assim como devem ter habilidade para alcançar os serviços de saúde (Idem).

Assim, podemos concluir que o conceito de LS evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Na prática clínica, é comum os profissionais de saúde sobrestimarem a LS dos seus utentes, deste modo a análise dos níveis de literacia destes assume uma importância extrema, uma vez que pode fornecer aos responsáveis pelos cuidados de saúde informação de forma a adequarem a informação transmitida. Alguns autores referem que esta análise pode alienar e estigmatizar os utentes com um nível baixo de LS, enquanto que outros afirmam que os profissionais de saúde devem saber as limitações do utente para que se possam ajustar a este (Gonçalves, 2015).

Deste modo, LS refere-se à forma como as pessoas compreendem a informação fornecida acerca da saúde e dos cuidados de saúde e de como aplicam às suas vidas, utilizando-a para tomar decisões seguras e conscientes; a LS influencia a saúde dos indivíduos, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde.

Nutbeam (2000) considera que a LS inclui, mas não restringe as competências numéricas e verbais de leitura e escrita, perspetivando a LS como uma estratégia para o empowerment.

As pessoas com baixa LS evidenciam uma menor capacidade de compreensão dos conteúdos do material informativo sobre saúde, doenças, exames de diagnóstico, consumo de alimentos ou o uso de medicamentos. Apresentam também mais

dificuldade em pesquisar, selecionar, ler e assimilar a informação em saúde disponível na internet ou através de outros meios. Como resultado da iliteracia em saúde, os estudos realizados referem um conjunto de consequências negativas como: pior estado de saúde, fraca adesão à terapêutica e erros na toma da medicação, taxas mais elevadas de hospitalização e re-hospitalização, maior utilização dos serviços de urgência, capacidade diminuída para tomar decisões de saúde adequadas e comunicar com profissionais de saúde, entre outras. Além disso, um baixo nível em LS também representa custos económicos elevados para os sistemas de saúde e para a sociedade. A baixa LS está associada a uma maior taxa de mortalidade, maiores taxas de hospitalização e pouca capacidade de autogestão de doença crónica (Mitchell et al., 2012).

Por outro lado, níveis elevados de LS têm sido associados a resultados positivos como: melhores resultados em saúde e aumento do bem-estar, melhor utilização dos serviços de saúde, diminuição dos comportamentos de risco para a saúde, diminuição dos gastos com a saúde e aumento da resiliência das comunidades face à adversidade.

Um alto nível de LS não implica necessariamente uma alta capacitação do doente e vice-versa, e os desencontros destes níveis podem ter consequências nefastas. Desde logo, altos níveis de LS sem correspondência na capacitação criam uma dependência desnecessária dos doentes face aos profissionais de saúde, por outro lado um grau de autonomia elevado, sem um grau correspondente de LS apresenta o risco de escolhas perigosas para a saúde.

O nível de LS dos cidadãos parece ser um problema real e grave, que limita a sua capacidade para obter e perceber a informação de saúde, qualquer que seja a fonte que utilizem para o fazer. Tal facto tem implicações sérias no momento da consulta face a face com o profissional de saúde, quer ao nível da sua duração, quer do esforço exigido do profissional para lidar com expectativas criadas ou ideias formadas que podem ser erradas, a partir de informação que colheram, por exemplo na internet. Capacitar os utentes através do aumento da LS deverá ser o objetivo de todos os profissionais de saúde.

Existe uma série de documentos disponíveis para avaliara LS, mas nenhum consegue fazer uma avaliação de todo o conceito, uma vez que ele tem um âmbito mais amplo do que as capacidades de competências individuais.

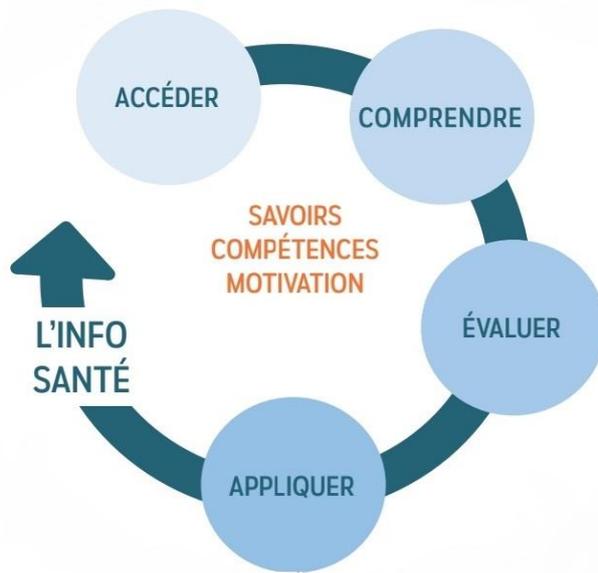


Figura 1 - Modelo de Literacia em Saúde de Sorensen & Van den Broucke apud Mannaerts (2016)

De acordo com este modelo a LS comporta quatro grandes dimensões: o aceder, que se refere à capacidade de procura, de encontrar e obter uma informação sobre saúde; o compreender que nos remete para a capacidade de compreender a informação sobre saúde que está acessível; a avaliação que nos fala da capacidade de interpretar, de filtrar, de julgar e avaliar a informação sobre saúde que foi consultada e a aplicação que aborda a capacidade de comunicar e utilizar a informação para tomar uma decisão de modo a manter ou melhorar a saúde.

Durante a gravidez, a mulher deve adquirir informação, e conhecimentos que lhe confirmam autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde, ou seja, elas devem ser empoderadas durante todo este ciclo gravídico-puerperal, para serem capazes de tomarem decisões pensadas e assertivas relativamente à sua saúde e à saúde do seu filho.

Após a pesquisa realizada sobre Literacia em Saúde Materna, poucos foram os estudos/artigos encontrados que falassem da mesma, o que reforça a importância deste estudo, numa perspetiva de avaliação da literacia em saúde materna, nas grávidas entrevistadas.

1.1 - EMPOWERMENT PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO

A Lamaze International (2016) sublinha que as mulheres possuem uma habilidade inata para parir, mas que a confiança e capacidade para o fazer, pode ser fomentada ou condicionada pelo prestador de cuidados e pelo local onde o parto ocorre. As mulheres têm direito a parir, livres de intervenções médicas rotineiras, por isso, é premente o respeito pela sua autonomia, pelo direito à escolha e pelo contributo que têm a dar aos cuidados a si prestados (Beauchamps & Childress, 2011).

A institucionalização do parto substituiu o saber/poder feminino, orientado pela intuição e pela experiência quotidiana, pelo saber/poder/fazer masculino, guiado pela técnica, pela tecnologia e pela medicalização da sociedade (Pinheiro & Bittar, 2012).

Segundo os mesmos autores (p. 213), o parto hospitalar “colocou a mulher como objeto, e não como sujeito de ação durante o processo de nascimento, no qual as ações e rotinas de trabalho são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas”.

Segundo Leite (2012), uma grande percentagem das gravidezes terminam num parto sem intercorrência e sem necessidade de intervenção médico-cirúrgica, no entanto, com a evolução do conhecimento técnico e científico, implementaram-se práticas sofisticadas e sustentadas na tecnologia, que uniformizam e instrumentalizam os cuidados na maternidade. Infelizmente, as práticas em obstetrícia mantêm-se rotineiras destituindo a mulher do seu papel ativo e colocando mãe e o RN em perigo, pois a maioria das mulheres acredita, erradamente, que tecnologia e o intervencionismo médico são garantia de maior segurança para ambos (Lothian, 2008). Para além da violação de direitos básicos inerentes à qualidade de cidadão (direito à autodeterminação e ao respeito), estas práticas desumanizadas e desatualizadas, centradas nos profissionais, violam os princípios éticos reguladores de todas as profissões de saúde, em concreto o Código Deontológico dos Enfermeiros. De acordo com a International Confederation of Midwives (2013) é central à prática das parteiras o trabalho em conjunto com as mulheres e os profissionais de saúde para ultrapassar as práticas culturais que prejudicam mulheres e bebés.

O parto constitui um ritual de passagem, fundamental para o desenvolvimento da autoestima, autoconfiança e empowerment, bem como para o crescimento pessoal da mulher. É através da confrontação com a dor que a mulher se passa a olhar como

uma pessoa madura e capaz, e se torna consciente da sua capacidade para lidar com grandes desafios, nomeadamente reunir os recursos que necessita para assumir o papel de mãe (Holvey, 2014).

Tendo em vista a tomada de decisão informada, as mulheres têm direito a receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, assim como os seus benefícios, prejuízos e alternativas (Leite, 2012).

Cribb & Duncan (2002) referem que é papel dos profissionais de saúde apoiar e ajudar a construir a autonomia do indivíduo, respeitando a escolha autónoma sem emitir juízos de valor. Por sua vez, Kolovos, Kaitelidou, Lemonidou, Sachlas, & Sourtzi (2015) referem que a relação enfermeiro-cliente e o fornecimento de informação individualmente ajustada foram identificados como requisitos fundamentais para a participação ativa do cliente na tomada de decisão, no âmbito dos cuidados de Enfermagem.

A escolha informada não é um ideal em cuidados de saúde, mas sim uma exigência ética, predicado indispensável nos cuidados de enfermagem. É importante que o enfermeiro seja o veículo impulsionador da tomada de decisão fundamentada, refletida e sobretudo livre e autónoma, assumindo deste modo um papel de organizador e de acompanhante da mulher no processo. Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é valorizar a sua capacidade de decisão, é respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia, é promover o direito à condição de pessoa.

Kameda e Shimada (2008) definem empowerment como o reforçar de poder, transferir/dar poder ou capacitar, sendo que o empowerment na grávida refere-se ao sentimento de auto-realização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, originando um aumento de energia psicológica espontânea para alcançar a gravidez e o parto desejados.

Segundo Mesquita (2005), uma pessoa empoderada é aquela que tem uma competência participativa responsável, ou seja, que possui a capacidade de se comprometer com os processos de tomada de decisão, logo, participa e detém controlo sobre as decisões em saúde, podendo afetar ou alterar as mesmas.

Na grávida o empowerment é determinado pelos conhecimentos adquiridos e experiências vividas ou partilhadas, os quais atribuem à mulher: autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciam a própria saúde.

Fatores demográficos, obstétricos e do foro psicossocial influenciam a independência, autoeficácia e o poder de decisão da grávida que demonstra a sua capacitação para o parto e para a maternidade.

A grávida necessita de inúmeras informações ao longo do seu ciclo gravídico-puerperal, que lhe permitirão adquirir poder de decisão e autonomia para se auto cuidar, assim como cuidar do seu filho, conquistando autoridade para lidar com as mudanças.

Durante a gravidez a mulher vai ouvindo histórias e relatos de partos, muitas vezes dramatizados, o que faz com que surja o medo pelo parto por este estar associado ao medo da dor, mas também ao desconhecido e a complicações. As expectativas negativas afetam e forçam as grávidas a lidar com a sua situação, deste modo, elas querem estar envolvidas, ser supervisionadas e incluídas nas decisões acerca da sua gravidez, TP, parto e pós parto (Silva, 2014).

Quando a mulher recebe informações corretas a respeito do parto, ela poderá sentir-se mais autoconfiante e os sentimentos vivenciados durante esse processo poderão ser menos dolorosos e mais positivos. O medo do desconhecido muitas vezes aumenta a ansiedade, e com isso a sensação de dor, impedindo-as de permanecerem tranquilas e seguras para vivenciarem plenamente o momento. O medo sentido por muitas mulheres em relação ao parto vaginal e as suas consequências, pode ocorrer devido à falta de informação e de diálogo esclarecedor entre o EE-ESMO e a mulher, sobre os seus anseios, dúvidas e dificuldades. Quando a mulher frequenta as aulas de PPP, permite-lhe vivenciar intensamente as emoções do parto, com a sensação gratificante de participação ativa no nascimento do seu filho.

Segundo Lopes et. al. (2009), a segurança da mulher durante o TP e parto depende do seu grau de conhecimento e preparação para este evento ao longo da gravidez e principalmente das orientações que recebe dos profissionais de saúde que a acompanham durante este período. Quando o EE-ESMO promove a participação ativa da mulher no parto, contribui para eliminar sensações de medo, dor, angústia e pânico. Por outro lado, pode originar também um comportamento positivo da mulher, o que lhe proporcionará uma experiência menos amedrontadora, que irá dar lugar a sentimentos de confiança e segurança.

O acompanhamento dado à mulher nos momentos que antecedem o parto é fundamental para a sua confiança na capacidade que tem em ser mãe e cuidar do filho, onde deverá primar a valorização da individualidade (Lopes et. al., 2009). É imprescindível que a mulher seja reconhecida como a protagonista durante o parto,

onde as suas escolhas deverão ser respeitadas na realização de práticas de saúde que permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do RN. A mulher que vivencia este momento de forma consciente e com participação ativa tem um resultado mais rápido e satisfatório.

A mulher em TP e parto precisa receber cuidados humanizados e seguros, que lhe garantam o acesso aos benefícios dos avanços científicos, mas, principalmente, que lhe permita e a desperte para o exercício da cidadania, dando-lhe oportunidade de escolha no TP e parto (Carraro T. et al, 2007).

No processo gravídico-puerperal, a mulher é entregue à equipa de saúde, sendo cuidada por desconhecidos, o que muitas vezes a impede de participar ativamente neste processo. Além disso, o hospital é sempre considerado um lugar estranho para a mulher e para a sua família, podendo também originar sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança. O cuidado digno e respeitoso, na atenção à mulher em TP e parto, é um direito seu, e a sua violação é crime (Idem).

A mulher, assim como a família/acompanhante devem ser vistas como seres humanos integrais e indivisíveis, com autonomia e participação tanto no processo de gerar como no processo de parir um filho.

O medo do parto, muitas vezes associados ao medo da dor, mas também do desconhecido ou de complicações pode funcionar como catalisador do empowerment, sendo por isso determinante estabelecer uma relação com a equipa de EE-ESMO que lhes deverá transmitir o sentimento de segurança, confirmação e respeito (Silva, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) defende que é importante oferecer à parturiente um apoio contínuo durante o TP, maximizando o uso das suas próprias potencialidades, sendo fundamental informar as mulheres sobre o parto e o seu PP, para que assim possam tomar decisões sobre práticas clínicas que serão realizadas no seu próprio corpo (empowerment).

O consentimento informado (CI) é um direito, relativo a todas e quaisquer decisões inerentes à vida ou à saúde dos indivíduos, e um dever de todos os profissionais criarem condições para a sua efetivação. Para isso é fundamental estabelecer uma relação efetiva entre a mulher e o profissional de saúde, partilhando conhecimentos, e aptidões no sentido de a tornar competente para a tomada de decisão, de aceitação ou recusa de cuidados (OE, 2007). A obtenção do CI deve então basear-se numa relação da máxima confiança, a fim de se conseguir um maior sucesso terapêutico,

resultando da interação contínua, que não termina no momento da aceitação, mas se prolonga durante a prestação de cuidados.

O papel do EE-ESMO durante o TP e parto passa por salvaguardar os direitos das mulheres, garantindo que são prestados os cuidados adequados, com os recursos disponíveis e de acordo com os pressupostos éticos. É seu dever garantir que as mulheres recebem as informações apropriadas antes de consentirem o tratamento ou os procedimentos, devendo demonstrar sempre disponibilidade para acompanhar a mulher/casal, garantindo todos os esclarecimentos solicitados e necessários para a satisfação das suas necessidades.

A informação que a pessoa tem direito de receber para a realização de qualquer intervenção, consiste precisamente num pressuposto para que o respeito da autonomia seja conseguido, assim como um requisito para se cumprir o princípio da beneficência, pois ao informar devidamente a mulher sobre o porquê das atuações que se lhe propõe, contribui-se para a sua adesão aos procedimentos necessários para alcançar o seu melhor estado de saúde.

No que diz respeito à ética profissional em saúde, é verdade que o respeito pela autonomia, impõe a anulação do paternalismo e a adoção do CI. Os EE-ESMO são prestadores de cuidados especializados e elementos integrantes das equipas multidisciplinares que devem garantir o respeito pelo consentimento informado, fornecendo a informação completa e isenta sobre os recursos e as formas de acesso aos mesmos, permitindo que este exerça conscienciosamente o seu poder de decisão. O EE-ESMO deve sempre reger-se pelos princípios fundamentais, principalmente pelo princípio do respeito pela autonomia, onde a vontade da pessoa competente e esclarecida, deverá ser respeitada, seja no sentido do consentimento ou do dissentimento do cuidado proposto.

Odent (2010) refere que a vivência do TP é um momento único em que a mulher necessita sentir segurança para que o seu corpo faça aquilo que tem que fazer. Refere ainda que o silêncio e o respeito pela intimidade e privacidade durante o TP e parto devem ser a prioridade de quem acompanha o desenrolar do TP e parto.

A carta de Otawa (1986) e a Declaração de Jacarta (1997) reforçam a importância da promoção da saúde como um processo que visa a capacitação dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. A promoção da saúde deve ser efetuada pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. A promoção da saúde pressupõe a instauração e manutenção de comportamentos não só

saudáveis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais (Vieira & Reis, 2017).

O conceito de capacitação ou empowerment aponta para uma parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu emponderamento em saúde. É um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, para que se tornem capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações e elaborar estratégias de participação na tomada de decisões face às suas necessidades (Vieira & Reis, 2017).

Durante a gravidez ocorrem diversas transformações psicológicas e fisiológicas na mulher. Esta necessita de inúmeras informações acerca do ciclo gravídico-puerperal que lhe permitirão adquirir o poder de decisão e autonomia para se auto-cuidar bem como para cuidar do RN, conquistando autoridade para lidar com as mudanças.

A informação, o poder de decisão, a autonomia e a autoridade, são alguns dos constructos do empowerment, que foi adotado nos cuidados de saúde com o objetivo de capacitar o cidadão para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença. Surgiu através da evolução da conceção da autonomia e responsabilidade do indivíduo, de modo a ultrapassar a tentação para atitudes paternalistas, de proteção excessiva e de tomada de decisão assumidas, de forma unilateral, pelos profissionais de saúde. De um modo geral, o empowerment propicia a adoção de estratégias individuais e coletivas à introdução, alargamento e reforço de todo um conjunto de ações e comportamentos que promovem o aumento dos níveis de saúde, assim como à redução e eliminação de comportamentos que a comprometam.

A aplicação do empowerment em saúde, por significar a participação ativa dos cidadãos nos processos, traduz-se no desenvolvimento de novas relações de parceria entre os profissionais de saúde e os utilizadores destes serviços, conduzindo, necessariamente, à reorientação das estratégias de gestão dos serviços de saúde, dissipando-se o poder pré-estabelecido dos profissionais. Numa prática que englobe a filosofia do empowerment, o poder é partilhado, os utentes são ajudados a experimentar uma sensação de poder na relação com os profissionais de saúde, os quais são colaboradores em vez de superiores.

O nascimento em si, pode ser um evento empoderador na vida da mulher, mas pode, contudo, reduzir a sua autoconfiança e influenciar a sua reprodução futura.

1.2 - CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Ao longo da gravidez é normal a mulher se preocupar com a preparação para o parto (PPP), assim, ler livros, ver filmes, falar com outras mulheres e assistir à PPP, fazem parte das preocupações da mulher, afim de vencer o medo e a ansiedade do parto. Os EE-ESMO têm um papel importante e uma necessidade de investirem na educação para a saúde.

De acordo com Bobak (1999) o objetivo principal do curso de PPP consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do TP.

Segundo Paúl (1989) um dos principais objetivos do curso de PPP é proporcionar à mulher um papel ativo no parto, tornando-a atenta ao seu corpo, preparando-a para o seu futuro papel de mãe.

Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno (2010) referem-se aos cursos de PPP como tendo os seguintes objetivos: prover a grávida de informações necessárias sobre a gestação, parto e cuidados ao RN; vencer a ansiedade inerente ao parto; reduzir a dor com técnicas de respiração e relaxamento; despertar na mulher processos de aprendizagem e conhecimento do seu corpo, de modo a que venha a desempenhar um papel pró-ativo e positivo no cuidado pela sua saúde; proporcionar o encontro/partilha com outras mulheres em situação semelhante; orientar o futuro pai para que esteja o mais próximo da sua mulher durante todo o processo; e apresentar à grávida o ambiente do TP e parto.

Os mesmos autores referem que há evidências credíveis que demonstram que as aulas de PPP podem aumentar o nível de conhecimento materno relativo ao parto, melhorar os resultados do parto como o menor uso de analgésicos e conduzir a uma experiência de parto mais satisfatória.

Os programas de PPP são um direito legalmente estabelecido através da Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto. Santana et al. (2015) acrescentam que tem sido observado um aumento da procura grávida/casal nos programas de preparação.

A DGS através da circular normativa n.º 2/006 – Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte de 24706/2006 determina que a PPP deve incluir “aulas teóricas” em grupo sobre TP, analgesia, aleitamento materno e cuidados ao RN, “as aulas práticas” usando o método psicoprofilático e que deve ser garantida a presença do

companheiro. O programa deve ser ministrado por uma EE-ESMO e com formação no método psicofilático de PPP.

Apesar dos benefícios da PPP já descritos, alguns estudos também demonstram que certos cursos podem não ir ao encontro das necessidades informativas das mulheres. Tendo sido discutido até então que as aulas de PPP tendem a preparar as mulheres para aderirem às rotinas hospitalares, em vez de facilitar as suas respostas adaptativas ao TP ou empoderá-las para atingirem os seus objetivos relativos ao parto (Lee & Holroyd, 2009).

De todos os métodos de PPP o mais conhecido é o de Lamaze ou Psico-profilático que consiste num curso de 9 sessões a frequentar durante o terceiro trimestre de gravidez. Na primeira sessão dá-se uma ideia geral sobre o funcionamento fisiológico, reações do organismo com vista à adaptação e o papel do cérebro; na segunda fala-se da respiração e das suas relações com a gravidez e parto permitindo à mulher tomar consciência do útero, da cinta abdominal e do diafragma; na terceira trata-se da educação neuro-muscular – relaxamento; na quarta fala-se das fases do TP e do comportamento adequado em cada fase do parto; na quinta sessão fala-se do período expulsivo e do comportamento adequado nesta fase; na sexta sessão e seguintes, faz-se uma revisão das sessões anteriores e esclarecem-se as dúvidas (Paúl, 1989).

Segundo Bento (1992) a PPP não pretende suprimir inteiramente as dores, mas visa modificar a atitude da mulher que, ao invés de ligar o parto ao medo e ao terror, passa a aceitá-lo com compreensão, segurança, tranquilidade e mesmo com satisfação.

1.2.1 -Plano de Parto

Segundo o Parecer nº 7/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012),

“O Plano de Parto consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de informação com a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto. A sua elaboração pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo o apoio do EE-ESMO fundamental (p.1). ”.

A mesma fonte refere que a OMS recomenda para o Parto Normal, uma das condutas claramente útil e que deveria ser encorajada (Categoria A) que é a realização de um

“Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família (p.1).”

Em Portugal não existe nenhuma regulamentação relativa à forma de elaboração do plano de parto (PP) uma vez que este documento é do foro individual. Contudo, é fundamental que seja elaborado com o apoio do EE-ESMO no sentido de salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente á expectativa e desejos apresentados no mesmo, a sua exequibilidade, tendo por base o constante bem-estar materno-fetal. No entanto existe legislação nacional e internacional, de aplicabilidade direta e indireta em Portugal, que são passíveis de proteger a vontade que é expressa no PP. Esta legislação esta consta nos artºs 38º, 39º, 149º e 150º do Código Penal Português; artºs 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e artºs 5º, 8º e 9º da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina.

É dever do EE-ESMO salvaguardar o bem-estar materno-fetal, tendo em conta as liberdades de escolha (informada) das mulheres/famílias quanto ao seu projecto de parentalidade e de parto, e estando ele presente ao longo de todo o processo de gravidez/ parto e pós-parto, é da competência do EE-ESMO fomentar a realização do PP tanto na consulta de vigilância pré-natal como nos cursos de PPP, se tal for o desejo dos casais que têm ao seu cuidado. A excelência dos cuidados a prestar pelo EE-ESMO na sala de parto exige a observação do PP apresentado pelos casais. O não cumprimento desta conduta viola o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2012).

Quando a mulher iniciar o TP, o PP deve estar presente durante todo o processo, para que uma vez avaliados os riscos possíveis, se possa dotar os desejos nele expostos com a evolução do processo. É necessário avaliar a obsessão pelo “parto perfeito”. Há que informa que todas as expectativas e PP estão sujeitos à situação clínica, pelo que podem ocorrer desvios se a evolução do parto o requerer.

2 - RECOMENDAÇÕES DA OMS

Historicamente durante o parto as mulheres eram atendidas por outras mulheres, no ambiente familiar, mas com o processo de institucionalização do parto, as mulheres foram levadas para os hospitais sendo lá deixadas, isoladas da família. O parto deixou de ser um evento íntimo passando a ser público e medicalizado.

Nas últimas décadas observou-se uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados para mães e RN's, e algumas vezes para racionalizar e otimizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar.

Em países desenvolvidos onde estas práticas se generalizaram, questiona-se cada vez mais se esses altos índices de intervenção são valiosos ou desejáveis. Consequentemente podemos dizer que em muitos casos a mulher passou a ter um papel passivo, decorrente do aumento substancial de tecnologia e intervenções realizadas de forma rotineira e muitas vezes desnecessária com algumas consequências nefastas para a mulher/RN e para a própria sociedade. Paradoxalmente, uma conduta mais intervencionista, que em geral é justificada pelo uso de tecnologia em prol da eficácia e da segurança da mulher e do RN pode estar associada a piores resultados maternos e neonatais. Vários estudos demonstram que o aumento do número de cesarianas e induções de parto ao longo das últimas 3 décadas resultou num maior número de RN's prematuros ou com baixo peso ao nascer (Silva et. al., 2013).

Segundo a OE (2012), a medicalização e a instrumentalização do parto invadiram os contextos onde o parto acontece, colocando em causa a autonomia da parturiente, o respeito pela “pessoa” e o que é preconizado como o mais adequado: *“o parto como um evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção possível, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas e possa participar ativamente no decurso do parto (OE, 2012, p.10)”*.

A mulher deve ser cuidada de modo a respeitar a sua dignidade, a sua autonomia e o seu controle, garantindo em simultâneo e criação de laços familiares mais fortes e

consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao RN.

Por outro lado, humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e para o RN (OMS, 1996).

Os cuidados obstétricos que encontramos hoje são caracterizados por um alto grau de medicalização, avanços tecnológicos e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos. Apesar destes avanços terem correspondido às expectativas da redução da queda da mortalidade/morbilidade materna e principalmente infantil, contribuíram para que a mulher seja “violada” e muitas vezes desrespeitada na sua componente humana e de cidadania.

2.1 - RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL – 1996

Em 1985, foi realizada a Conferência sobre a Tecnologia Apropriada para o Parto, sob a coordenação da OMS, tendo sido considerado um marco tanto para a saúde pública como para a defesa dos direitos da mulher e do RN. Deste encontro resultou um relatório chamado “Carta de Fortaleza”, onde consta a recomendação de algumas práticas obstétricas que devem ser implementadas, a fim de garantir a segurança e o bem-estar da mulher e do seu RN, como a liberdade de escolher a melhor posição para parir e a presença de acompanhante durante o TP, parto e pós parto. Por outro lado também recomenda a eliminação de outras técnicas consideradas prejudiciais como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia de rotina e a indução do TP (Idem).

Em 1996, a OMS, elaborou um relatório intitulado “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” onde identificou as práticas mais comuns utilizadas durante o TP e tentou estabelecer normas de boas práticas para a conduta do TP e parto sem complicações, baseando-se na evidência científica, cujo objetivo era garantir os direitos da mulher e diminuir as intervenções desnecessárias.

Apesar da existência destas recomendações, observa-se atualmente nas maternidades do país que determinadas práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas ao mesmo tempo muito difíceis de desenraizar (Arias, Nelas, & Duarte, 2013).

Assim, a OMS (1996) publicou recomendações para a atenção ao parto normal, distribuindo-as em 4 categorias:

CATEGORIA A: *Práticas úteis e que devem ser estimuladas*

- Plano individual que determine onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gravidez e comunicado ao seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contacto com o sistema de saúde;
- Respeito pela escolha da mulher quanto ao local do parto;
- Fornecimento de vigilância obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir mais confiante e segura;
- Respeito pelo direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviços durante o TP e parto;
- Monitorização fetal através de auscultação intermitente;
- Monitorização cuidadosa do progresso do TP, por exemplo, através do uso do partograma da OMS;
- Monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher durante o TP, parto e pós parto;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o TP e parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o TP;
- Estímulo a posições não supinas durante o TP;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do TP, em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do RN;
- Contacto cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;

CATEGORIA B: *Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas*

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no TP;
- Uso rotineiro da posição supina durante o TP;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria através de Raios-X;
- Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar os seus efeitos;
- Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o TP;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante a segunda fase do TP;
- Massagem e distensão do períneo durante a segunda fase do TP;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina na terceira fase do TP, com o objetivo de evitar e controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral na terceira fase do TP;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto;

CATEGORIA C: *Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão*

- Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia precoce de rotina na primeira fase do TP;
- Pressão do fundo uterino durante o TP;

- Manobras relacionadas à proteção do períneo e à manipulação do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou a sua combinação durante a terceira fase do TP;
- Clampagem precoce do cordão umbilical;
- Estimulação do mamilo para estimular a contractilidade uterina durante a terceira fase do TP;

CATEGORIA D: *Práticas frequentemente usadas de modo inadequado*

- Restrição hídrica e alimentar durante o TP;
- Controle da dor com agentes sistêmicos;
- Controle de dor com analgesia epidural;
- Monitorização eletrônica fetal;
- Uso de máscaras estéreis durante a vigilância do TP;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de cuidados;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início da segunda fase do TP;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada para a segunda fase de TP, como por exemplo, 1h, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do TP;
- Parto operatório;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero após o parto.

2.2 - RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO – 2018

Uma experiência de parto positiva é o objetivo de todas as mulheres que estão grávidas, neste sentido, a OMS (2018) define experiência positiva de parto como sendo uma experiência em preenche ou ultrapassa os objetivos sociais, culturais e pessoais da mulher, o que inclui o nascimento de um bebê com boa saúde, num bom contexto clínico e psicológico, com apoio prático e emocional contínuo de um ou mais acompanhantes durante o TP e parto, assim como pessoal clínico benevolente e competente sobre o plano técnico.

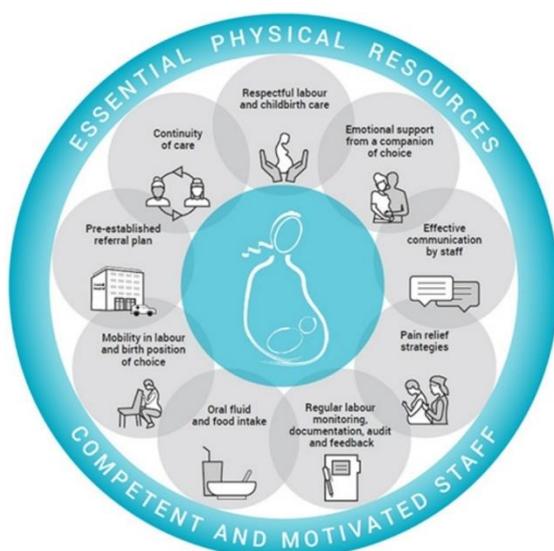


Figura 2 - Recomendação esquemática do modelo de cuidados sobre o trabalho de parto e parto da OMS 2018

Assim, a OMS lançou em 2018 um guia intitulado “*Recomendações da OMS para os cuidados durante o trabalho de parto para uma experiência positiva de parto*” que visam transformar os cuidados prestados à mulher e ao RN de forma a melhorar a sua saúde e o seu bem-estar, que está resumido da seguinte imagem:

Após algumas pesquisas técnicas, a OMS formulou 56 recomendações relativas ao TP e parto: 26 são novas recomendações e as outras 30 são recomendações que também estão presentes no relatório sobre a “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” de 1996. A OMS classificou estas 56 recomendações em quatro categorias que visam um TP e um parto positivo:

➤ Cuidados a ter durante o trabalho de parto e parto:

Cuidados maternos respeitosos	Os cuidados maternos respeitosos referem-se a cuidados organizados, prestados a todas as mulheres de forma a preservar a sua dignidade, a sua intimidade e confidencialidade, que garantam a sua proteção contra o sofrimento e os maus cuidados, que permitam uma escolha esclarecida, assim como um apoio contínuo durante o TP e parto.	Recomendada
Comunicação eficaz	A comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e a mulher deve ser simples e culturalmente aceitável.	Recomendada
Acompanhante durante o trabalho de parto e parto	Um acompanhante, da escolha da mulher, é recomendado durante o TP e parto.	Recomendada
Continuidade de cuidados	Os modelos de continuidade de cuidados são o objetivo dos EEESMO, onde um EEESMO ou um pequeno grupo de EEESMO apoiam a mulher na totalidade dos cuidados prestados durante o período pré-natal, durante o TP e parto e nos pós parto.	Recomendada num contexto específico

➤ Primeira fase do trabalho de parto

Definição da fase latente e ativa de trabalho de parto	<p>- A fase latente é um período que se caracteriza por contrações uterinas dolorosas e por modificações no colo uterino, nomeadamente o seu apagamento e uma progressão lenta da dilatação até aos 5cm.</p> <p>- A fase ativa do trabalho é um período que se caracteriza por contrações uterinas dolorosas regulares, com um elevado grau de apagamento do colo do útero e uma dilatação do mesmo que se processa de uma forma mais rápida entre os 5cm e a dilatação completa.</p>	Recomendada
Duração da primeira fase do trabalho de parto	As mulheres devem ser informadas que a duração média da fase latente do TP não está estabelecida e pode haver uma grande variabilidade entre uma mulher e outra. No entanto, a duração da fase ativa não ultrapassa, normalmente, as 12h para as primíparas e	Recomendada

	as 10h para as múltiparas.	
Progressão da primeira fase do trabalho de parto	<p>Para as mulheres com um início de TP espontâneo, o ritmo de dilatação do colo uterina é de 1cm /hora, durante a fase ativa.</p> <p>Um ritmo inferior a 1cm/hora não deve ser um indicador de rotina para uma intervenção obstetrical.</p> <p>O TP pode não evoluir naturalmente antes de se atingir os 5 cm de dilatação, no entanto, até esta fase, as intervenções médicas para acelerar o TP não devem ser utilizadas se as condições fetais e maternas forem tranquilizadoras.</p>	Não recomendado
Prática na transferência para a sala de partos	Em mulheres que se apresentem em boa saúde e que tenham um início de TP espontâneo, deve-se esperar pelo início da fase ativa para a sua transferência para a sala de partos, num contexto de avaliação rigorosa.	Recomendado especificamente a um contexto (avaliação)
Exame clínico da bacia na admissão	O exame clínico da bacia na admissão em início de TP não é recomendado em mulheres com bom estado de saúde.	Não recomendada
CTG de rotina na admissão em trabalho de parto	<p>O CTG de rotina não é recomendado aquando da admissão em TP, em mulheres com bom estado de saúde e que apresentem um TP espontâneo.</p> <p>A auscultação realizada com um aparelho ultrassom Doppler ou com um estetoscópio de Pinard é recomendada para o exame fetal aquando da admissão em TP.</p>	Não recomendada
Depilação do períneo/púbis	A depilação rotineira do períneo/púbis não é recomendada antes de um parto por via vaginal.	Não recomendado
Enema de limpeza	A realização de enema de limpeza para minimizar a utilização de um acelerador do TP não é recomendada.	Não recomendado
Toque vaginal	Um toque vaginal, todas as 4h, é recomendado para uma evolução sistemática da fase ativa de TP, em mulheres de baixo risco obstétrico.	Recomendado
CTG contínuo durante o trabalho de parto	O CTG contínuo não é recomendado para avaliação do estado fetal numa mulher com bom estado de saúde que apresente um TP espontâneo.	Não recomendado

e parto		
Auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto	A auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho ultrassom Doppler ou com um estetoscópio de Pinard é recomendado em mulheres com bom estado de saúde, durante o TP.	Recomendado
Analgesia epidural para alívio da dor	Analgesia epidural é recomendada em mulheres em bom estado de saúde, que solicitem algo para alívio da dor durante o TP e parto, de acordo com as suas preferências.	Recomendado
Opiáceos para alívio da dor	Os opiáceos parentéricos, como o fentanil, a diamorfina ou a petidina, são opções recomendadas em mulheres em bom estado de saúde que solicitem algo para alívio da dor durante o TP, de acordo com as preferências da mulher.	Recomendada
Técnicas de relaxamento para gestão da dor	As técnicas de relaxamento muscular progressivo, a respiração, a música e outras técnicas, são recomendadas em mulheres com bom estado de saúde que solicitem algo para alívio da dor durante o TP, de acordo com as preferências da mulher.	Recomendada
Técnicas manuais para gestão da dor	As técnicas manuais, como a massagem, a aplicação de compressas mornas, são opções recomendadas para mulheres com bom estado de saúde, que solicitem algo para alívio da dor durante o TP, de acordo com as suas preferências.	Recomendada
Alívio da dor para prevenir o trabalho de parto prolongado	O alívio da dor para prevenir o TP prolongado e reduzir a utilização de aceleradores do TP não é recomendado.	Não recomendada
Líquidos e alimentos por via oral	Numa mulher de baixo risco obstétrico, a ingestão de líquidos e alimentos por via oral durante o TP é recomendada.	Recomendada
Mobilidade materna e posição	É recomendado incentivar a mobilidade e uma posição vertical durante o TP, numa mulher de baixo risco obstétrico.	Recomendada

Preparação vaginal	A preparação vaginal de rotina com clorhexidina durante o TP não é recomendada, quando utilizada para prevenir morbidades infecciosas.	Não recomendada
Gestão ativa do trabalho de parto	Um grupo de cuidados para a gestão do TP de modo e evitar o seu prolongamento, não é recomendado.	Não recomendada
Amniotomia de rotina	A realização de amniotomia para evitar a prolongação do TP, não é recomendada.	Não recomendada
Amniotomia e ocitocina precoces	A realização de amniotomia precoce e a utilização de ocitocina como acelerador precoce do TP, de modo a prevenir o seu prolongamento, não é recomendado.	Não recomendado
Ocitocina para mulheres com analgesia epidural	A utilização de ocitocina para prevenir o TP prolongado numa mulher com analgesia epidural, não é recomendada.	Não recomendado
Antiespasmódicos	A utilização de antiespasmódicos para prevenir o TP prolongado, não é recomendado.	Não recomendado
Fluidos por via intravenosa para prevenir o trabalho de parto prolongado	A utilização de fluidos por via intravenosa com o objetivo de reduzir a duração do TP, não é recomendado.	Não recomendado

➤ Segunda fase do trabalho de parto

Definição e duração da segunda fase do trabalho de parto	<p>- A segunda fase do TP é o período entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento do RN, durante a qual, a mulher sente e necessidade involuntária de puxar em seguimento das contrações uterinas de expulsão.</p> <p>- A mulher deve estar informada que a duração da segunda fase do TP varia de mulher para mulher. No entanto, para as primíparas o nascimento dá-se em menos de 3h e nas múltiparas o nascimento dá-se em menos de 2 h.</p>	Recomendada
Posição de parto (mulheres sem	Para as mulheres sem analgesia epidural, é recomendado que sejam incentivadas a adotar posições	Recomendado

analgésia epidural)	de parto, da sua escolha, incluindo posições verticais.	
Posição de parto (mulheres com analgésia epidural)	Para as mulheres com analgésia epidural, é recomendado que sejam incentivadas a adotar posições de parto, da sua escolha, incluindo posições verticais.	Recomendado
Método de puxar	As mulheres em fase de expulsão, da segunda fase do TP, devem ser incentivadas e apoiadas a seguir a sua própria vontade de puxar.	Recomendado
Método de puxar (mulheres com analgésia epidural)	É recomendado que elas atrasem os puxes durante 1 a 2h após a dilatação completa ou até que a mulher sinta necessidade de puxar, num contexto onde os recursos estejam disponíveis e onde a hipoxia perinatal possa estar corretamente avaliada e gerida.	Recomendação específica de um contexto
Técnicas de prevenção do traumatismo do períneo	As técnicas que visam a redução do traumatismo do períneo e que facilitam o nascimento (massagem do períneo, compressas quentes e vigilância manual do períneo) são recomendadas, de acordo com a preferência da mulher e das opções disponíveis.	Recomendado
Indicação de episiotomia	A episiotomia de rotina, ou a sua larga utilização, não é recomendado em mulheres que parem espontaneamente.	Não recomendado
Expressão abdominal	A expressão abdominal para facilitar o parto não é recomendada.	Não recomendado

➤ Terceira fase do trabalho de parto

Uterotónicos profiláticos	<ul style="list-style-type: none"> - A utilização de uterotónicos para a prevenção da hemorragia pós parto durante a terceira fase do TP é recomendada em todos os partos. - A ocitocina (10 UI IM/IV) é o medicamento uterotónico recomendado para a prevenção da hemorragia pós parto. - Num contexto onde a ocitocina não está disponível, a utilização de outros uterotónicos injetáveis ou do misoprostol oral é recomendado. 	Recomendado
---------------------------	---	-------------

Clampagem tardia do cordão umbilical	A clampagem tardia do cordão umbilical (não antes do primeiro minuto de vida) é recomendada para uma melhor saúde materna e do RN.	Recomendado
Tração controlada do cordão umbilical	Num contexto onde existe pessoal qualificado para a realização dos partos, a tração controlada do cordão é recomendada.	Recomendado
Massagem uterina	A massagem uterina não é recomendada como prática que vise impedir a hemorragia pós-parto numa mulher que recebeu ocitocina profilática.	Não recomendado

➤ Cuidados ao RN

Aspiração nasal ou oral de rotina	Nos RN's com líquido amniótico claro que respirem espontaneamente após o nascimento, a aspiração da boca ou do nariz não deve ser realizada.	Não recomendado
Contacto pele e pele	Os RN's sem complicações devem realizar o contacto pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida de modo a prevenir a hipotermia e incentivar a amamentação.	Recomendado
Amamentação	Todos os RN's, incluindo os de baixo peso ao nascer são capazes de mamar, devendo por isso serem colocados à mama o mais precocemente possível após o nascimento, quando eles se encontram clinicamente estáveis e ambos estão prontos para o fazer.	Recomendado
Profilaxia para as doenças hemorrágicas – vitamina K	Todos os RN's devem receber 1mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento.	Recomendado
Banho e outros cuidados imediatos pós parto do RN	O banho deve ser adiado pelo menos 24h após o nascimento. Se por razões culturais, não for possível, o banho deve ser adiado pelo menos 6h. É recomendado vestir o RN corretamente em função da temperatura ambiente, o que significa uma ou duas peças de roupa a mais que os adultos, assim como gorro. A mãe e o RN não devem ser separados e devem ficar no mesmo quarto 24h sobre 24h.	Recomendado

➤ Cuidados à mulher pós parto

Vigilância da tonicidade uterina	A vigilância da tonicidade uterina no pós parto para identificação precoce de atonia uterina é recomendada para todas as mulheres.	Recomendado
Antibióterapia para partos sem complicações	A antibióterapia profilática de rotina não é recomendada para mulheres que tenham tido um parto por via vaginal sem complicações.	Não recomendado
Antibióterapia profilática de rotina para mulheres com episiotomia	A antibióterapia profilática de rotina não é recomendada para mulheres que tenham tido uma episiotomia.	Não recomendado
Vigilância materna no pós-parto de rotina	Todas as mulheres no pós-parto devem ter um exame regular de rotina de sangramento vaginal, de contrações uterinas, da temperatura, e da frequência cardíaca durante as primeiras 24h, a contar da primeira hora pós parto. A tensão arterial deve ser avaliada pouco tempo após o parto, a segunda avaliação deve ser feita nas 6h seguintes. A apresentação de micção espontânea deve ser verificada nas primeiras 6h.	Recomendada
Saída do hospital após um parto sem complicações	Após um parto sem complicações num hospital, as mães em boa saúde e o seu RN devem receber cuidados de saúde nesse estabelecimento durante pelo menos 24h após o parto.	Recomendado

3 - TRABALHO DE PARTO E PARTO

Durante um longo período de tempo partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida apenas por curandeiras, parteiras e comadres, sendo estas sempre mulheres de confiança da gestante ou com experiência reconhecida pela comunidade. A mulher preferia a companhia deste grupo de mulheres por razões psicológicas e devido ao tabu de expor a sua intimidade. Nesta época o nascimento era considerado uma atividade desvalorizada, podendo deste modo, os cuidados prestados à mulher, serem realizados por elementos femininos, pois não apresentavam os requisitos para estar à altura de um cirurgião (Nagahama e Santiago, 2005). As anomalias do ciclo gravídico-puerperal encontravam justificativas na vontade onipotente dos Deuses, assim, as intercorrências eram vistas como castigo e pecado.

A invenção dos fórceps pelo cirurgião Peter Chamberlain, no final do século XVI foi o momento culminante da disputa profissional entre médicos e parteiras, uma vez que este novo instrumento alterou paradigmas da assistência prestada que até então era predominantemente expectante (Osava, R. 1997).

O parto, que até então era visto como um processo fisiológico e natural, ganha o conceito de perigoso, e a presença de um médico passa a ser imprescindível. Deste modo, a assistência ao parto passa a ser cercada de procedimentos, na maioria das vezes, desnecessários e invasivos, trazendo para o TP e parto uma ideia de imprevisibilidade e de sofrimento.

A partir da metade do século XIX, o parto deixou de ser realizado no domicílio ou num espaço criado para esse efeito, nos modelos europeus, para ser feito em clínicas e em casas de maternidades.

No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a 2ª Guerra Mundial. A mudança criou as condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático. O ato de dar à luz, antes visto como uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e para a sua família, transformou-se, no hospital, num momento privilegiado para o treinamento dos médicos.

A partir da década de 40, com a intensificação da institucionalização do parto, este processo, que era privativo e familiar, passou a ser vivenciado sob a forma de batuta dos profissionais do hospital. A mulher deixou de ser protagonista, sendo submetida a

normas e intervenções aparentemente seguras e, muitas vezes, sem o seu consentimento (Oreano, Bruggemann, Velho & Monticelli, 2014).

A partir do momento em que o parto passa a ser hospitalar, o médico torna-se o protagonista da cena, e todas as outras pessoas que participavam no parto, inclusive a parturiente, passam a ser meros expectadores.

Quando a mulher é retirada do seu lar e separada da sua família e das suas relações sociais, ela é, simbolicamente, despromovida da sua individualidade, da sua autonomia e da sua sexualidade, dessa maneira, é possível que o profissional que assiste ao parto tenha total controlo deste momento (Osava, 1997).

Desde a época em que as parteiras realizavam os partos em ambientes domiciliários, muita coisa se modificou com o desenvolvimento de novas tecnologias no campo da medicina. Assim, o parto foi adquirindo outro significado e passou a ser considerado um procedimento cirúrgico, que deve ser realizado por médicos, em ambiente hospitalar, pois considera-se doente a mulher grávida. Deste modo, os médicos opuseram-se à intervenção das parteiras alegando que a gravidez era uma doença que requer o tratamento de um verdadeiro médico (Malheiro, Alves, Rangel & Vargens, 2012).

A formação dos médicos obstetras tem-se mostrado insuficiente diante da necessidade de tornar estes profissionais habilitados a prestar uma assistência integral de qualidade, além de humanizada, ao contrário do que se pretende, visto que se inclinam mais para a utilização de práticas intervencionistas. Já a formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de carácter mais humanizado e voltada para o respeito à fisiologia do parto. Deste modo, depreende-se que tanto os médicos quanto os enfermeiros obstetras estão capacitados a dar assistência aos partos de baixo risco.

A hospitalização é responsável por boa parte da queda da mortalidade materna e neonatal, pois trouxe a possibilidade de assepsia à equipe de saúde, mas tornou o cuidado à mulher, no momento do parto, foco de grande medicalização (Carraro, T., et al., 2007).

À luz do paternalismo, a capacidade de decisão daquele que é alvo dos cuidados parecia despromovida de sentido, onde o médico surge como conselheiro e detentor de conhecimento científico que lhe permite decidir pelo outro, qual a melhor opção a tomar.

Com o avanço das práticas obstétricas, a maioria das gestações e partos, de baixo risco obstétrico, com evolução fisiológica, também foram encarados como sendo de alto potencial para complicações.

Atualmente, com o desenvolvimento da engenharia genética, da fertilização *in vitro* e da medicina fetal, vivemos um grande dilema, uma vez que o uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e a privacidade e fazendo muitas vezes com que este evento natural se transforme num momento traumatizante para ela (Seibert, Barbosa, Santos & Vargens, 2005).

Com reconhecimento progressivo da importância do exercício da autonomia por aquele que é alvo dos cuidados, a tônica central dos princípios que regem a ética do cuidar tendeu a deslocar-se do princípio da beneficência para o da autonomia, onde se pressupõe que aquele que é cuidado seja capaz de tomar decisões por si próprio, em função das suas crenças e valores, sendo que estas mudanças têm por base a promoção da LS.

Nas duas últimas décadas assistiu-se a um crescimento substancial da aplicação de uma variedade de práticas que visam iniciar, acelerar, terminar, regular ou controlar o processo psicológico do parto, com o objetivo de melhorar os resultados para a mulher e para os seus filhos (OMS, 2018). Esta crescente medicalização dos processos de parto têm tendência a diminuir a capacidade da mulher durante o parto, podendo também originar efeitos negativos sobre esta experiência.

A perda de autonomia da mulher no parto deve-se, principalmente, à intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania, promovendo a autonomia da mulher no parto.

O TP refere-se ao processo fisiológico através do qual os produtos da concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) são expulsos da cavidade do útero, pelo canal vaginal, para o mundo exterior. É definido pela presença de contrações uterinas regulares, associadas com o apagamento e dilatação do colo do útero e com a descida fetal (Posner, Dy, Black, & Jones, 2014). Segundo Lowdermilk (2008), o TP é influenciado por cinco fatores essenciais: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mulher e as reações psicológicas.

O TP está dividido em 4 fases: a primeira fase compreende a fase latente e ativa, começa com o verdadeiro TP e estende-se até à dilatação total do colo do útero; a

segunda fase inicia-se quando o colo do útero atingiu a dilatação completa, até ao nascimento do RN; a terceira fase corresponde à dequitação: separação da placenta da parede uterina, a sua descida e a sua expulsão através do canal de parto; a quarta fase corresponde ao puerpério imediato (Idem).

Ao contrário da gravidez, na qual a evolução é lenta e permite que as diversas mudanças aconteçam gradualmente, o parto é um processo abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas na própria mulher, na sua maneira de ser/atitude e mesmo no seu comportamento.

O parto normal é próprio da fisiologia humana e os seus benefícios são imensos, tendo em consideração que o corpo da mulher foi preparado para tal. A maioria das mulheres e dos RN's são capazes de atravessar de maneira saudável o momento crítico do nascimento, sem necessidade de intervenção médica (Nascimento, Arantes, Souza, Contrera, & Sales, 2015).

O parto é considerado um momento único e singular do ciclo gravídico-puerperal, em virtude da ocorrência de muitas mudanças orgânicas e corporais, bem como de emoções intensas, num curto período de tempo (Lopes et. al., 2009). Durante anos, este acontecimento e os sentimentos experienciados serão lembrados, nos mínimos detalhes. A satisfação da mulher relativamente ao parto prende-se com vários fatores como a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre este processo e principalmente pela atenção e os cuidados recebidos no período do TP e parto.

A dor, durante o TP e parto, é uma resposta fisiológica aos estímulos sensoriais gerados principalmente pelas contrações uterinas, sendo a sua perceção considerada complexa e subjetiva.

O parto caracteriza-se como sendo um evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança (Pereira, Franco, & Baldin, 2011).

De acordo com a OMS (2012), a mulher grávida vê o momento de parto como algo assustador, sobretudo as futuras primíparas. Cabe ao EE-ESMO apoiar, dar conforto e proporcionar cuidados que visem o respeito e a privacidade da mulher e do seu acompanhante, uma vez que a comunicação e a promoção do seu autocuidado são fundamentais para o TP.

O puerpério imediato representa uma fase dinâmica para a mãe e para o RN, o que exige uma vigilância apertada da puérpera pelo grande risco de hemorragia pós-parto e adaptação do RN à vida extra-uterina num período aproximado de 2 horas.

3.1 - PARTO EUTÓCICO E PARTO DISTÓCICO

A OMS (1996) referida pela OE (2012, p. 18) definiu parto normal como sendo:

“Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.”

Em Portugal, de acordo com a OE (2012, p. 18), o parto eutócico corresponde a:

“nascimentos de apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos ... poderão ser incluídos ... partos sujeitos a intervenções, não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o fim de facilitar a progressão do TP e parto vaginal, tais como: rutura artificial de membranas, sempre que não realizada com o intuito de induzir o TP; monitorização fetal contínua; controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos; correção de distócias dinâmicas; episiotomia justificada por razões maternas ou fetais; conduta ativa na 3ª fase do TP; parto com complicações minor (como hemorragia pós parto ligeira e facilmente controlada, laceração de 1º e 2º grau e reparação perineal); administração de antibiótico para profilaxia da infeção neonatal ... serão excluídos da classificação ... os partos em que ocorra: indução do TP (com prostaglandinas, ocitócicos ou rutura artificial de membranas); fórceps; ventosa; anestesia geral e cesariana”.

A maioria das mulheres têm parto vaginal espontâneo, porém algumas precisam de um parto vaginal instrumentado. Essa ajuda pode ser feita através do uso da ventosa e/ou fórceps.

Alguns autores dizem-nos que a necessidade de realização de um parto instrumentado pode ser reduzida com a adoção de algumas técnicas simples durante o TP, nomeadamente: a adoção da posição vertical ou lateral, ao invés da posição em litotímia; suporte emocional contínuo durante o TP, com a presença de um acompanhante; gestão ativa do uso de ocitocina; avaliação rigorosa e correta da

vitalidade fetal e a adoção de uma atitude mais liberal quanto à duração da segunda fase do TP.

Neme & Rezende (2005) estão em concordância quanto aos fatores de indicação para parto vaginal instrumentado: exaustão materna, segunda fase do TP prolongado, falta de progressão na descida e/ou rotação, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, apresentação pélvica, prolapso do cordão, hemorragia na segunda fase do TP e cicatriz uterina anterior.

As principais consequências negativas maternas do parto vaginal instrumentado são as lacerações do canal de parto, nomeadamente as de 3º e 4º grau, assim como o trauma das vias urinárias (Rezende, 2005). Já as principais complicações fetais são as escoriações, equimoses e hematomas da face e cabeça, lesões oculares e céfalo-hematomas.

O **fórceps** é utilizado na prática obstétrica desde a antiguidade e continua a ter lugar de destaque na obstetrícia moderna. Este instrumento é utilizado para extrair a cabeça do feto por preensão do pólo cefálico, em certas condições onde o processo é interrompido e pode resultar num perigo imediato ou posterior para a mãe e/ou RN. Tem como principal função a apreensão, a tração e ocasionalmente a rotação do pólo cefálico e a correção do assinclitismo (Neme, 2005 & Rezende, 2005).

A **ventosa** é um instrumento de flexão e de tração. Todas elas apresentam uma campânula de material rígido ou não rígido, um sistema de tração e um sistema de vácuo que está na origem na pressão de sucção negativa entre a campânula e a apresentação fetal e que permite a adaptação entre ambas (Lourenço, Silva, Castro, Veiga & Carvalho, 2012).

Patel & Murphy (2004) referem que o parto por fórceps, quando comparado com o parto por ventosa, ocasiona, em geral, mais dias de internamento hospitalar, tem maior risco de complicações, risco aumentado de lacerações do colo e de infecções.

A mulher deve sempre ser informada sobre o procedimento, deve receber analgesia necessária e disponível, deve ser colocada em posição ginecológica, o mais confortável possível e ter a bexiga cateterizada para escavizamento vesical completo, diminuindo assim o risco de lesão vesical ou o impedimento da descida fetal por bexigoma.

Historicamente a cesariana representou uma alternativa para situações extremas, tendo por base salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento. Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na

anestesia, na hemoterapia e na antibioterapia, a cesariana tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Esta segurança, associada ao alargamento da sua indicação em situações de compromisso das condições de vitalidade, tanto fatais como maternas, foi responsável por uma significativa melhoria nos resultados obstétricos maternos e perinatais a partir do início da segunda metade do século XX.

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2015, p.1) define **cesariana** como sendo “a realização de uma laparotomia, seguida de extração de um mais fetos do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas e 0 dias de gravidez.”

Segundo a OMS (1996), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e RN sadios, com o mínimo de intervenções médicas, de modo a garantir a segurança de ambos. Desta maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário. Apesar desta recomendação, a incidência do parto por cesariana está a aumentar em diversos países, o que motiva muitos estudos internacionais e nacionais.

A OMS (1996), em 1985 constatou que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondem aos países que mantêm índices de cesariana abaixo dos 10%, deste modo, ela passou a recomendar como taxa de cesarianas ideal para o mundo, índices até 15%, pois índices maiores são medicamente injustificáveis. Se observarmos os dados atuais sobre o índice de cesarianas com os há 15 anos atrás, observamos que o cenário mudou muito pouco e que os índices de partos por cesariana continuam a aumentar. O aumento destas taxas não está associado à diminuição da mortalidade materna e perinatal, pelo contrário, esta via de parto quando utilizada sem indicação pode aumentar o risco de complicações maternas como hemorragias, infeções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos, entre outros. Além disso, nos RN's pode acarretar problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogénica, hipoglicémia e anoxia (Escobal, et al., 2018).

A cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebés, porém deve ser realizada apenas quando indicada por motivos médicos. Os esforços devem concentrar-se em garantir que as cesarianas são realizadas em casos em que são necessárias, em vez de procurar atingir uma taxa específica de cesarianas.

Vários estudos mostram uma curva ascendente nas taxas de parto por cesariana na maioria dos países, e uma grande discrepância nas taxas quando comparamos as instituições públicas, com as instituições privadas. Outro fator preocupante é a realização de parto por cesariana sem indicação médica, muitas vezes por conveniência, sem ponderar os riscos incorridos pelas mulheres e RN's, quando

submetidas a este tipo de parto sem indicação médica, pois apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, a mortalidade materna ainda é mais elevada na cesariana do que no parto normal.

Nas instituições privadas, este dado assume os valores mais superiores, uma vez que aqui, a mulher tem a opção de escolher o tipo de parto. No entanto, a aparente “liberdade e escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada de falta de informação adequada sobre os riscos envolvidos nos procedimentos de parto e nascimento.

Devido ao aumento de cesarianas “a pedido”, por conveniência médica, institucional ou por decisão da própria mulher e família, a Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia apontou que não é ética a prática de cesariana sem uma indicação médica formal.

Muitos estudos mostram a superioridade do parto normal em relação ao parto por cesariana, justamente por ele ser fisiológico e natural, devendo por isso ser o tipo de parto de primeira escolha.

Vários autores concluíram que o parto por cesariana aumenta o risco de paragem cardíaca no pós-parto, hematoma, infecção puerperal, complicações anestésicas, trombose venosa profunda e hemorragias graves, resultando em histerectomia, enquanto o parto normal tem risco aumentado para hemorragia puerperal com necessidade de transfusão e rotura uterina.

Gama, Giffin, Tuesta, Barbosa & D’Orsi (2009), num estudo que realizaram, constataram que como vantagem da cesariana, as mulheres referem a ausência de dores no TP e como desvantagem as dores do pós-parto, as dificuldades de recuperação e os riscos inerentes à cirurgia. Ressaltaram também que a cesariana só deve ser realizada quando existe risco para a mãe e/ou para o feto.

Para além de todas as consequências maternas e neonatais, o parto por cesariana apresenta custos financeiros mais elevados que o parto normal, devido ao tempo cirúrgico, técnica cirúrgica, procedimento anestésico, antibioterapia, analgesia e maior tempo de internamento.

4 - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O International Council of Nursing referido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2011 (2014), reconhece que a parentalidade merece a atenção dos enfermeiros, considerando-a como um foco para a sua prática de cuidados. A parentalidade está descrita como sendo o:

“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE, 2014, p. 64)”.

A mesma fonte define ainda Papel Parental como sendo:

“o interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel dos pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (CIPE, 2014, p. 66)”

O desenvolvimento da Teoria das Transições iniciou-se em meados da década de 60, quando a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis investigou o planeamento familiar e os processos envolvidos como o tornar-se mãe/pai e o domínio dos papéis parentais. Sucessivamente, o seu interesse de investigação foram as intervenções que podem facilitar o processo de transição.

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis, 2007).

Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável que requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e a mudança na definição do *self*

(Meleis, 2007), tendo para isso construído um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.

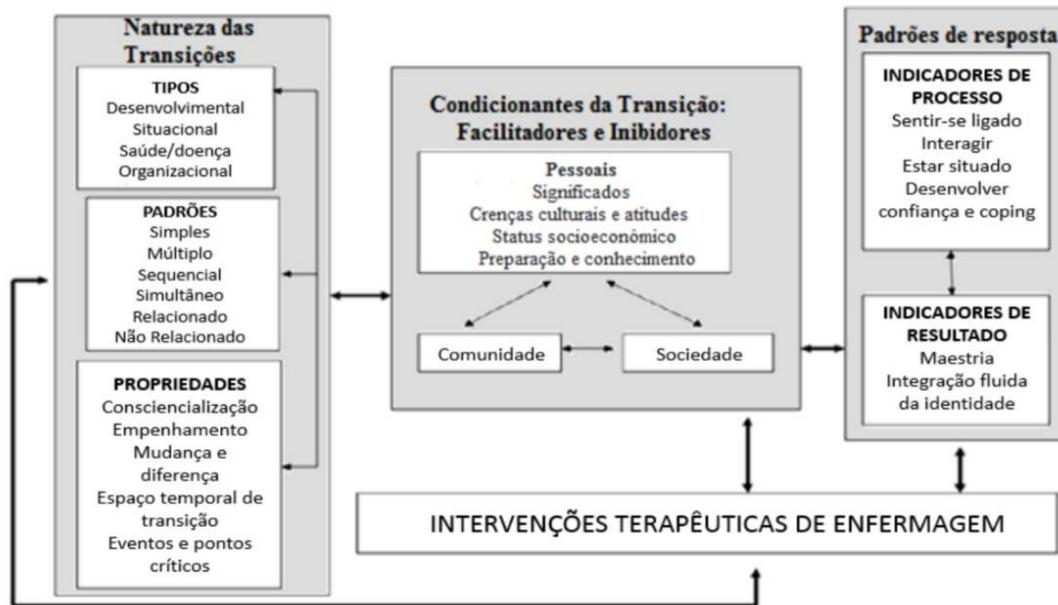


Figura 3 - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance

A teoria de médio alcance de Meleis vem destacar a importância dos cuidados de enfermagem nas mudanças condicionadas por transições de vida. Estas mudanças ocorrem ao longo do ciclo vital e levam à aquisição de novas competências, responsabilidades e papéis (Vieira & Reis, 2017).

A gravidez corresponde a um período de preparação física, psicológica e emocional para o TP e parto. Ser mãe é uma das etapas de maturação da vida adulta, representando um período de múltiplas aprendizagens quer para os progenitores, quer para os que lhes estão próximos (Lowdermilk et Perry, 2008). Também o parto tem a capacidade de afetar as relações existentes entre o casal, uma vez que não é um evento neutro, tendo força para mobilizar níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa, podendo ser considerado como um momento importante do processo de transição para a maternidade. A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do *status* da mulher para o de mãe.

Os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam transições (Meleis, 2011). Transições são “*uma passagem através de uma fase da vida, situação, estado ou outro...*” (Meleis, 2011, p.25), são uma fase de turbulência entre dois períodos de estabilidade.

A International Confederation of Midwives (ICM) (2011, p. 6) defende que *“as parteiras ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível a serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva”*.

A experiência da transição traz consigo a reformulação da identidade, sendo um processo complexo que requer tempo para a preparação e desenvolvimento de habilidades. Exige a aquisição de novos papéis e com eles a necessidade de adquirir novas competências, nomeadamente o papel parental e as competências de cuidar do RN (Vieira & Reis, 2017).

Os EE-ESMO são assim um importante recurso na capacitação e empoderamento dos pais, fornecendo-lhes informação e dando-lhes o apoio necessário nesta etapa do ciclo vital e na transição para a parentalidade.

A chegada de um novo indivíduo implica sempre uma drástica mudança na vida social da mulher. Inicialmente, ela assumirá o papel social de mãe, o que lhe incumbirá ser a principal, se não a exclusiva, responsável por promover todas as demandas da criança. Esse facto, para além de criar novas e grandes responsabilidades, repercutirá em toda a sua cadeia de relações: trabalho, família e sociedade.

O parto é considerado o momento de transição para a maternidade, pois finalmente, mãe e filho poderão encontrar-se frente e frente. O nascimento de um filho constitui um momento de grande ajuste na vida dos pais e de elevada vulnerabilidade para a mãe, pois promover com eficiência os cuidados ao RN é por si só gerador de stress e incerteza, sobretudo para as primíparas pela insegurança e ansiedade em compreender e lidar com o RN (Vieira & Reis, 2017). O nascimento de um filho é, não só, um tempo de mudança na vida de uma família que exige a aprendizagem inerente aos cuidados à criança, mas igualmente, um evento crítico caracterizado pela reorganização individual, conjugal e profissional, pelo que representa uma transição no ciclo de vida.

A experiência da parturição sempre representou um evento de extrema importância na vida das mulheres, constituindo-se de um processo singular, um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher no seu novo papel de ser mãe.

Após o nascimento de um filho ocorre uma reestruturação familiar que inclui perda e/ou diminuição da intimidade nas inter-relações do casal, a fim de possibilitar a receção ao RN. As mudanças na imagem corporal também interferem de forma significativa na sexualidade ao longo da gestação e no pós-parto, uma vez que o corpo

feminino passa por várias transformações e, para os casais sem filhos, significa a intromissão de um terceiro (o RN) na relação.

Relativamente à maternidade, esta nova etapa do ciclo de vida da mulher, implica o ajustamento a um conjunto de mudanças e redefinição de papéis pessoais, sociais e familiares, constituindo uma transição para a mulher/família, que se prepara para redefinir papéis e relações. Acresce a circunstância de esta ser uma fase de transição da vida da mulher, em que os fatores que estão presentes podem ser ou não facilitadores dessa mudança.

O nascimento de uma criança altera para sempre a relação do casal e é importante que ambos sejam capazes de partilhar entre si as suas necessidades de dependência mútua. Com a proximidade do parto pode haver um aumento da ansiedade e uma nova ambivalência: por um lado surge o desejo de conhecer o filho e terminar com a gravidez, mas por outro lado, há vontade de a prolongar, adiando assim a necessidade de novas adaptações exigidas pelo nascimento do RN.

5 - COMPETÊNCIAS DO EE-ESMO

A OMS (2015) diz-nos que os EEESMO constituem o maior grupo de profissionais de saúde em todos os países e são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, com segurança, com eficácia e com eficiência.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros referido pela OE (2007, p.5) explicita que o enfermeiro especialista é o indivíduo “ (...) *habilitado com um curso (...)* a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana, para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

A OE (2011a, p. 2) refere que *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

Relativamente ao EE-ESMO, a OE (2011b, p.1) refere que este *“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”*.

A OMS (2015) refere que o EE-ESMO representa melhor relação custo-eficácia, sendo este o cuidador mais apropriado em situações de gravidezes e partos de baixo risco. Salienta ainda, que *“Os (...) EE-ESMO desempenham um papel-chave e cada vez mais importante nos esforços que as sociedades desenvolvem para enfrentar os desafios da saúde pública e para prestar cuidados de saúde seguros, de elevada qualidade, eficazes e eficientes (OMS, 2015, p.9).”*.

A instância internacional que medeia a prática das parteiras, a ICM (2013, p. 2) reconhece *“a parteira como um profissional responsável e competente que trabalha em parceria com as mulheres para providenciar suporte, cuidado e aconselhamento, durante a gravidez, parto e período pós parto (...). Este cuidado inclui medidas*

preventivas, promoção do parto e nascimento fisiológico e normal, detecção de complicações (...) e a execução de medidas de emergência”.

A 18 de Fevereiro de 2011, foi publicado no Diário da República, 2.^a série. N.º 35; o regulamento n.º 127/2011 que define as Competências Específicas do EE-ESMO, aprovado a 11 de Setembro de 2010 em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No referido regulamento, cada competência é apresentada com o respetivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

Tendo em conta este documento, as competências específicas do EE-ESMO são:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.
- Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Holvey (2014) refere que as parteiras têm um papel privilegiado, suportando, advogando, protegendo e empoderando as mulheres quando estas se encontram mais vulneráveis, enquanto prestam cuidados seguros, que levam em conta guidelines internacionais.

Burcher (2016) concluiu no seu estudo, que as mulheres com gravidez de baixo risco demonstram maiores níveis de satisfação e menor incidência de cesarianas, quando cuidadas por parteiras. Pode-se então concluir, segundo o mesmo autor, que ajudar as mulheres a conseguir ter um parto normal irá promover a qualidade de vida reprodutiva das mulheres e reduzir os custos em cuidados de saúde. Deste modo é essencial que as parteiras facilitem às mulheres oportunidades de escolha (posição para parir, controlo da dor...), envolvendo-as no cuidado e empoderando-as para que realizem as escolhas por si próprias. Nolan (2009) refere-nos que o fato de uma mulher não realizar educação pré-natal, vai fazer com que esta se aproxime do parto ignorante face ao que se avizinha, assustada e incapaz de realizar escolhas informadas face ao seu tratamento.

A OMS (1996) reitera que no caso de partos normais, deve existir uma razão válida para interferir com o processo natural, pois, até uma simples intervenção (como a restrição de alimentos e líquidos) pode perturbar o processo, gerando problemas que, por sua vez, precisarão de ser geridos com mais intervenção (Lothian, 2008).

No que concerne aos cuidados à mulher em TP, Maputle & Donavon (2013) adotam o conceito de Cuidado Centrado na Mulher, que consiste na participação mútua, na partilha de responsabilidade, no fornecimento de informação empoderadora, na interdependência e na colaboração, na tomada de decisão participativa, na comunicação e na escuta, nos cuidados de enfermagem respeitosos, na promoção da autodeterminação e na autoconfiança, assim como na maximização do potencial humano.

O parto e o nascimento são momentos em que o EE-ESMO pode desempenhar uma atuação determinante, sendo que o diferencial do modelo de cuidados prestados por este profissional consiste na capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva entre si e a mulher (Lopes et. al., 2009). Ainda segundo os mesmos autores, o EE-ESMO tem o papel preponderante no cuidado humanizado, que é imprescindível para que a mulher tenha uma experiência positiva no TP e parto. Deste modo, o nascimento de uma criança deve ser adequado a cada mãe, a cada pai e a cada família envolvida neste processo, uma vez que ele é dinâmico e envolve todos os elementos da família.

A prática de cuidados humanizados necessita não só de habilidades técnicas mas também é preciso compreender que a atenção qualificada só é possível quando consideramos todos os aspetos envolvidos neste processo: os físicos, os sociais, os culturais, os económicos e os emocionais para que possamos prestar um cuidado integral à mulher. A relação terapêutica entre a mulher e os profissionais de saúde, assim como a disponibilidade destes em estabelecerem relações de apoio, contribui para a vivência mais positiva durante o parto.

O apoio emocional à mulher leva a uma melhor evolução do TP e parto e também contribui para que a experiência de parir tenha um significado positivo na vida da mulher. Esse apoio é primordial que seja realizado em conjunto pela equipe de saúde e acompanhante, oferecendo conforto, além das orientações e informações sobre o desenvolvimento do TP e parto. A maneira como o TP é vivido faz parte da história de vida da mulher e constitui a representação de seu parto (Carraro T., et al., 2007).

O fato do profissional se sensibilizar com o momento vivenciado pela parturiente, envolvendo-se no processo de parir, cria um ambiente de cuidado e conforto, através

de gestos de maior aproximação entre equipa de saúde e a mulher, potencializando o seu poder e facilitando o TP e parto. O apoio emocional da equipa de saúde é uma forma de promover saúde (Idem).

O EE-ESMO, como integrante da equipa de saúde, ao assumir o papel de coadjuvante no TP e parto, desperta a mulher para explorar seu corpo, conhecer os seus limites e escolher as melhores posições e maneiras para que ela e seu bebê fiquem mais confortáveis. O parto normal, desde que de baixo risco, não necessita de intervenção, mas sim de estímulo, apoio e carinho, ou seja, de cuidado e conforto, pela equipa de saúde e pelos familiares. Sentir-se cuidada e confortada no processo de parto proporciona segurança. É importante que a parturiente confie na equipa de saúde, que perceba que existe sintonia entre todos e a intenção de proporcionar um TP tranquilo e seguro, respeitando o ritmo e tempo de cada mulher. Estudos demonstram que o apoio contínuo à parturiente, durante o TP, traz resultados positivos quanto à redução de uso de medicamentos para a dor, partos instrumentados e redução do índice de cesarianas (Carraro T., et al., 2007).

O exercício da profissão de enfermagem contempla o estabelecimento de relações interpessoais que promovam o empoderamento de cada sujeito, num *“processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde* (OE, 2012, p. 8)”.

A experiência do parto é tão marcante para a mulher e para a família que, durante anos, o evento, os cuidados prestados durante o mesmo e os sentimentos experimentados durante o nascimento do RN serão lembrados ao detalhe. Por outro lado, a satisfação da mulher com a sua experiência de parto está efetivamente associada ao tipo de cuidados que lhe são prestados. Desta forma, o EE-ESMO, pela sua proximidade com a mulher/casal durante o TP, assume um papel crucial no desenvolvimento de práticas adequadas às suas necessidades e que sejam promotoras da sua autonomia.

A gestão do ambiente, que deverá ser calmo e tranquilizador, a escuta de expectativas e desejos, a promoção do envolvimento do acompanhante são de extrema importância e essenciais para o processo humanizado e harmonioso de cuidados (OE, 2010).

O papel do EE-ESMO no TP e parto deverá desenvolver-se no sentido de aumentar a confiança e o emponderamento, promover a saúde, facilitar a transição e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades da mulher/casal/família.

A vigilância durante o TP pelo EE-ESMO visa obter uma mulher e um RN saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança. Neste 70

sentido, no parto normal deve existir uma razão válida para interferir neste processo natural. As funções do EE-ESMO prendem-se por dar apoio à mulher, ao acompanhante e à sua família durante o TP, no momento do nascimento e no pós-parto; observar a parturiente, monitorizar o estado fetal e posteriormente o de RN, avaliar os fatores de risco e detetar os problemas precocemente; realizar intervenções como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao RN após o nascimento; encaminhar a mulher para um nível de vigilância mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem (OE, 2012).

Carvalho, Carvalho & Magalhães (2011), referem que o EE-ESMO ocupa um papel primordial no estabelecimento da amamentação, pois é considerado o profissional que mais tempo passa junto das puérperas, tendo uma função importante nos programas de educação em saúde. Os EE-ESMO incentiva e auxilia as puérperas na amamentação, apoiando-as, no início do aleitamento materno, a conquistar autoconfiança na sua capacidade de amamentar.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

6 - METODOLOGIA DO ESTUDO

A investigação científica caracteriza-se por ser o processo mais rigoroso e sistemático que permite descrever e explicar os factos, acontecimentos e fenómenos, de modo a obter respostas a questões específicas, gerando conhecimento novo. Destaque-se que a investigação permite testar e desenvolver a teoria, a qual sustentará a prática de onde derivam factos, acontecimentos e fenómenos a verificar (Fortin, 2009). Neste capítulo é exposta e justificada a construção metodológica inerente ao presente trabalho.

6.1 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A investigação pode ser definida em função de vários critérios, sendo a sua metodologia um deles, e onde se destacam duas perspetivas centrais: a investigação que se pauta por uma metodologia quantitativa e a investigação que adota uma metodologia qualitativa.

A investigação qualitativa reporta-se à inserção num contexto naturalista, sendo útil para a investigação de questões relacionadas com a vida das pessoas e com os significados que estas atribuem ao mundo, uma vez que o conhecimento que se procura é relativo ao modo como ocorrem as experiências quotidianas e quais os seus significados para os sujeitos (Bogdan & Biklen, 2013). A investigação qualitativa centra-se na história individual e no contexto em que se insere, preocupando-se com a perspetiva dos sujeitos envolvidos na investigação, conjugando a observação com o conhecimento das crenças e dos valores, da comunicação e da relação, e o que estes representam para o indivíduo que participa na investigação.

A análise qualitativa permite interpretar questões sociais, emocionais, culturais, comportamentos, interações que ocorrem no âmbito dos cuidados em saúde ou na sociedade, a partir da ocorrência de um fenómeno, além de subsidiar a proposição de novas teorias. Os dados que foram recolhidos, foram designados por qualitativos, uma vez que são “ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico; as questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto

natural.” (Bodgan e Biklen, 2013, p. 16). Os mesmos autores referem ainda cinco características para a investigação qualitativa: o ambiente natural na investigação qualitativa é a fonte direta de dados, o instrumento principal é o investigador; a investigação qualitativa é descritiva; os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva; o significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa foi a escolhida para a análise deste estudo, por se focalizar em amostras relativamente pequenas, ou mesmo casos únicos, selecionados intencionalmente, não se centrando na quantidade, mas sim na qualidade da informação obtida. Neste tipo de estudo, pelo facto de o número de pessoas entrevistado ser limitado, a questão da representatividade no sentido estatístico do termo não se coloca, sendo a amostra definida pela sua adequação aos objetivos traçados para a investigação, tendo como referência a necessidade de construir uma amostra suficientemente diversificada, por forma a garantir que nenhuma situação importante foi esquecida.

A enfermagem é uma ciência humana prática e através da metodologia qualitativa procura compreender o ato de cuidar das pessoas, em que a sua prática se baseia na preocupação da multidimensionalidade das mesmas. Streubert & Carpenter (2011) apoiam os autores supracitados, ao referirem que no exercício da profissão de enfermagem é obrigatório seguir por um tipo de investigação que, permita obter as formas mais significativas de descrever e de compreender as experiências humanas.

A respeito do tipo de estudo, Vergara (1997), refere que este representa o esquema geral que dá unidade, coerência, sequência e sentido prático a todas as atividades que se realizam, de modo a responder ao problema de investigação, bem como aos objetivos definidos.

Neste sentido, a presente investigação traduz-se num estudo do tipo exploratório-descritivo, de acordo com a classificação de Fortin (2009), que “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população” (Fortin, 2009, p.373).

6.2 - OBJETIVOS DE ESTUDO

Segundo Fortin (2009, p.160):

“O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.”

Pretende-se com o presente estudo:

- A.** Identificar a informação que a mulher possui sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante o trabalho de parto e parto;
- B.** Analisar como a mulher utiliza a informação que possui sobre saúde materna durante o trabalho de parto e parto;
- C.** Identificar os determinantes e condicionantes que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados durante o trabalho de parto e parto, promotores de uma maternidade saudável.

Para atingir os objetivos, foram formuladas as seguintes questões, que ajudaram a entrevistadora a guiar a entrevista:

- A.1.** Quando entrou em trabalho de parto, que informação possuía acerca do trabalho de parto e parto?
- A.2.** Onde obteve essa informação?
- A.3.** Que análise faz dos cuidados que lhe foram prestados?
- B.1.** Como foi capaz de utilizar tudo o que aprendeu durante o trabalho de parto e parto?
- C.1.** No seu trabalho de parto e parto, quais foram os cuidados de saúde em que pôde decidir?
- C.2.** O que facilitou e/ou dificultou as suas escolhas/tomadas de decisão sobre os cuidados de saúde?
- C.3.** Qual a importância que atribui à possibilidade de poder escolher/negociar/ter uma participação ativa na decisão sobre os cuidados de saúde prestados?

6.3 - PARTICIPANTES

O conjunto de elementos ou sujeitos que apresenta características comuns, definidas por determinados critérios designa a população, sendo que esta deve ser identificável,

de forma precisa, quando é realizada uma investigação. Atendendo à população-alvo, ela deve incluir todos os elementos ou sujeitos que satisfazem os critérios de seleção definidos, no entanto, nem sempre é acessível na sua totalidade, por isso, o investigador recorre à população acessível, a qual constitui uma amostra do grupo de indivíduos que integram uma mesma população e deve ser representativa dessa (Fortin, 2009).

A amostra é constituída por puérperas selecionadas segundo uma amostragem não probabilística por conveniência. O acesso às participantes foi feito através de “bola de neve”, por referência de pessoas conhecidas da investigadora.

Fortin (2009, p.41) define amostra como sendo “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo”.

Neste estudo recorreremos a amostragem não probabilística que, segundo Fortin (2009, p. 208) é “o processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra”.

A amostra definida para este estudo, conforme descrito anteriormente, segue os seguintes critérios de inclusão: puérperas na 1^a, 2^a e 3^a semana pós-parto, que sejam primíparas; que tenham realizado o TP e P na região centro; que tenham tido um parto eutócico ou distócico; parto de feto único; que compreendam e falem a língua portuguesa; que tenham idade superior ou igual a 18 anos; que aceitem participar no estudo e que assinem o consentimento informado. Como critérios de exclusão foram definidos os partos distócicos do tipo cesariana eletiva.

A amostra foi constituída por doze puérperas primíparas, por ser a primeira vez que passaram por um TP e P de forma a evitar a contaminação do resultado por experiências anteriores. A amostra selecionada contempla mulheres que tenham passado por TP em fase ativa, independentemente do tipo de parto.

Nos estudos de natureza qualitativa, o número de participantes referentes ao estudo não é definido previamente, estando diretamente relacionado com dados recolhidos, uma vez que o investigador recorre à saturação de dados para determinar o número de participantes (Fortin, 2009), ou seja, a repetição de informação encontrada e a confirmação dos dados colhidos. O investigador reconhece a repetição e verifica que os novos participantes confirmariam os achados existentes e não trariam novas ideias ao estudo (Streubert & Carpenter, 2011). Deste modo, quando a investigadora percecionou certa uniformidade na análise e as novas informações confirmavam as

anteriores, considerou ter atingido o nível de saturação das informações, o que se verificou à décima segunda entrevista.

6.3.1 - Caracterização das participantes

➤ Caracterização sociodemográfica das participantes

Este estudo compreende um grupo constituído por 12 puérperas primíparas, tendo sido realizadas as entrevistas entre a primeira e a terceira semana pós-parto.

Relativamente às entrevistadas atendemos a fatores como a idade, ao estado civil, as suas habilitações literárias e à profissão, para as caracterizar. Optámos por construir uma tabela (Tabela 1) que apresenta a informação de cada participante.

As puérperas entrevistadas têm idades compreendidas entre os 28 (EI) e os 39 (EF), sendo a idade média da amostra 32,83 anos. Relativamente ao estado civil das entrevistadas, a maior parte é casada (nove puérperas), havendo três solteiras que vivem com os namorados (EB, EF e EM). Quanto às habilitações, estas variam entre o 12º ano e o grau de mestre, havendo uma entrevistada com o 12º ano (EG), três com o grau de mestre (EA, EF e EJ) e as restantes (oito) são licenciadas. No que se refere à profissão, a maioria das entrevistadas é enfermeira (oito), havendo também uma advogada (EE), uma administrativa (EG), uma professora (EL) e uma cabeleireira (EM).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das puérperas

	Idade	Estado Civil	Habilitações Literárias	Profissão
EA	33	Casada	Mestre	Enfermeira
EB	36	Solteira	Licenciatura	Enfermeira
EC	30	Casada	Licenciatura	Enfermeira
ED	31	Casada	Licenciatura	Enfermeira
EE	33	Casada	Licenciatura	Advogada
EF	39	Solteira	Mestrado	Enfermeira
EG	29	Casada	12º Ano	Administrativa
EH	34	Casada	Licenciatura	Enfermeira
EI	28	Casada	Licenciatura	Enfermeira
EJ	35	Casada	Mestrado	Enfermeira
EL	37	Casada	Licenciatura	Professora
EM	29	Solteira	Licenciatura	Cabeleireira

➤ **Caracterização Obstétrica das participantes**

No que concerne à caracterização obstétrica das puérperas entrevistadas, são todas elas primíparas (fator de inclusão), apenas três já tinham estado grávidas anteriormente (EH, EJ e EL). Destas três entrevistadas, duas tiveram um aborto (EH e EJ) e uma teve três abortos espontâneos. Não há registo de interrupções voluntárias da gravidez, nem de interrupções médicas da gravidez em nenhuma das entrevistadas.

➤ **Caracterização da última gravidez / parto**

Tendo por base o tema da investigação, a caracterização da gravidez e do parto assume uma grande importância, pelo que foi elaborada uma tabela (Tabela 2) onde constam os seguintes dados: gravidez planeada, gravidez desejada, locais de vigilância da gravidez, risco da gravidez, PPP, PP, idade gestacional, TP induzido, tempo de TP, tipo de parto, hora do parto e quem realizou o parto.

Das puérperas entrevistadas todas referem que a gravidez foi desejada, no entanto a EL e a EM referem que a mesma não foi planeada. Todas as entrevistadas foram vigiadas, durante a gravidez, nas maternidades de Coimbra, mas para além desta vigilância, a EA, EB, EC, ED, EE, EG, EJ e EM também foram vigiadas no seu Centro de Saúde de referência. Todas estas gravidezes foram classificadas como gravidezes de baixo risco, de acordo com a Escala de Goodwin. Relativamente aos cursos de PPP, todas as entrevistadas frequentaram, à exceção da EE, que refere não ter encontrado vaga para a frequência do mesmo. De salientar que nenhuma das entrevistadas realizou por escrito um PP, de modo a expor as suas preferências e ideais para o seu parto. Quanto à Idade Gestacional no dia do parto, esta varia entre as 38 semanas (EB) e as 41 semanas (EA), em que 6 dos partos foram eutócicos (EA, EC, EH, EJ, EL e EM) e os outros 6 distócicos: 4 partos com recurso a ventosa (EB, ED, EF e EI) e 2 cesarianas (EE e EG). Das 12 entrevistadas, 5 viram o seu TP ser induzido (EA, EC, EF, EL e EM), sendo que as restantes 7, aquando da chegada à maternidade, já se encontravam em TP. Quanto ao tempo de TP, este foi difícil de precisar pelas entrevistadas que apresentaram TP espontâneo, uma vez que aquando da sua chegada à maternidade já estavam em TP, sendo que nestes casos, o tempo de TP foi calculado a partir do momento em que deram entrada na urgência da maternidade. Deste modo, o tempo médio de TP das entrevistadas foi de 11h55m, variando entre 2h45m (EH) e 20h15 (ED). Relativamente à hora em que ocorreram os partos, podemos concluir que aconteceram de forma homogénea no que se refere ao

número de partos que ocorreram por turno: 4 no turno da manhã (EB, EG, EH e EM), 4 no turno da tarde (EC, ED, EE e EJ) e 4 no turno da noite (EA, EF, EI e EL). Dos 6 partos eutócicos, apenas 2 (EC e EL) foram realizados por EE-ESMO e 1 (EA) por uma aluna da E-EESMO, os restantes (EH, EJ e EM) foram realizados por internos de medicina. Um outro dado observado foi que os partos eutócicos realizados durante a noite, foram realizados pela EE-ESMO (EL) e pela aluna de enfermagem (EA), já os que foram realizados no turno da manhã, foram feitos na totalidade pelos internos de medicina (EH e EM), os que tiveram lugar no turno da tarde, um feito por um interno (EJ) e o outro pela EE-ESMO (EC).

Tabela 2 - Caracterização da última gravidez/parto

	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EL	EM
Gravidez Planeada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Gravidez Desejada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Locais Vigilância da Gravidez	CS MDM	CS MDM	CS MBB Privado	CS MBB	CS MDM	MDM	Privado MBB	MBB	MDM	CS MBB	MBB	CS MBB
Risco da gravidez	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR
Preparação para o parto	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Plano de Parto	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Idade Gestacional	41	D38	39+1	39+1	39+6	39	39+2	39+2	40+2	39+4	40+1	40+1
Trabalho de Parto Induzido	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Tempo de Trabalho de Parto	7h50m	18h55m	7h15m	20h15m	9h30m	14h30m	13h30m	2h45m	11h15m	5h30m	18h30m	13h
Tipo de Parto	Eutócico	Ventosa	Eutócico	Ventosa	Cesariana	Ventosa	Cesariana	Eutócico	Ventosa	Eutócico	Eutócico	Eutócico
Hora do parto	3h50m	14h55m	22h15m	15h45	17h30m	2h30m	9h30	10h15m	6h45m	20h30m	4h30m	9h
Quem realizou o parto	Aluna E-ESMO	Interna	Enfermeira	Interna	Obstetra	Obstetra	Obstetra	Interno	Obstetra	Interno	Enfermeira	Interna

6.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista semiestruturada, que pressupõe um contacto direto entre o investigador e o entrevistado, durante a qual o entrevistado expõe as suas perceções e interpretações de um determinado acontecimento, tendo sido elaborado um guião de entrevista (Anexo 1). De acordo com Patton (1990), nós entrevistamos pessoas com o objetivo de descobrir a partir delas algo que não podemos observar, tal como os sentimentos, pensamentos e intenções.

A entrevista é definida como sendo uma conversa intencional, normalmente, entre duas pessoas, conduzida por uma delas, cuja finalidade é adquirir informações da outra (Bogdan & Biklen, 2013). Os mesmo autores, referem também que a entrevista é “utilizada para recolher dados descritivos do próprio sujeito (p.134)”, sendo que o seu carácter flexível permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspetiva pessoal, e tomar a direção que quiserem para representarem o que têm para dizer. Ainda, segundo Gauthier (2003), é mais simples interrogar as pessoas acerca dos seus sentimentos, das suas experiências, crenças e saberes, de modo a conseguir uma compreensão mais aprofundada do fenómeno estudado, através da utilização da entrevista semiestruturada.

Bogdan & Biklen (2013) consideram que na entrevista qualitativa as entrevistas interligam-se, mesmo as entrevistas de menor intensidade proporcionam sempre informações úteis. Outra razão que suporta a escolha da entrevista semi-estruturada, reside no facto desta permitir que, indiretamente, o entrevistador ajude o entrevistado a facultar informação de forma mais clara e objetiva, tendo em conta que as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador um leque de temas considerável, quando se utiliza um guião, o que lhe permite levantar uma série de tópicos e possibilitam que o sujeito a possa moldar o seu conteúdo (Bogdan & Biklen, 2013).

O investigador através das perguntas que faz direciona a entrevista para os objetivos da investigação. O investigador tem como base um conjunto de perguntas guia, que são relativamente abertas, no entanto, o investigador não necessita de colocar as perguntas pela ordem prevista no guião e nem utilizar as mesmas palavras. O entrevistador deve deixar o entrevistado falar livremente, apenas interferindo para encaminhar a entrevista na direção dos objetivos do estudo.

O investigador vai estimulando o entrevistado a ser específico, e sempre que considerar necessário, pedirá exemplos para ilustrar a vivência, o que leva a que por vezes os entrevistados realizem uma ação retrospectiva dos acontecimentos (Bogdan & Biklen, 2013).

Na preparação da entrevista há que ter em conta determinados aspetos que podem influenciar as respostas obtidas, tais como: o contexto interpessoal e as condições sociais da interação. No que diz respeito às condições interpessoais estas relacionam-se com as capacidades do investigador de se fazer entender quanto aos temas a abordar sem, contudo induzir ao mesmo tempo elementos de conteúdo, isto é bastante importante na entrevista semiestruturada, e exige algum treino do entrevistador. As condições sociais incluem, por exemplo, a relação social do entrevistador com o entrevistado, as condições espaço – temporais. Alberello (1997) defende que é possível afirmar que as respostas diferem consoante a proximidade ou o afastamento do interlocutor, mas não pode deduzir-se que sejam mais «verdadeiras» num caso do que noutro, além de que quanto maior for a distância, mais o entrevistado terá de explicitar os seus comportamentos ou pensamentos para que o entrevistador o compreenda.

Relativamente às condições de espaço e tempo é importante que o local escolhido facilite a expressão da opinião do entrevistado, devendo estar de alguma maneira relacionado com o objeto de estudo e proporcionar isolamento de forma a promover o silêncio, e ainda evitar que a conversa seja ouvida por outros, ou que seja interrompida por barulhos de outras pessoas, de telefones, etc., de forma a não prejudicar a sequência da resposta. A duração da entrevista também é um dado pertinente pois quanto mais curta a entrevista for, maior dificuldade terá o entrevistador para estabelecer uma relação de confiança com o entrevistado o que pode condicionar os dados recolhidas.

As principais vantagens da entrevista, apontadas pelos autores referenciados anteriormente, estão relacionadas com o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos; a flexibilidade do método; a pouca diretividade que promove a recolha de testemunhos, das interpretações dos entrevistados, utilizando a sua linguagem. Segundo Quivy (2008), as limitações deste método são a própria flexibilidade do método que pode causar problemas aos entrevistadores que não consigam trabalhar sem técnicas precisas, ou pensem que essa flexibilidade lhes permite conversar de qualquer forma com os entrevistados; o facto dos dados recolhidos não se apresentarem de uma forma fácil de analisar, pressupõe que o método de recolha e análise da entrevista sejam escolhidos simultaneamente, e por último o facto de a flexibilidade do método poder levar o entrevistador a pensar que existe uma inteira espontaneidade do entrevistado, assim como, uma completa imparcialidade da sua parte. As respostas do entrevistado estão sempre de alguma forma ligadas à relação que o une ao entrevistador, e este terá de ter isto em conta

aquando da análise da entrevista para poder interpretar os dados de forma válida. As entrevistas pressupõem sempre uma análise de conteúdo sistemática posterior, neste trabalho, desenvolveu-se esta análise seguindo as diretrizes de Bogdan & Biklen.

Após a transcrição de todas as entrevistas procedeu-se à delimitação das categorias/identificação de expressões significativas, que não são mais do que partes do texto que qualificam factos relacionados com a problemática em estudo e onde os participantes verbalizam aspetos relacionados com os objetivos do estudo. Segundo Deslauriers (1991) as categorias podem ser uma palavra, um grupo de palavras, uma frase ou um conjunto de frases. Esta fase foi a mais demorada, pois foi necessário voltar a ler e reler várias vezes as entrevistas para apreender o sentido do todo.

Na apresentação das categorias optamos por designar as entrevistas de EA a EM, sequenciando-as de modo cronológico, tendo como referência o momento da sua realização.

6.5 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Inicialmente a investigadora procedeu a um contacto telefónico prévio com as participantes para validar a participação no estudo. Na abordagem foi transmitida a informação necessária sobre o estudo, com brevidade, foram clarificados os objetivos do estudo, a finalidade e o respetivo instrumento de colheita de dados, garantindo que todos os dados obtidos seriam tratados com a maior confidencialidade por parte da investigadora. Depois da apresentação do estudo, e posterior aceitação das participantes, procedeu-se ao acordo, quanto à data, hora e local, atendendo às preferências e conveniências das participantes. Streubert & Carpenter (2011) consideram boa prática, questionar os participantes, quanto ao momento e ao local mais conveniente para a realização das entrevistas, uma vez que o conforto do participante está diretamente relacionado com a partilha de informação com o investigador. Num segundo momento, a investigadora realizou as entrevistas. É de salientar que das doze entrevistas, cinco decorreram na residência das participantes e as restantes num espaço público. Bogdan & Biklen (2013) referem que as entrevistas nas residências permitem o acesso a particularidades (como fotografias) que podem estruturar a conversa. As entrevistas decorreram entre os meses de Junho a Setembro de 2018, sendo que a duração das mesmas obteve uma média de trinta e oito minutos e cinco segundos.

Antes das entrevistas, formalizou-se o pedido de colaboração, através da leitura e assinatura do consentimento informado. No âmbito das aprovações, foi necessário

explicar que as entrevistas iriam ser gravadas, pelo que também foi verbalmente pedida a autorização das participantes. Salvaguardou-se e garantiu-se o anonimato e confidencialidade às participantes, através da utilização de códigos nas entrevistas, com recurso às letras do abecedário português. As entrevistas apresentam-se codificadas de “A” a “M”. Adicionou-se a explicação quanto ao acesso à audição e à transcrição integral das entrevistas, esclarecendo que só a investigadora teria acesso e que só as categorias seriam utilizadas no estudo.

Seguidamente procedeu-se às suas transcrições o mais precocemente possível, tentando refletir na palavra escrita, a dimensão dramática da expressão oral, por forma a, garantir uma fiel interpretação e análise dos dados. As mesmas foram devolvidas a cada uma das entrevistadas, as quais concordaram com o conteúdo que foi transcrito após a audição das mesmas, não havendo acréscimo ou eliminação de conteúdo em nenhuma das entrevistas.

6.6 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Para Fortin (2009, p.114) a ética é “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Para a realização do presente estudo, “Literacia em saúde materna: uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto”, foram garantidos os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana:

- O parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a qual considerou que o estudo é justificado, não acarretando risco ou prejuízo para os participantes e cumprindo os princípios éticos aplicáveis, garantindo a autonomia na participação e a confidencialidade dos dados a recolher, conforme Anexo II;
- O direito pelo consentimento livre e esclarecido – assinado por todas as participantes;
- O direito à autodeterminação – as participantes tiveram o direito de decidir sobre a participação ou não no estudo e a sua possível desistência;
- O direito à intimidade, anonimato e confidencialidade – procurou-se assegurar que o estudo fosse o menos invasivo possível da intimidade dos sujeitos, ficando cada uma das entrevistadas com a decisão da extensão da informação

a dar. Ao investigador compete a proteção do anonimato e a confidencialidade dos dados;

- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – este estudo poderá causar aborrecimento, cansaço ou outros pequenos incómodos durante a realização da entrevista, mas que cessam com o término da mesma;
- O direito a um tratamento justo e equitativo – a escolha e aplicação de métodos e regras foi imparcial e houve equidade na obrigação de não estabelecer nenhuma discriminação entre as pessoas que participam na investigação;
- O direito ao equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes – os benefícios para as participantes não são diretos, mas os riscos não são mais do que algum desconforto físico, fadiga e aborrecimento face a alguma demora e intrusão na vida privada. Pode-se considerar que o desequilíbrio é pequeno, tendo em conta que a maioria das entrevistadas que escolheram participar consideram que a aquisição de conhecimento no domínio do estudo, e a sua contribuição para o avanço dos conhecimentos é uma vantagem da qual poderão beneficiar no futuro.

Apenas fazem parte desta amostra em estudo, puérperas que leram e assinaram as diretrizes anteriormente referenciadas. Deste modo pretendeu-se que todas as participantes fossem esclarecidas quanto ao tema e aos objetivos do estudo, quanto ao direito à privacidade, confidencialidade de dados, anonimato, assim como a liberdade de retirar o consentimento e deixar de participar no estudo a qualquer momento.

7 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos pela análise dos dados recolhidos junto das participantes aquando das entrevistas, procurando recorrer a frases, palavras e expressões, das próprias, para ilustrar essa descrição. Pretende-se que os resultados sejam apresentados de uma forma clara, através da descrição dos dados das mensagens cujas características foram previamente catalogadas e sistematizadas. Streubert & Carpenter (2011) consideram que a inclusão de citações e de comentários enriquece a compreensão das interações sociais vivenciadas pelas participantes. Paralelamente, o conhecimento teórico foi sendo enquadrado, de modo a fortalecer o conteúdo das participantes, ou salientar eventuais divergências.

Tendo em conta o paradigma qualitativo em que se situa esta investigação e tendo em conta a técnica de recolha de informação, a técnica de análise da informação utilizada foi a análise de conteúdo, uma vez que possibilitou a análise do discurso das mulheres entrevistadas. Segundo os autores Bogdan e Biklen (2013), a análise de conteúdo consiste no processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campos e de outros materiais que foram acumulados. De acordo com Bardin (2011), o objeto da análise de conteúdo é a fala, isto é, o aspeto individual e atual da linguagem. Ou seja, a análise de conteúdo tem como objeto de estudo a informação revestida de sentido, pelo que foi através desta técnica que conseguimos compreender os significados que, subjetivamente, se encontram no discurso destas mulheres.

A análise efetuada do discurso das mulheres, direcionou para a construção de seis domínios, que se dividem em categorias e subcategorias nível 1 e 2, em torno do tema central: Literacia em Saúde Materna: uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto. Os domínios construídos são: Fontes de Informação sobre Trabalho de Parto e Parto; Plano de Parto; Cuidados de Saúde na Maternidade; Cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO); Tomada de decisão na maternidade e Experiência de Trabalho de Parto e Parto.

Os resultados serão descritos auxiliados por excertos dos discursos das mulheres. Apresentamos diagramas com o intuito de mapear o discurso apresentado, de modo a facilitar a leitura dos resultados obtidos.

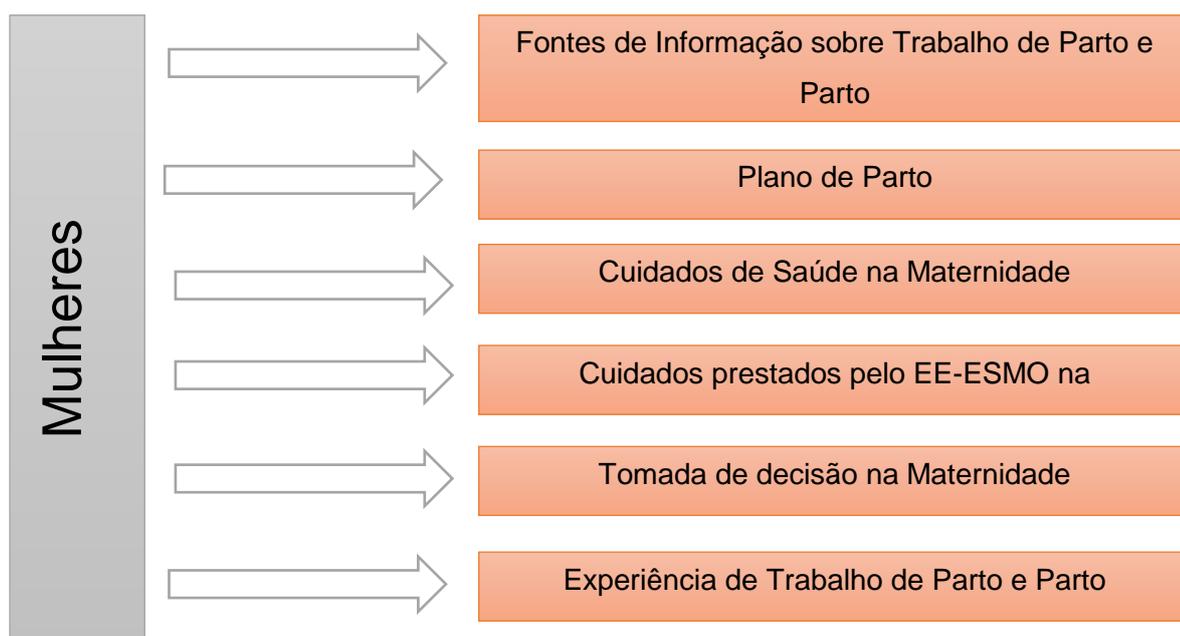


Figura 4 - Visão esquemática dos domínios

De seguida passaremos a apresentar cada um dos domínios, respetivas categorias e subcategorias de nível 1 e 2, com a análise e discussão face à evidência científica existente.

➤ **Domínio: Fontes de informação sobre Trabalho de Parto e Parto**

No domínio Fontes de informação sobre Trabalho de Parto e Parto sobressai a categoria de nível 1: Temáticas abordadas na Preparação para o Parto.

Durante a gravidez e o TP, o nível de informação tem sido indicado como um fator de relevância para as mulheres. A informação possibilita uma maior participação na tomada de decisão e aumenta a perceção das mulheres de estar no controlo da situação, o que influencia a satisfação com a experiência de TP (Green, Coupland e Kitzinger, 1990; Gibbins e Thomson, 2001).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) a net é um mundo de informação e é preciso saber muito bem decifrar o que é real do que não é. Há coisas que lá tem que não são como realmente é. Mas há muita coisa que sim, que realmente ajuda.”

EC: *“Os conhecimentos que tinha sobre o TP e parto obtive-os no centro de saúde, nas aulas de preparação para o parto, nas consultas, na escola de enfermagem, na internet. (...) Na internet, encontrei informação que não era pertinente e completamente desfocada da realidade.”*

ED: *“Os conhecimentos que possuo sobre o TP advém das consultas, das aulas de PPP, do curso de enfermagem e da internet. (...) Mas não aconselho a ir ver coisas à net. Sempre me tentei guiar por aquilo que me diziam nas consultas e nas aulas de PPP.”*

EE: *“Não fiz preparação para o parto porque me inscrevi na maternidade, mas nunca ninguém me chamou.”*

EH: *“Eu acho que as aulas são muito importantes, as aulas de preparação para o parto, e acho isso fundamental (...) as aulas são importantíssimas.”*

EI: *“Estes conhecimentos eu já os sabia do curso de licenciatura, foi mais um avivar de memória. As aulas de PPP foram muito importantes, porque apesar de eu já ter algumas noções sobre a temática, elas vieram reavivar a memória e esclarecer algumas dúvidas que foram aparecendo com o tempo.”*

EJ: *“Também recorri à internet, mas como já duvidava, rapidamente me apercebi que a internet é uma mina de informações verdadeiras e falsas. Consegui perceber o que era verdadeiro e falso, porque fui esclarecendo as minhas dúvidas com a minha amiga que fazia a PPP. A minha fonte de informação fidedigna era essa colega EE-ESMO. O facto de ter feito a PPP também me deixou mais tranquila, porque já tinha algumas noções sobre o que poderia acontecer. Para mim a PPP foi muito importante, outra coisa que me tranquilizou bastante foi conhecer a sala de partos e a maternidade antes do dia, porque assim eu já conhecia o espaço, já sabia como é que era a distribuição do espaço, sabia que ia estar monitorizada e que a monitorização estava centralizada, ou seja, os enfermeiros podiam não estar perto de mim, mas tinham essa informação na central, tinham esse feedback e isso foi muito tranquilizador.”*

EL: *“ (...) também fui pesquisar à internet sobre alguns temas, até porque é um meio rapidamente acessível, mas tem lá muita coisa que não é fidedigna e depois há informações que são contraditórias.”*

EM: *“As aulas de PPP são sem dúvida uma mais-valia e ajudam-nos imenso a desmistificar algumas ideias erradas.”*

De acordo com o discurso das mulheres, as fontes de informação sobre TP e P são diversas, nomeadamente PPP, consultas, curso de licenciatura em enfermagem e internet: *“Os conhecimentos que possuo sobre o TP advém das consultas, das aulas de PPP, do curso de enfermagem e da internet.”*, *“os conhecimentos eu já os sabia do curso de licenciatura”*. Verifica-se também que as mulheres que referem ir à procura de informação à internet revelam que esta fonte não é a mais fidedigna por apresentar informação disforme e contra sensual, o que dificulta o esclarecimento às dúvidas e questões que apresentam: *“Há coisas que lá tem (internet) que não são como realmente é”*, *“Na internet, encontrei informação que não era pertinente e completamente desfocada da realidade.”*, *“a internet é uma mina de informações verdadeiras e falsas”*, o que nos leva a pensar que a internet será uma das últimas fontes a recorrer quando procuramos desenvolver os nossos conhecimentos sobre uma determinada temática, apesar de ser o meio de informação mais facilmente disponível e acessível. Por outro lado, as mulheres referem que a PPP foi uma excelente fonte de informação que consideraram relevante e importante: *“Sempre me tentei guiar por aquilo que me diziam nas consultas e nas aulas de PPP”*, *“as aulas são importantíssimas”*, *“As aulas de PPP são sem dúvida uma mais-valia”*. Uma das entrevistadas refere mesmo que a equipa de EE-ESMO da PPP é uma fonte fidedigna de informação e de esclarecimento de dúvidas, a quem recorreu sempre que necessitou por se sentir confiante e segura com as respostas obtidas: *“fui esclarecendo as minhas dúvidas com a minha amiga que fazia a PPP. A minha fonte de informação fidedigna era essa colega EE-ESMO”*. No PPP é uma realidade que ainda não é acessível a todas as grávidas/casais, como evidencia uma das entrevistadas (EE): *“Não fiz preparação para o parto porque me inscrevi na maternidade, mas nunca ninguém me chamou.”*. As que frequentaram a PPP referem que este facto as deixou mais “tranquilas”, “com algumas noções sobre o que poderia acontecer”; que as ajudaram a “desmistificar algumas ideias erradas”, referindo deste modo à PPP como “uma mais valia” e algo “importantíssimo” como fonte de conhecimentos.

De acordo com Abbyad e Robertson (2011) tornar-se mãe é um processo no qual a mulher se torna ativamente envolvida na procura de cuidados, informação e conselhos ao longo da gravidez. A preparação para o parto e os cuidados ao RN ocorre através da frequência de cursos, da seleção de materiais de leitura acerca destes assuntos, dos conselhos recebidos e através da observação de outros pais.

Os profissionais de saúde assumem uma posição de facilitadores e participantes do processo gravídico-puerperal, constituindo fonte de informações para as mulheres

durante esse ciclo. As orientações facultadas durante o período pré-natal são de suma importância visto que ajudam a mulher para a gestação, para o TP e para os cuidados consigo mesma e ao RN (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010).

Durante o TP e parto a presença destas orientações torna-se evidente, uma vez que deixam a mulher segura e confiante ao longo do processo. Essas orientações incitam a parturiente a adquirir autoridade sobre o TP, assumindo uma participação ativa (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010).

Lopes et. al. (2009) referem que durante o TP e parto a segurança da mulher depende do seu nível de conhecimento e PPP que realizou ao longo da gravidez, assim como das orientações que recebeu dos profissionais de saúde que a acompanham.

A PPP realizada pelo EE-EESMO permitem que a mulher e o companheiro desenvolvam competências que lhes permitam vivenciar a gravidez, o TP e o parto como um processo fisiológico natural, que passa pela confiança na sua capacidade para gerar vida, como protagonistas deste mesmo evento (Silva, 2010).

A PPP tem como objetivos diminuir a intensidade da dor, do mal-estar e da ansiedade, assim como ajudar a mulher a lidar com os medos relacionados com o TP e sedimentar níveis maiores de segurança, confiança e controlo, de modo a proporcionar à mulher experiências de TP positivas.

A participação em grupos de preparação para o parto representa uma oportunidade na qual os problemas e dificuldades vivenciados na gravidez podem ser enfrentados (Consonni et al., 2010).

Categoria nível 1: Temáticas abordadas na Preparação para o Parto

A DGS através da circular normativa n.º 2/006 – ARS Norte de 24706/2006 determina que a PPP deverá incluir “aulas teóricas” em grupo sobre TP, analgesia, aleitamento materno e cuidados ao RN, “as aulas práticas” usando o método psicofilático e que deverá ser garantida a presença do companheiro. O programa deve ser ministrado por uma EE-ESMO e com formação no método psicofilático de PPP.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: “ (...) *falamos das fases do parto, questão da dor, controlo da dor, respiração.*”

EB: *“Falamos da episiotomia, das epidurais, mas o parto em si não (...) falamos sobre a amamentação, falamos sobre os cuidados ao (RN) (...) e nas aulas práticas abordamos a respiração, como respirar e a parte do período expulsivo, como fazer força, também.”*

EC: *“Nas aulas que fui de PPP falaram sobre as etapas do TP e sobre os exercícios de respiração.”*

ED: *“No curso de PPP foram abordadas várias temáticas onde falaram sobre o controlo da dor, o TP, visualizamos o TP num manequim, o banho ao RN, o pós-parto, fizemos sessões de relaxamento, onde aprendemos os tipos de respiração, posições de relaxamento e exercício das básculas, fizemos sessões guiadas de relaxamento (...) falaram dos sinais de alerta do início do TP, como a rotura da bolsa das águas, a presença de contrações ritmadas e dolorosas de 5 em 5 minutos, que era motivo para irmos á urgência.”*

EF: *“Nas aulas de PPP, foram falados vários métodos de alívio da dor, como o duche e a massagem (...) falamos dos sinais de alerta de TP. (...) nunca me falaram do PP.”*

EH: *“Nas aulas de PPP falamos sobre os cuidados ao RN, competências do RN, segurança, fizemos exercícios de respiração e falamos da epidural.”*

EJ: *“A PPP consistiu numa parte teórica e noutra prática. Na parte teórica falam os cuidados ao RN, questões de segurança, TP, analgesia, basicamente foram estes grandes temas. Já na parte prática relaxamento e tipos de respiração que podiam ser usados durante o TP.”*

EL: *“Nas PPP abordamos a segurança do RN, higiene, banho, amamentação (...) Havia também a vertente prática com exercícios respiratórios. Também falamos nas fases, que o TP de varias fases com tempos diferentes: fase latente, fase ativa e período expulsivo.”*

De acordo com as participantes foram várias as temáticas abordadas, nomeadamente: *“fases do parto”, “da episiotomia, das epidurais”, “exercícios de respiração”, “segurança do RN, higiene, banho, amamentação”,* entre outros. As participantes referem também que a PPP é dividida numa *“parte teórica e noutra prática”*. Tudo isto vai de encontro com o preconizado pela DGS através da circular normativa n.º 2/006 – ARS Norte de 24706/2006. Das temáticas que as entrevistadas referiram terem sido abordadas durante a PPP, ressalta o facto de nenhuma delas referir o PP, quer a abordagem desta temática, quer a realização do mesmo por escrito, o que nos leva a pensar que apesar de não haver legislação específica para a elaboração do mesmo,

os EE-ESMO também não incentivam a sua realização de modo a dar mais autonomia à mulher/casal grávido.

Bobak (1999) refere-nos que a PPP tem como principal objectivo o ensino das técnicas de descontração, que são realizadas através utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do TP.

A PPP apresenta muitos benefícios, como referem vários autores, mas também há estudos que também demonstram que por vezes a PPP pode não ir ao encontro às necessidades formativas das mulheres, pois tende a prepará-las para aderirem às rotinas hospitalares, em vez de facilitar as suas respostas adaptativas ao TP ou empoderá-las para atingirem os seus objetivos referentes ao parto (Lee & Holroyd, 2009).

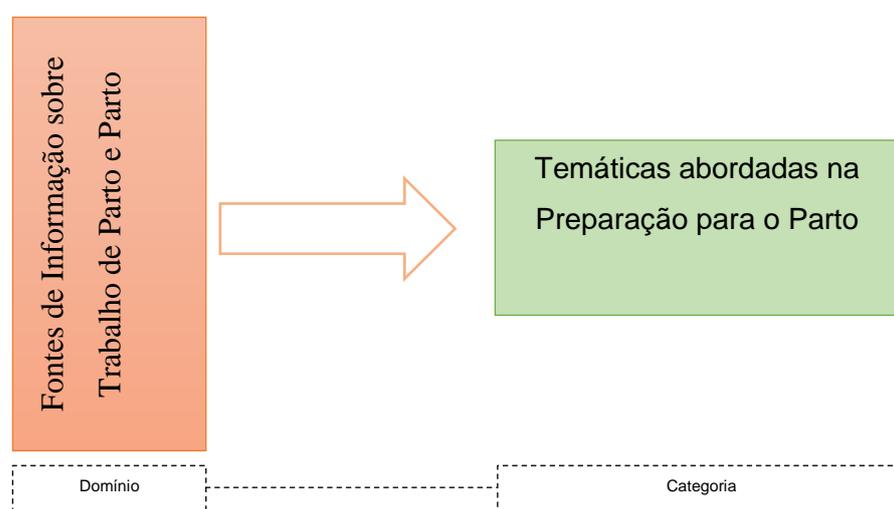


Figura 5 - Domínio: Fontes de Informação sobre Trabalho de Parto e Parto

➤ **Domínio:** Plano de Parto

No domínio Plano de Parto sobressaem as categorias: Escrito e Idealizado.

Segundo o Parecer nº 7/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012),

“O Plano de Parto consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de informação com a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao

seu parto. A sua elaboração pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo o apoio do EE-ESMO fundamental (p.1). ”.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaem as seguintes ideias:

EC: *“Um PP consiste em quê? Nunca ninguém me falou sobre o PP.”*

EL: *“Não fiz PP e nunca ninguém me falou sobre isso, nem sei em que consiste.”*

Verifica-se que a abordagem/elaboração de um PP nas PPP ainda não é uma realidade no contexto onde este estudo foi realizado, uma vez que nenhuma das entrevistadas abordou o PP na PPP, muito menos o fez por escrito. Além disso, e o que é bastante preocupante é que há entrevistadas que desconhecem o que é um PP, em que consiste e qual o seu grande objetivo: *“Um PP consiste em quê?”*, *“Nunca ninguém me falou sobre o PP.”*, o que nos leva a pensar que esta é uma das áreas onde os EE-ESMO deverão concentrar a atenção para aumentar o acesso a esta informação, pelo menos das mulheres/casais grávidos que frequentem a PPP, sendo por isso uma área que merece um grande investimento por parte dos EE-ESMO.

Portugal não tem regulamentação relativa à forma como o PP deve ser realizado. No entanto, este documento é individual e deve ser elaborado com o apoio do EE-ESMO de modo a que a informação que contenha seja correta e que transpareça as expectativas e desejos da mulher/casal grávido.

Categoria: Escrito

O PP é um documento escrito em que a mulher/casal grávido manifestam e deixam explícito os seus desejos e expectativas para o momento do parto e nascimento do seu bebé (APEO, 2009).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaem as seguintes ideias:

EA: *“Não fiz PP, não o efetivei por escrito.”*

EB: *“Nunca ninguém me falou sobre o PP.”*

ED: *“Não fiz PP escrito porque ninguém me falou sobre isso.”*

EL: *“Não fiz PP e nunca ninguém me falou sobre isso, nem sei em que consiste.”*

É um facto desmotivador, saber que das 12 entrevistadas nenhuma realizou por escrito o seu PP, algumas por desconhecimento do que se trata “*nem sei em que consiste*” e outras porque a temática nunca foi abordada na PPP “*Não fiz PP escrito porque ninguém me falou sobre isso.*”. Esta é uma das áreas da Saúde Materna e Obstétrica que merece um grande investimento por parte dos EE-ESMO, pois sabe-se que a realização do PP permite à mulher/casal grávido exporem as suas ideias e desejos, o que os torna mais confiantes e autónomos, traduzindo-se depois em experiências de parto mais positivas.

Elaborar um PP ajuda a mulher a perceber o que acontece em cada fase do TP e organizar as suas ideias. O parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente, como tal é importante que a mulher encare o PP como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

Categoria: Idealizado

Há grávidas/pais que apesar de não efetivarem por escrito o seu PP, apresentam ideias que pretendem verem executados/cumpridos durante o seu TP e P e que apenas os transmitem aquando da chegada à maternidade ou aquando da sua estadia na sala de partos. Apesar de estes desejos/ideias não estarem impressos, a equipa de saúde prima, quando a situação clínica assim o permita, pelo cumprimento dos mesmos, indo de encontro à satisfação dos mesmos.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaem as seguintes ideias:

EB: “ *(...) se fosse possível, o contacto pele a pele e o corte tardio do cordão umbilical.*”

ED: “ *(...) idealizei o meu parto com o meu marido ao pé de mim, onde tudo iria correr bem, que não ia ser necessário realizar episiotomia, que o nível de dor iria ser tolerável, resumidamente, que tudo iria correr bem.*”

EF: “*Idealizei um parto normal (...) sem dor, principalmente sem dor, em que pudesse participar o meu máximo para que tudo corresse bem e depois tinha alguns pontos que eu esperava que tivessem presente como o contacto pele-a-pele, poder amamentar logo que possível.*”

EI: “*O que eu idealizava para o meu parto era que o meu marido pudesse e fosse capaz de estar ao pé de mim o tempo todo, não sentir muita dor, apesar de saber que ela é inerente ao parto e que alguma coisa se sente sempre, queria*

epidural e não queria um TP na sala de partos muito prolongado, por medo de me cansar.”

EJ: “Tinhas algumas ideias que sempre tive em mente sobre o que queria ou não para o meu parto. Os pontos principais ficavam-se na analgesia, episiotomia e com o pele-a-pele. Não queria fazer analgesia (...) também não queria episiotomia, só mesmo em último recurso e queria muito fazer o pele a pele, mas sabia que já era uma prática comum na maternidade em questão, por isso fui um pouco mais tranquila relativamente a isso.”

Das 12 entrevistadas nenhuma fez por escrito o seu PP, mas algumas idealizaram alguns pormenores que gostariam de ver realizados, se a situação clínica assim o permitisse, durante o TP e P, como o “*pele-a-pele*”, o “*corte tardio do cordão umbilical*”, “*presença do marido*”, “*sem episiotomia*”, “*sem dor*”, entre outros. Todas elas referiram que percebiam que nem tudo o que tinham idealizado poderia ser passível de ser realizado, consoante a situação clínica.

É dever do EE-ESMO salvaguardar o bem-estar materno-fetal, tendo em conta as liberdades de escolha (informada) das mulheres/famílias quanto ao seu projecto de parentalidade e de parto, e estando ele presente ao longo de todo o processo de gravidez/ parto e pós-parto, é da competência do EE-ESMO fomentar a realização do PP tanto na consulta de vigilância pré-natal como nos cursos de PPP, se tal for o desejo dos casais que têm ao seu cuidado.

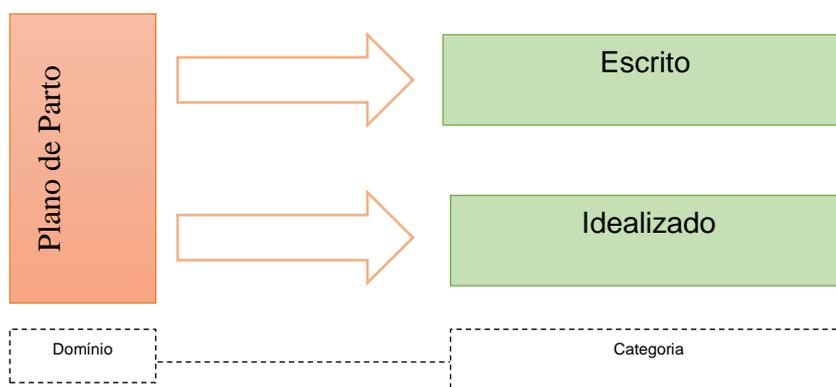


Figura 6 - Plano de Parto

➤ **Domínio:** Cuidados de Saúde na Maternidade

No domínio Cuidados de Saúde na Maternidade sobressaem as categorias: Ambiente na Sala de Partos, Cuidados à Mulher e Cuidados ao RN.

Da Categoria Cuidados à Mulher sobressaem as categorias de nível 1: Cardiotocografia (CTG), Toque vaginal, Acompanhante, Soroterapia/Ingestão hídrica e de alimentos, Indução do Trabalho de Parto (TP), Posição durante o TP, Dor, Amniotomia, Puxes, Episiotomia e Manobra de Kristeller.

Da categoria de nível 1 Dor sobressaem as categorias de nível 2 Estratégias Não Farmacológicas para Alívio da Dor (ENFAD) e Estratégias Farmacológicas para Alívio da Dor (EFAD).

A OE (2012) refere que a medicalização e a instrumentalização do parto invadiram os contextos das nossas maternidades, o que coloca em causa a autonomia da mulher, o respeito pela “pessoa” e o que é indicado como sendo o mais adequado. Verificou-se uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de várias práticas que foram desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto. O objetivo destas práticas visa obter melhores resultados quer para mulheres, quer para RN's. No entanto, nas nossas maternidades têm-se verificado determinadas práticas que são realizadas de forma sistemática, mesmo sendo desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas que ao mesmo tempo são muito difíceis de desenraizar (Arias, Nelas, & Duarte, 2013).

Categoria: Ambiente na Sala de Partos

O Ambiente não corresponde apenas ao espaço físico, à infraestrutura e ao complexo de tecnologias, equipamentos e materiais, mas também ao conjunto composto pela equipa presente e os relacionamentos interpessoais estabelecidos (Dodou, Sousa, Barbosa & Rodrigues, 2017).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: ” (...) fui para a sala, que eu já conhecia porque já lá tinha passado como aluna e depois fiz a visita (...) mas achei que as coisas estavam muito melhores pelo menos em termos de equipamento... já tinham umas camas confortáveis (...) o tipo de equipamento não é assustador, não é algo que cause medo (...) achei até que o espaço, era um espaço agradável.”

EB: “ (...) estive muitas horas sem ninguém me ir ver, até pensei que estava la abandonada (...) as médicas só chegaram lá no período expulsivo e estavam 12 pessoas na minha sala (...) internas todas de obstetrícia e pediatria (...) as alunas de enfermagem já só deixaram entrar mesmo na parte de expulsão da

placenta e dos lóquios (...) e eram os enfermeiros, era montes de gente (...) eu não fiquei com uma boa impressão da sala de partos (...) estavam não sei quantas ali á frente, um autocarro cheio, estava uma interna a tentar fazer o parto e o resto tudo a assistir (...)”.

EE: *“Achei a sala de partos muito acolhedora, achei muito espetacular, a cama muito confortável (...)*”.

EF: *“ (...) na sala de partos onde estive, às 23h os estores são fechados, há uma luz que se acende e toda a nossa parte íntima e perineal fica refletida na janela e então eu passei esta parte final do meu TP com os olhos fechados, porque eu via tudo, completamente! Outra coisa espetacular que eu depois conversei com o J. foi a posição do cadeirão dele que está espetacularmente mal posicionada, extraordinariamente mal posicionada (...) o J. ao ir ver o nosso filho passa por trás das senhoras doutoras médicas e vê aquilo tudo muito bem pormenorizado (região perineal), só me fazia pensar no talho da freguesia (...) aquela sala é qualquer coisa de extraordinário mas muito anormal.”*

Relativamente ao ambiente, sabe-se que a familiarização precoce com o mesmo, minimiza os medos e os receios que muitas vezes são provocados pelo excesso de equipamentos com os quais a mulher/casal grávido não estão habituados. Assim, a visita precoce à maternidade e à sala de partos demonstrou ser um ponto positivo que foi referido: *“eu já conhecia”* e *“equipamento não é assustador”*, devendo por isso ser estendido a todas as mulheres/casais grávidos que o pretenderem. Verifica-se também que a distribuição de algumas das salas de partos apresentam uma disposição que deixa a mulher bastante exposta ao que a rodeia podendo provocar sentimentos de vergonha e violação da intimidade da própria: *“, há uma luz que se acende e toda a nossa parte íntima e perineal fica refletida na janela e então eu passei esta parte final do meu TP com os olhos fechados”* *“o J. ao ir ver o nosso filho passa por trás das senhoras doutoras médicas e vê aquilo tudo muito bem pormenorizado (região perineal)”*. É de referir também que o facto que durante determinados períodos o acompanhamento pela equipa de enfermagem/médica ser reduzido é referida como sendo motivo de angústia e insegurança: *“estive muitas horas sem ninguém me ir ver, até pensei que estava la abandonada”*. Por outro lado, o aglomerado de pessoas que por vezes se verifica na sala de partos, coloca em causa a privacidade e a intimidade da mulher/casal grávido que veem o momento do parto como algo íntimo e só deles:

“estavam 12 pessoas na minha sala” e “estavam não sei quantas ali á frente, um autocarro cheio”.

São vários os componentes do cuidar que durante o TP e parto devem ser tidos em consideração. Um deles é o ambiente e as condições que este apresenta, nomeadamente o respeito pela intimidade e privacidade da mulher, assim como a otimização de um ambiente tranquilo e confortável que proporcione sentimentos de bem-estar, conforto e segurança à mulher de modo a que esta fase da sua vida possa ser vivida da forma mais positiva possível (Carraro et al, 2007).

Categoria: Cuidados à mulher grávida

A mulher deve ser cuidada de modo a respeitar a sua dignidade, a sua autonomia e o seu controle, garantindo em simultâneo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao RN.

Por outro lado, humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e para o RN (OMS, 1996).

Subcategoria nível 1: Cardiotocografia

A cardiotocografia (CTG) externa é um procedimento que se baseia na colocação de 2 transdutores sobre a barriga da mulher, um deles captará os batimentos cardíacos fetais, enquanto o outro é responsável por captar as contrações uterinas. Os dados provenientes de ambos os sensores são registados num monitor a partir dos quais é possível relacionar as alterações da frequência cardíaca do feto com as contrações uterinas.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaem as seguintes ideias:

EB: *“Na urgência fizeram o toque e o registo.”*

ED: *“Monitorizaram-me continuamente.”*

EE: *“ (...) fiz um registo na urgência (...) no internamento fizeram novamente um registo.”*

EF: *“Fui diretamente á urgência, fiz o registo (...) colocaram-me comprimidos de 2 em 2 horas e que nesses intervalos ia fazer registo (...) fizeram-me registo mais ou menos de 2h em 2h, na MMF, mas durante a noite era tudo interrompido, não sei muito bem porquê (...) na sala de partos monitorizaram-me continuamente, porque pelo que me explicaram, com a epidural, a tensão tem tendência a baixar e isso pode ter reflexo no ritmo do bebé.”*

Verifica-se que a CTG é uma monitorização fetal externa muito presente nos cuidados prestados nos contextos estudados, onde existe raramente relato de auscultação intermitente, mas sim de realização de CTG's contantes e contínuas durante o TP: *“Monitorizaram-me continuamente”, “fiz um registo na urgência (...) no internamento fizeram novamente um registo”, “fizeram-me registo mais ou menos de 2h em 2h” e “na sala de partos monitorizaram-me continuamente”.*

Em 2018, a OMS referiu que a CTG contínua não é recomendada para avaliação do estado fetal numa mulher com bom estado de saúde e que apresente um TP espontâneo, recomendação esta que veio reforçar o que em 1996 este mesmo organismo tinha referido ao afirmar que método de escolha para a monitorização fetal durante o TP normal é a auscultação intermitente (OMS, 1996).

A CTG parece apresentar vantagens apenas em mulheres com maior risco, tais como TP induzido, complicado por líquido amniótico meconial ou por qualquer outro fator de risco. Nas gestações de baixo risco, a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal pode ser contraproducente, pois limita a movimentação da mulher, restringindo-a ao leito, e tem um potencial de gerar um maior número de intervenções desnecessárias. A OMS (1996) refere ainda que a interpretação do traçado é difícil, e, por isso, frequentemente, o traçado é interpretado de modo diferente por diferentes profissionais de saúde e até mesmo pela mesma pessoa em ocasiões diferentes, classificando por isso esta intervenção como sendo uma prática frequentemente usada de modo inadequado (Categoria D).

A CTG tem aumentado os partos por cesariana e os partos vaginais instrumentados. Além disso, os mesmos autores referem que, a CTG diminui a mobilidade da mulher, reduz o contato entre esta e o seu parceiro, podendo também aumentar a ansiedade da equipa de vigilância e da mulher. A CTG deve ser utilizada apenas nas gestações de alto risco, pois existem razoáveis evidências para excluí-lo nas gestações de baixo risco.

Baley & Hinshaw (2000) apontam como indicação materna para a CTG a hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e renais, hemoglobinopatia, anemia severa e

hipertiroidismo. Já as indicações fetais referem-se a gestações múltiplas, restrição de crescimento intra-uterina, TP prematuro, apresentação pélvica e isoimunização Rh.

Gourounti & Sandall (2007) referem que a CTG de admissão em mulheres com baixo risco gestacional não tem nenhum benefício sobre os resultados neonatais, no entanto, aumenta a incidência de intervenções, inclusive dos partos vaginais instrumentados e dos partos por cesariana.

Souza & Amorim (2008) referem também que na presença de uma CTG normal, provavelmente encontra-se um feto saudável, no entanto, diante de uma CTG alterada, ou não-tranquilizadora, não estamos necessariamente diante de um feto com sofrimento fetal.

A APEO (2009) defende que não deve ser realizado a CTG em mulher de baixo risco durante o TP a não ser que surjam fatores de risco. Por outro lado, Graça (2010) defende que a monitorização contínua com CTG durante o TP corresponde a uma diminuição da mortalidade fetal intraparto e neonatal, no entanto, refere também, que este tipo de monitorização corresponde ao aumento do número de partos instrumentados, associados a mobilidade reduzida e a posições supinas.

Subcategoria nível 1: Toque vaginal

Lowdermilk (2008) refere que o toque vaginal só deve ser realizado quando se verificam alterações significativas na atividade uterina, quando a mulher refere pressão no períneo, vontade de fazer esforços expulsivos e em caso de rotura de membranas, sendo que a frequência recomendada para a sua realização varia entre 1 e 4 horas.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: “Eu acho que foram os toques necessários (...) os únicos toques que podiam ser evitados eram os da aluna após os do enfermeiro... mas pareceu-me bastante ponderado (...).”

EB: “ (...) na MMF a enfermeira fez-me vários toques 2 ou 3, apesar de eu lá ter estado pouco tempo, talvez nem 2h e aqui achei os toques exagerados, porque eu senti-me abusada. Na sala de partos também me fizeram muitos toques, mais de 20, eu não sei precisar, mas foram muitos mesmo (...) eu sentia aquela zona mesmo arder e a doer-me (...) senti-me violada! É verdade, eu senti-me violada! (...) o número de toques é muito exagerado, é um exagero

e aquilo dói muito, custa muito. Às vezes queria que me fizessem o toque para ver a evolução, mas ir uma e depois outra e depois outra e depois outra com comentários do género “vê lá se também achas” e vai uma e mete as mãos e vai outra e mete as mãos e ainda vai uma terceira para confirmar realmente de está assim ou se está assado, e isso custa muito.”

ED: *“(…) fizeram-me toque mais ou menos de 2 em 2 horas sempre precedidos de esvaziamento vesical (...) primeiro era uma estagiária e depois foi a enfermeira que a estava a orientar (...) fui tocada por mais de uma pessoa, no mesmo toque.”*

EE: *“Tocaram-me imensas vezes. Sempre que faziam o toque, não pediam permissão, apenas pediam para abrir as pernas.”*

EF: *“Na MMF os toques foram todos feitos pela equipa médica, um de manhã e um à noite. Não achei que fosse muito abusivo (...) achei estranho ser a equipa médica a fazer a avaliação e não as enfermeiras especialistas (...) das 23h até ele nascer fizeram-me 50 000 toques, sempre a médica”.*

EG: *“Quando me faziam o toque apenas diziam “abra lá a perninha para tocar” (...) sempre foi a médica que fez os toques, a enfermeira só lá estava para ir buscar o material necessário.”*

EI: *“Sempre que me observavam, pediam primeiro para o fazer.”*

As entrevistadas revelam opiniões díspares. Se por um lado há quem refira que acha o número de toques adequados e realizados de forma respeitosa: *“Eu acho que foram os toques necessários”, “pareceu-me bastante ponderado” e “Não achei que fosse muito abusivo”*; há também quem refira o uso abusivo desta técnica de avaliação de dilatação do colo uterino, falando mesmo em “violação”, ausência de consentimento para realizarem toques, desrespeito pela mulher: *“achei os toques exagerados, porque eu senti-me abusada”, “fizeram muitos toques, mais de 20, eu não sei precisar, mas foram muitos mesmo”, “Tocaram-me imensas vezes. Sempre que faziam o toque, não pediam permissão, apenas pediam para abrir as pernas” e “senti-me violada! É verdade, eu senti-me violada!”*. No entanto também houveram mulheres que antes da realização dos toques era prevenidas do ato que a equipa iria realizar *“Quando me faziam o toque apenas diziam “abra lá a perninha para tocar” e “Sempre que me observavam, pediam primeiro para o fazer”*. Outro dado importante é a imagem que o EE-ESMO transmitiu à mulher EG, que refere que esta *“só la estava para ir buscar o*

material necessário”, evidenciando total descrédito pelas capacidades e competências que ela tem. O facto de o toque ser realizado por várias pessoas, também foi visto como um desagrado e um abuso por parte das equipas:” os únicos toques que podiam ser evitados eram os da aluna após os do enfermeiro”, “mas ir uma e depois outra e depois outra e depois outra com comentários do género “vê lá se também achas” e vai uma e mete as mãos e vai outra e mete as mãos e ainda vai uma terceira para confirmar realmente de está assim ou se está assado, e isso custa muito” e “primeiro era uma estagiária e depois foi a enfermeira que a estava a orientar (...) fui tocada por mais de uma pessoa, no mesmo toque”.

A OMS (2018) refere que o toque vaginal de 4h em 4h é recomendado para uma evolução sistemática da fase ativa de TP, em mulheres de baixo risco obstétrico, o que veio reforçar o que este mesmo organismo referiu em 1996, quando classificou os exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de cuidados, como sendo uma prática frequentemente usada de modo inadequado.

Durante todo o internamento, o EE-ESMO deverá manter a mulher e o acompanhante informados de todo o processo, de forma a tranquiliza-los. A estabilidade emocional e o conhecimento prévio do que irá acontecer são essenciais para que o casal mantenha a calma e viva o parto de uma forma positiva (Lésico, 2014).

Subcategoria nível 1: Presença de Acompanhante

Em 2018 a OMS veio reforçar que um acompanhante, da escolha da mulher, é recomendado durante o TP e parto. É importante que a mulher tenha a autonomia na escolha do acompanhante, isso faz com que haja um equilíbrio emocional para que a mesma possa suportar toda a tensão e dor do momento pelo qual ela está a passar.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: “achei a presença dele (pai) muito importante, porque para mim, apoiou-me emocionalmente deu-me força, teve ao meu lado, deu-me palavras de força e de incentivo.”

ED: “O facto de o meu marido me estar a acompanhar, ajudou-me bastante, foi sem dúvida uma fonte de motivação e de apoio.”

EF: “Estive sempre acompanhado meu companheiro, a certa altura questionei as colegas sobre a possibilidade de trocar pela minha mãe, pelo que a resposta foi um NÃO!”

As mulheres referem sentirem-se confortáveis com a presença do acompanhante, uma vez que este *“apoia emocionalmente”, “dá força”, “palavras de incentivo” e “é uma fonte de motivação”*. Deste modo a presença do mesmo deve ser estimulada de modo a que a mulher se sinta mais confiante e apoiada, o que se traduz em experiências de parto mais positivas.

A mulher deve ser acompanhada por pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade. Entre os benefícios apontados, temos: diminuição do tempo do TP, sentimentos de confiança, controlo e comunicação mais positiva, melhor perceção do parto, menor necessidade de medicação e analgesia, relatos de maior satisfação da mulher, melhores índices de amamentação, menos relatos de cansaço durante e após o parto, maior sentimento de prazer e maior duração do aleitamento materno (Janeiro, 2013).

Segundo Silva et. al. (2013), a presença de apoio contínuo durante o TP resulta numa maior probabilidade de ocorrer um TP mais rápido, com parto vaginal espontâneo, além de menor necessidade em recorrer à analgesia durante o mesmo e menor probabilidade de se realizar um parto instrumentado ou uma cesariana, Apgar baixo ao 5º minuto de vida e relato de insatisfação com a experiência do nascimento.

A presença de alguém ao lado da mulher traduz-se em sentimentos positivos que apenas aquelas que passaram pela experiência são capazes de descrever. Com a presença do acompanhante a mulher sente-se mais tranquila e confiante durante o parto, apresenta menos dor e relata sentir menos ansiedade (Rocha, et al., 2017).

Subcategoria nível 1: Soroterapia/ Ingestão hídrica e de alimentos

Numa mulher de baixo risco obstétrico é recomendada a ingestão de líquidos e alimentos por via oral durante o TP (OMS, 2018).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: “ (...) disseram-me que podia beber água, até cheguei a comer um gelado (...) já na sala de partos pedi um sumo, precisava de açúcar e também comi normalmente.”

EB: *“Na sala de partos disseram-me que eu não podia comer nem beber nada. Só me deram um copinho de água e só podia beber um golo do copinho (...) disseram que podia ser necessário fazer uma cesariana e por esse motivo eu não podia comer nem beber.”*

EC: *“Na sala de partos puncionaram-me, colocaram-me soro imediatamente (...) nunca me disseram que eu não podia comer ou beber, mas também nunca me ofereceram nada.”*

EF: *“Não tive oportunidade de beber nem de ingerir alimentos porque as colegas (EE-ESMO) me disseram literalmente “Não pode!”. Eu nem tinha fome, só pedia água e sempre me recusaram, apesar de pedir imensas vezes. A resposta era sempre a mesma “Não pode! Ainda vai para cesariana e depois nem cesariana pode fazer.”*

EG: *“Durante o tempo que estive na sala de partos não comi nem bebi nada, não me ofereceram e eu também não sabia se podia.”*

EM: *“ (...) na sala de partos também me disseram que não podia beber nem comer, porque poderia sentir-me mal e vomitar.”*

Apesar de ser uma conduta contestada por vários autores e por diversos motivos, a verdade é que esta prática, ingestão de líquidos e alimentos por via oral durante o TP, ainda está muito presente contextos onde as entrevistadas pariram, pois todas referem que a ingestão hídrica e de alimentos ainda é muito limitada, sendo a alimentação substituída frequentemente por soroterapia contínua *“disseram-me que eu não podia comer nem beber nada”, “puncionaram-me, colocaram-me soro imediatamente”, “Não tive oportunidade de beber nem de ingerir alimentos porque as colegas (EE-ESMO) me disseram literalmente “Não pode!” e “A resposta era sempre a mesma “Não pode!””*.

A OMS (1996) assim como a APEO (2009) defendem que o uso de perfusões intravenosas glicosadas (Categoria B - prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada) aumentam a glicémia da mulher levando a um aumento da glicémia do feto, causando posterior hipoglicémia neonatal e uma diminuição do pH do sangue na artéria umbilical.

Não existe evidência científica que o jejum das mulheres em TP (Categoria D - prática frequentemente usada de modo inadequado) provoque risco de aspiração do conteúdo gástrico em caso de anestesia geral – Síndrome de Mendelson, porque em termos

anestésicos, uma grávida é considerada “um estomago cheio”, além disso, com as atuais técnicas anestésicas, são poucas as anestésias gerais realizadas em caso de cesariana. (Arias, Nelas, & Duarte, 2013).

A OMS (1996) recomenda a ingestão de líquidos cristalinos como a água e o chá açucarado, assim como a ingestão de comidas leves, como gelatina, durante o primeiro estágio do TP, prevenindo os efeitos prejudiciais do jejum prolongado. Esta ideia foi posteriormente reforçada quando, em 2018, a OMS refere que numa mulher de baixo risco obstétrico, a ingestão de líquidos e alimentos por via oral durante o TP é recomendada e que a utilização de fluidos por via intravenosa com o objetivo de reduzir a duração do TP, não é recomendado.

Subcategoria nível 1: Indução do Trabalho de Parto

A OMS (2018) refere que a utilização de ocitocina para prevenir o TP prolongado numa mulher com analgesia epidural, não é recomendada, dado este que veio reforçar o que a mesma organização referiu em 1996, quando disse que correção da dinâmica uterina com ocitocina é uma intervenção importante e somente deve ser implementada com uma indicação válida, já que não está claro, com base nos dados disponíveis, que o uso liberal da correção dinâmica uterina com ocitocina ofereça benefícios para as mulheres e RN's (OMS, 1996).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “Quando cheguei à sala de partos colocaram-me ocitocina, depois percebemos que não iam fazer a ocitocina durante a noite e só de manhã quando chegou a equipa da manhã e que me colocaram a ocitocina novamente.”

EC: “ (...) disseram (médica) que eu já estava com 3cm de dilatação e que iam induzir e colocaram-me um óvulo (...) depois de me colocarem a epidural, colocaram-me a ocitocina em perfusão que foram aumentando (...) acho que por um lado não havia necessidade de provocar o parto, eu estava com 39 semanas e mesmo estando dilatada a 2,5cm, podiam ter deixado as coisas acontecerem naturalmente, eu não estava com dores, nem nada, nem se quer tinha contrações, pelo menos que eu sentisse.”

ED: *“Quando cheguei à sala de partos colocaram-me logo a ocitocina em curso (...) a ocitocina foi parada desde as 2h até às 8h (...)”*

EI: *“Durante todo o TP até ao período expulsivo eu não tive ocitocina no soro, só foi colocada quando eu estava com a dilatação completa.”*

A indução do TP, sem critérios clínicos específicos e antes das 40 semanas, é também uma prática rotineira que é “imposta” a algumas mulheres: *“disseram (médica) que eu já estava com 3cm de dilatação e que iam induzir” e “acho que por um lado não havia necessidade de provocar o parto, eu estava com 39 semanas e mesmo estando dilatada a 2,5cm, podiam ter deixado as coisas acontecerem naturalmente”*. No entanto estas induções não são contínuas, sendo interrompidas durante a noite, sem justificação: *“percebemos que não iam fazer a ocitocina durante a noite e só de manhã quando chegou a equipa da manhã e que me colocaram a ocitocina novamente” e “a ocitocina foi parada desde as 2h até às 8h”* o que questiona ainda mais a pertinência destas induções. Apenas uma mulher referiu que a ocitocina foi colocada como indutor do TP, quando esta, segundo informaram, já se encontrava com dilatação completa: *“Durante todo o TP até ao período expulsivo eu não tive ocitocina no soro, só foi colocada quando eu estava com a dilatação completa.”*

A ocitocina é uma hormona com poderosa ação estimuladora da atividade uterina humana no final da gestação, principalmente quanto à intensidade, frequência e duração. A resposta à ocitocina depende da concentração dos seus recetores. A sua ação contrátil no miométrio é maior quanto mais próximo do parto, pois os recetores aumentam 300 vezes no parto (Neme, 2005).

Rezende (2005) refere que a ocitocina sintética é utilizada por via endovenosa durante o TP e parto. A resposta uterina à ocitocina é, no entanto, muito individual, sendo necessário um controlo rigoroso da perfusão. Clinicamente, a resposta satisfatória à ocitocina é caracterizada pela presença de contrações que duram entre 50 e 70 segundos, exibem uma frequência de 3 a 4 contrações em 10 minutos e mostram um bom relaxamento no intervalo das mesmas. A contratilidade eficiente dilata o colo sem perturbar a homeostase fetal.

Clark, Simpson, Knox, & Garite (2009) afirmam que a ocitocina é a droga mais comumente associada com eventos adversos evitáveis durante o parto. Por isso, foi recentemente adicionada à lista de medicamentos de alto risco, designada pelo “Institute for Safe Medication Practices”, uma distinção reservada apenas para 11 outras drogas. O uso de ocitocina apenas deve ser feito após detetados problemas na

evolução do TP e deve sempre ser usada a menor dose possível. Cecatti & Calderón (2005) referem que para além do real encurtamento do período total do TP, não há nenhum benefício adicional, deste modo, o uso rotineiro de ocitócicos deve ser evitado durante a fase ativa do TP.

Subcategoria nível 1: Posição durante o trabalho de parto

A OMS (2018) recomenda que seja incentivada a mobilidade e a posição vertical durante o TP numa mulher de baixo risco obstétrico.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: *“Eu entrei às 0h e estive lá até às 8h a virar-me de um lado para o outro de meia em meia hora (...) estive sempre em decúbitos laterais e no momento do parto estava em posição ginecológica (...) o J. questionou sobre o facto de não ser mais fácil eu estar sentada para conseguir fazer mais força e a nossa colega (EE-ESMO) disse “Não. Isso não é assim como vocês querem nem como vocês pensam. Ela tem que estar assim”. (...) Depois chega lá a médica e diz para me sentarem mais que eu sentada conseguia fazer mais força (riso). E pronto, fiquei mais sentada.*

EC: *“Durante a minha estadia na sala de partos fui alternando decúbitos sendo que a posição de parto foi a posição ginecológica, posição esta, que me foi imposta.”*

EE: *“Na sala de partos estive sempre em decúbito lateral esquerdo por indicação da equipa de enfermagem.”*

EI: *“Explicaram-me (anestesista) que teria que ir alternando decúbitos laterais de 30 em 30 min, não tendo possibilidade de escolher outra posição. (...) Quando me mandaram iniciar os puxes, colocaram-me em posição ginecológica. (...) a posição de parto, não foi a que eu escolhi, mas sim a que me indicaram (EE-ESMO) como sendo a mais favorável, também não me falaram em mais nenhuma. Acho que a posição ginecológica para o parto está muito enraizada na nossa cultura, motivo pelo qual não há abertura para a utilização de outras posições.*

EJ: *“Fui alternando decúbitos durante cerca de 1h30. (...) Sei que a posição ginecológica para um parto não é a mais fisiológica, mas não me deram outra alternativa.”*

As entrevistadas referem total falta de autonomia da escolha da posição de parto: *“não tendo possibilidade de escolher outra posição”, “a posição de parto, não foi a que eu escolhi, mas sim a que me indicaram (EE-ESMO) como sendo a mais favorável” e “Sei que a posição ginecológica para um parto não é a mais fisiológica, mas não me deram outra alternativa”,* que passam horas a alternar entre os decúbitos laterais: *“Eu entrei às 0h e estive lá até às 8h a virar-me de um lado para o outro de meia em meia hora” e “teria que ir alternando decúbitos laterais de 30 em 30 minutos”* e que o parto se realiza sempre em decúbito dorsal/posição ginecológica: *“posição de parto foi a posição ginecológica, posição esta, que me foi imposta” e “Quando me mandaram iniciar os puxes, colocaram-me em posição ginecológica”,* posição esta que está bastante enraizada na prática dos nossos contextos: *“a posição ginecológica para o parto está muito enraizada na nossa cultura, motivo pelo qual não há abertura para a utilização de outras posições”,* não existindo ainda abertura por parte das equipas ao parto noutras posições fisiológicas.

Em 2018 a OMS veio reforçar a indicação dada em 1996, quando recomendou que a mulher deverá ter toda a liberdade para escolher a posição que mais lhe agrade, tanto na primeira como na segunda fase do TP, evitando longos períodos em decúbito dorsal. A posição supina está fortemente enraizada na nossa cultura do parto, e ao mesmo tempo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. O uso rotineiro da posição supina durante o TP é considerado uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada (Idem)

De acordo com a revisão sistemática da literatura realizada por Silva et. al. (2013), constatou-se que houve uma redução de cerca de uma hora durante o TP na posição vertical, quando comparada com a posição de deitada.

Subcategoria nível 1: Dor

A OE (2014) define a dor como sendo um fenómeno complexo e individual, com uma componente sensorial e emocional que deve ser considerada, uma vez que o alívio da dor durante o TP contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) *comecei com dores horríveis e com contrações (...) tive mesmo muitas dores, muitas dores, muitas dores!*”

EC: “*Eu praticamente não tive dores nenhuma, foi muito bom, eu sentia as contrações, mas não eram dolorosas.*”

EF: “ (...) *estar com dores e ter que estar sossegadinha e quietinha é que não era possível (...) dores na região lombar, dores no cóccix (...)* ”.

EJ: “ (...) *aquelas dores são um sufoco.*”

EL: “*Passado 1h de dor 0 passei a dor 8 ou 9.*”

Verifica-se que a dor sentida pelas mulheres é bastante variável. Se por um lado temos mulheres que referem: “*tive mesmo muitas dores, muitas dores, muitas dores!*”, há também quem refira que: “*praticamente não tive dores nenhuma, foi muito bom*”. Das mulheres que referiram dor, quanto à sua intensidade ela referiram ser dores “*horríveis*”, “*dores na região lombar, dores no cóccix*”, “*aquelas dores são um sufoco*” e “*Passado 1h de dor 0 passei a dor 8 ou 9*”.

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas sim, com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, algumas mulheres consideram que é pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam. A sensação dolorosa sentida pela mulher no TP e parto é muito variável, uma vez que ela é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, devendo por isso ser valorizada (Almeida, Sousa, Bachion, & Silveira, 2005). Apesar de existirem vários métodos de alívio da dor, esta ainda está presente em muitos partos, o que leva a experiências de parto negativas.

Subcategoria nível 2: Estratégias não farmacológicas para alívio da dor

As Estratégias não farmacológicas para alívio da dor (ENFAD) utilizadas durante o TP são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática do EE-ESMO, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para a sua utilização, podendo ser aplicadas, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) fiz caminhadas e utilizei as técnicas de respiração quando tinha contrações.”

EC: “ (...) deram-me (EE-ESMO) uma bola de pilatos e ensinaram-me alguns exercícios para fazer na bola e também me disseram para andar com calma, não acelerado.”

ED: “ (...) questioneei à colega (EE-ESMO) se poderia deambular ou fazer bola de pilatos ao que ela me respondeu que a indicação que tinha era para eu ir para a sala de partos fazer epidural e por isso teria de ficar deitada (...) não me deram oportunidade de utilizar nenhuma ENFAD.”

EE: “ (...) não me falaram de nenhuma ENFAD, o que me explicaram foi como é que eu havia de respirar, porque eu não sabia.”

EF: “ (...) tinha uma bolinha que foi a minha amiga naqueles dias, porque quando eu não estava a fazer registos, estava na bola.”

EJ: “ (...) na MMF as colegas (EE-ESMO) falaram-me nas técnicas de respiração como forma de alívio da dor (...) também fiz bola de Pilatos, não porque me tivessem falado, mas eu vi uma no corredor e fui buscá-la.”

São várias as ENFAD que podem ser utilizadas durante o TP e parto. As estratégias mais utilizadas, segundo as mulheres foram: “caminhadas”, “técnicas de respiração” e “bola de pilatos”. Importa realçar o facto de a equipa de EE-ESMO “não me deram oportunidade de utilizar nenhuma ENFAD” e “não me falaram de nenhuma ENFAD”.

As ENFAD, de um modo geral, sempre foram utilizadas. As parteiras tradicionais sempre fizeram uso de massagens, imersão, deambulação e posições de conforto durante o TP e parto, e essas práticas foram passadas de geração em geração e são muito úteis ainda nos dias de hoje. Estas estratégias partem de uma conceção do parto enquanto evento fisiológico e respeitam a sua natureza, preservando a integridade corporal e psíquica das mulheres. Outros benefícios das ENFAD são o conforto e a autonomia que proporcionam às mulheres, além de as incentivarem a reconhecerem as suas sensações corporais, contribuindo para maior controlo e liberdade no uso dos seus movimentos (Pinheiro & Bittar, 2012). Nem todas as estratégias são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de stresse e ansiedade da mulher e promovem a satisfação.

A *bola de Pilatos* é um método utilizado no alívio da dor durante o TP, sendo cada vez mais usado, mesmo na PPP.

A *deambulação* também é utilizada para o controlo da dor durante o TP, uma vez que aumenta a atividade uterina, a distração da mulher perante o desconforto, o aumento do fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta, a duração do TP é menor, a diminuição da perceção da dor e a maior facilidade na adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia. Além disso, a ação da gravidade favorece a descida fetal impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base, além da eficiência das contrações uterinas.

As *técnicas de respiração* auxiliam sobretudo a mulher na manutenção do controlo da dor durante as contrações no primeiro estágio do TP, pois promovem o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando o tamanho da cavidade abdominal, e diminuindo a fricção e desconforto entre o útero e a parede abdominal (Lowdermilk, 2009).

Subcategoria nível 2: Estratégias farmacológicas para alívio da dor

Já as Estratégias farmacológicas para alívio da dor (EFAD) surgiram em 1846 com o aparecimento da anestesia. Há relatos de que, um ano depois, em 1847, James Simpsom utilizou a inalação de gases anestésicos de éter para eliminar ou reduzir a dor do parto. Em 1853, John Snow, médico da corte inglesa, fez a rainha Vitória inalar clorofórmio para ajudar no nascimento do seu oitavo filho. Em 1900, Kreis utilizou pela primeira vez a raquianestesia em 6 parturientes suíças. Em 1942, Hingson, Edwards e Tuohy introduziram a analgesia epidural e a raquianestesia. Os bloqueios regionais mais utilizados nos dias de hoje são a analgesia epidural, a raquianestesia e a sequencial (raquianestesia + epidural) (Vale, Vale, & Cruz, 2009).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: *“Cheguei à sala de partos e colocaram logo a Epidural, porque eu pedi muito, já não aguentava com tantas dores. (...) Ele (anestesista) explicou o que ia fazer, o que eu tinha de fazer e assinei o consentimento.”*

EC: *“ (...) colocaram-me a epidural, mas eu ainda não tinha dor que justificasse a sua realização naquele momento, por isso, virei-me para as colegas (EE-ESMO) e disse que se soubesse que ia continuar assim e não ter muitas dores, se calhar, aguentava mais tempo sem a epidural. Elas disseram que eu é que decidia (...) acabei por a fazer (...).”*

EE: “ (...) colocaram-me a epidural depois de me terem questionado (EE-ESMO) se a queria e de me terem referido os prós e os contras (anestesista), deram-me (EE-ESMO) uma folha de consentimento para eu assinar e aí fui muito esclarecida.”

A EFAD que foi mais referida pelas mulheres foi a epidural: “colocaram logo a Epidural”. No entanto, se por um lado há quem refira que para ter acesso a esta EFAD teve que “eu pedi muito, já não aguentava com tantas dores”, também temos a situação contrária: “colocaram-me a epidural, mas eu ainda não tinha dor que justificasse a sua realização naquele momento”, o que vem questionar quais os critérios que devemos ter por base para a escolha do momento mais apropriado para a utilização desta EFAD. Outro dado importante é o pedido de consentimento para a utilização desta EFAD: “explicou o que ia fazer, o que eu tinha de fazer e assinei o consentimento” e “colocaram-me a epidural depois de me terem questionado (EE-ESMO) se a queria e de me terem referido os prós e os contras (anestesista), deram-me (EE-ESMO) uma folha de consentimento para eu assinar e aí fui muito esclarecida”.

Abrão, Francisco e Zugaib (2009), referem que a analgesia obstétrica pode contribuir para o aumento das taxas de parto vaginal, por livrar a mulher moderna do fantasma da dor, diminuindo os índices de cesariana a pedido. Cunha (2010) relatou num dos seus estudos, que a analgesia epidural esteve associada a um rico aumento de partos vaginais instrumentados. Vários autores referem que mulheres que tiveram parto eutócico e que foram sujeitas a analgesia epidural conseguem estar mais relaxadas e disponíveis para colaborar com a equipa, sentem menos medo e mais autocontrolo durante o TP e parto, o que contribui para uma experiência positiva de parto.

A OMS (2018) refere que a analgesia epidural é recomendada em mulheres com bom estado de saúde, que solicitem algo para alívio da dor durante o TP e parto, de acordo com as suas preferências.

Subcategoria nível 1: Amniotomia

A amniotomia é a rotura intencional ou artificial de membranas durante o TP e é um dos procedimentos mais comumente utilizados. O principal objetivo da rotura prematura de membranas prende-se com a aceleração das contrações uterinas, reduzindo assim, o tempo de TP. Este procedimento foi introduzido em meados do século XVIII, descrito pela primeira vez em 1756 por um obstetra inglês, Thomas Denman, que propôs a sua utilização apenas para salvar a vida da mãe e/ou do feto.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) veio a médica rebentar-me o saco das águas, assim de repente, estava com 4cm sem me explicar nada. Ela chegou lá fez o toque e “vamos rebentar isto ... isto é muito rijo”. E estive lá zungazungazunga e eu a torcer-me toda e pronto, e lá rebentou aquilo.”

EC: “A minha bolsa de águas foi rompida e foi bem difícil, nessa altura, estava com cerca de 5cm de dilatação. Apenas disseram que iam romper e romperam, sem me explicarem porquê.”

As mulheres referem que a realização da amniotomia se deu sem que ninguém lhes tivesse explicado e pedido consentimento: “veio a médica rebentar-me o saco das águas, assim de repente (...) sem explicar nada” e “Apenas disseram que iam romper e romperam, sem me explicarem porquê”. Outro dado importante é a dilatação que as mulheres apresentavam, aquando da amniotomia: “estava com 4cm” e “estava com cerca de 5cm de dilatação”.

Acredita-se que quando as membranas são rompidas, a produção e libertação de prostaglandinas e ocitocina aumenta, resultando em contrações mais fortes e numa dilatação cervical mais rápida. A ocitocina torna as contrações uterinas mais regulares e mais intensas, enquanto as prostaglandinas promovem o amadurecimento cervical. Outra ação da amniotomia que explica o aumento das contrações é que a apresentação fetal exerce uma pressão maior sobre o colo uterino, quando comparado à pressão exercida pelas membranas amnióticas. A amniotomia é muitas vezes realizada para indução/aceleração do TP, quando o colo se encontra favorável (índice de Bishop maior ou igual a 5) (Lowdermilk, 2008).

Muitos autores contestam a amniotomia como uma prática rotineira, pois ela não é livre de efeitos indesejáveis para a mãe e para o feto e pode também levar a um aumento de intervenções obstétricas desnecessárias. Os principais efeitos indesejáveis são o incremento das desacelerações precoces da frequência cardíaca fetal, as alterações no pólo cefálico (bossa serohemática), prolapso de cordão e rotura da vasa prévia. Por todos estes motivos, a amniotomia é uma intervenção contestada na prática obstétrica e a sua utilização deve ser evitada quando o objetivo é conseguir um parto mais rápido. Deste modo, não é possível concluir que a amniotomia precoce apresenta uma vantagem clara, sendo por isso classificada como uma prática sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (OMS, 1996), assim a

realização de amniotomia para evitar a prolongação do TP não é recomendada (OMS, 2018).

Subcategoria nível 1: Puxes

O puxo dirigido diminui a duração da segunda fase do TP, mas ao mesmo tempo compromete o intercâmbio gasoso materno-fetal, originando índices de Apgar mais baixos ao primeiro e quinto minutos de vida.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

ED: “ (...) estava com 8cm de dilatação, quando me deram indicação para começar a puxar, eu nessa altura ainda não sentia necessidade de o fazer (...)”.

EF: “ (...) a médica observou-me e disse que estava com dilatação completa, mas que o bebé não estava na posição ideal, estava em transversa, mas que a melhor ideia era começar a puxar. (...) Estive 3 horas e meia a puxar, é verdade, este tempo todo a puxar.”

EI: “Até às 5h da manhã eu dilatei por completo e foi por essa hora que iniciei o período expulsivo, porque sentia vontade involuntária de puxar.”

EM: “ (...) veio um enfermeiro que disse para eu começar a fazer força (...). Eu já sentia uma pressão tão forte que era obrigada a fazer força, mesmo sem querer.”

As mulheres referem que as equipas de saúde lhes deram indicação para iniciar os puxes: “estava com 8cm de dilatação” e “estava com dilatação completa”. Quando iniciaram os puxes, há mulheres que por um lado referem que “eu nessa altura ainda não sentia necessidade de o fazer” e “Estive 3 horas e meia a puxar, é verdade, este tempo todo a puxar”, mas por outro “sentia vontade involuntária de puxar” e “Eu já sentia uma pressão tão forte que era obrigada a fazer força, mesmo sem querer”. Estas últimas, são as mulheres que se encontravam com dilatação completa, aquando da indicação dada para iniciarem os puxes.

A OMS (1996) classificou o encorajamento à mulher para fazer força quando a dilatação ainda que completa ou quase completa do colo forem diagnosticadas, antes que a mulher sinta desejo de o fazer, como sendo uma prática sem evidência

suficiente para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (categoria D). Já em 2018, a OMS referiu que as mulheres na fase de expulsão, da segunda fase do TP, devem ser incentivadas e apoiadas a seguir a sua própria vontade de puxar, no entanto, mulheres com analgesia epidural devem atrasar os puxes durante 1 a 2h após a dilatação completa ou até que ela sinta necessidade de puxar, num contexto onde os recursos estejam disponíveis e onde a hipoxia perinatal possa estar corretamente avaliada e gerida.

Subcategoria nível 1: Episiotomia

Lowdermilk & Perry (2008) referem que a episiotomia consiste numa incisão no períneo cujo objetivo visa aumentar o canal vaginal de forma a evitar outros traumas perineais. No entanto, a episiotomia por si só já é considerada um trauma perineal pelo corte em estruturas.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: *“Eles (EE-ESMO) disseram-me que a iam fazer e eu ainda perguntei “Tem mesmo que ser?” (...) a certa altura toda a gente dizia “É para não rasgar” (...) o que me pareceu no momento é que foi ponderado, porque foi mesmo no limite, já no final.”*

EB: *“ (...) fizeram-me episiotomia, sem me explicarem porquê. Eu é que questionei (...).”*

ED: *“Fizeram-me uma episiotomia bem grande, mas não me informaram de que a iam fazer, nem me explicaram o porquê de a fazer.”*

EF: *“Fizeram-me a episiotomia sem me dizerem nada, nem opção de escolha me deram.”*

EI: *“Foi-me feita uma episiotomia, sem me dizerem nada, apenas referiram depois que tinham feito um corte para ajudar. Não foi pedido nem foi informado.”*

EJ: *“Não me disseram nada quando fizeram a episiotomia. Eu é que perguntei no final se tinham feito e eles disseram que sim, mas não pediram para fazer, nem sequer falaram no assunto durante o parto.”*

EM: “ (...) fizeram-me episiotomia sem me dizerem nada (...) no final eu perguntei e o que me disseram é que “Tinha que ser!””.

Uma grande parte das mulheres referiram que a episiotomia foi realizada: “sem me explicarem porquê”, “não me informaram de que a iam fazer, nem me explicaram o porquê de a fazer”, “sem me dizerem nada, nem opção de escolha me deram” e “Não foi pedido nem foi informado”. Uma das justificativas que referiram, após terem realizado a episiotomia e após terem sido questionados pelas mulher foi que “Tinha que ser!”. Das mulheres que participaram neste estudo, apenas uma referiu que “disseram-me que a iam fazer e eu ainda perguntei “Tem mesmo que ser?” (...) a certa altura toda a gente dizia “É para não rasgar” (...) o que me pareceu no momento é que foi ponderado, porque foi mesmo no limite, já no final.”. Verificou-se no contexto estudado que a mulher foi frequentemente submetida a rotinas e intervenções obstétricas arriscadas, por vezes desnecessárias, sem serem informadas sobre o assunto. Por ser um ato cirúrgico, o procedimento deve ser informado à mulher e autorizado por ela antes da sua realização, sobre a qual devem ser apontados riscos e benefícios, o que não se verificou, o que nos leva a pensar que estamos perante um caso de violência obstétrica.

Lima, M., (2013) referem que a episiotomia surgiu para auxiliar os partos vaginais mais complicados, no entanto, passou a ser indicada sistematicamente por importantes ginecologistas desde 1918. A OMS (1996) referiu que quando há sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de 3º grau, há indicação para realizar a episiotomia num parto, até então de evolução normal. Não está totalmente estabelecida uma frequência ideal do uso deste procedimento, contudo, a OMS (1996) sugere que uma taxa de 10% seria uma boa meta a ser adotada, sendo realizada apenas para situações estritamente necessárias.

Lima, M., (2013) referem que os defensores da episiotomia costumam sublinhar a ação protetora desta intervenção, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo, melhor cicatrização, redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto, ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação para facilitar o nascimento, dando facilidade na extração assistida por ventosa ou por fórceps. Por outro lado, os opositores do seu uso apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia, referem que a dor e o desconforto resultante desta conduta trazem consequências negativas maiores que as associadas às lacerações, maior perda sanguínea, dor, edema e disfunção sexual. Assim, Lowdermilk & Perry (2009) referem que a realização rotineira de episiotomias durante o parto consiste num cuidado provavelmente prejudicial e

ineficaz. Também Belizan (2006) refere que o uso rotineiro de episiotomia não previne lesões no pólo cefálico fetal, nem melhora os índices de Apgar. Os mesmos autores defendem que a episiotomia seletiva traz maiores benefícios que o seu uso rotineiro, sendo indicada em situações de sofrimento fetal, feto com apresentação pélvica, progressão insuficiente do TP e ameaça de laceração perineal de 3º grau.

Um estudo realizado por Previatti e Souza (2007) identificou que a maioria das mulheres não recebeu informação sobre a episiotomia em momento algum antes do parto. Outra conclusão deste estudo foi que a maioria das mulheres vêem a episiotomia como uma forma de alívio da dor, como uma possibilidade de diminuir o tempo de expulsão fetal, evidenciando desconhecimento sobre as indicações para a sua realização. Num outro estudo realizado por Santos e Shimo (2008), 31,2% das entrevistadas relataram total desconhecimento da realização da episiotomia, 81,3% das mulheres referiram que não receberam nenhum tipo de informação relativa à episiotomia durante o parto e apenas 18,7% referiram que foram informadas aquando da sua realização. As consequências da prática da episiotomia estão longe de ser somente físicas, sendo assim, é direito da mulher receber orientações claras sobre os reais benefícios e as consequências, para que possa opinar sobre a realização do procedimento de forma consciente.

Subcategoria de nível 1: Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller foi explicada pela primeira vez em 1867, consiste na aplicação de uma força externa com as mãos geralmente de um obstetra ou parteira no fundo do útero, aplicando uma pressão concomitantemente com as contrações uterinas, com objetivo de empurrar a apresentação fetal no canal de parto quando os esforços maternos se revelam insuficientes (Díaz, 2011).

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EC: “ (...) *momentos antes de ela nascer, uma enfermeira, por indicação da médica, pressionou-me a barriga dizendo que era para ajudar e facilitar a saída da G.*”

ED: “*No momento do parto, a obstetra colocou-se em cima da minha barriga a fazer uma força descomunal, não me explicaram o porquê, ela apenas me*

disse que ia ajudar. A expressão que ela usou foi “eu vou dar-te aqui uma ajudinha”.

EM: “ (...) estava a interna a fazer o parto e uma médica saltou para cima de mim a fazer força na minha barriga e eu nem percebi muito bem porquê, mas na hora também não consegui perguntar porquê.”

As entrevistadas referem que durante o parto “uma enfermeira, por indicação da médica, pressionou-me a barriga”, “a obstetra colocou-se em cima da minha barriga a fazer uma força descomunal” e “uma médica saltou para cima de mim a fazer força na minha barriga”. As justificações apresentadas para a realização desta manobra foram: “era para ajudar e facilitar a saída da G” e “eu vou dar-te aqui uma ajudinha”.

Esta prática não é inofensiva e verifica-se que é utilizada com alguma facilidade pelos profissionais que assistem a mulher em TP. A falta de registos a documentar esta técnica constitui um fator impeditivo quando se pretende associar as vertentes causa-efeito. O encurtamento do segundo período do TP parece ser o principal fator apontado à utilização da manobra de Kristeller, no entanto, tendo por base as evidências consultadas, os autores referem que não existem diferenças significativas no tempo do segundo período do TP com a manobra de Kristeller (Matsuo et al., 2009; Api et al., 2009; Mahendru, 2010). Há evidenciadas de complicações materno-fetais inerentes à manobra de Kristeller como, ruturas uterinas, lacerações maternas graves incluindo do esfíncter anal, fraturas fetais, danos cerebrais, ferimentos da coluna vertebral entre outros diagnósticos que, segundo os autores, não podem ser relatados por implicações médico-legais (Api et al., 2009).

A OMS (1996) referiu que a aplicação de pressão do fundo uterino durante o TP é uma prática sem evidências suficiente para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. Em 2018 a OMS veio reforçar a sua posição referindo novamente que expressão abdominal para facilitar o parto não é recomendada.

Categoria: Cuidados ao Recém Nascido

Os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do mesmo, diminuindo a morbi-mortalidade neonatal. O delicado momento de transição do meio intra para o meio extra-uterino é marcado por inúmeras mudanças para o RN. A primeira hora de vida do RN é um período denominado de inatividade alerta do RN, que dura em média quarenta minutos.

Com o nascimento, o RN deve-se adaptar rapidamente à vida extra-uterina. A primeira e a mais importante mudança é começar a respirar, segue-se a regulação da temperatura do corpo e a amamentação.

Subcategoria nível 1: Pele-a-pele

O contacto pele-a-pele deve ser realizado pelo menos durante 1h, sempre que possível, de modo a favorecer o processo de vinculação, estabilidade cardiorrespiratória e termorregulação.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: *“Ele (RN) foi para dentro (sala dos RN’s) e depois foi o J. que o trouxe para fazer o contacto pele-a-pele (...) e fizemos o contacto pele-a-pele.”*

EC: *“Quando a G. nasceu, tentaram fazer o pele-a-pele, mas como ela estava com bastantes secreções, tiveram de a levar para a aspirar e disseram que também a iam vestir.”*

ED: *“ (...) mal ela nasceu, colocaram-na logo em cima de mim (...) fizemos contacto pele-a-pele cerca de 30min (...) ”.*

EH: *“Quando ele nasceu, às 10h15, colocaram-no logo em cima de mim a fazer pele-a-pele, e tive cerca de 1h.”*

EJ: *“ (...) cortaram o cordão umbilical e colocaram-no em cima de mim e estivemos a fazer pele a pele durante muito tempo.”*

As mulheres do presente estudo, referiram todas terem tido a oportunidade de realizar o pele-a-pele, quando as condições clínicas maternas e do RN assim o permitiram, exceto as que foram submetidas a cesariana: *“fizemos o contacto pele-a-pele”, “mal ela nasceu, colocaram-na logo em cima de mim”* e *“cortaram o cordão umbilical e colocaram-no em cima de mim”*.

A National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014), refere que se deve evitar separar a mulher do RN durante a primeira hora de vida para procedimentos de rotina, como a pesagem, medição e banho, a não ser que esses procedimentos sejam requeridos pela mulher ou necessários para o cuidado imediato do RN.

A OMS e a United Nations Children’s Fund (2009) afirmam que é de suma importância o contato pele-a-pele entre mãe e filho de forma imediata, para incentivar o

aleitamento materno precoce. Esta aproximação mostra benefícios como o aumento da duração da amamentação. A separação mãe – filho dificulta a amamentação, ocasionando também o risco de hipoglicémia, desconforto respiratório e hipotermia (Santos, 2011). O contacto cutâneo direto precoce entre mãe e filho e o apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto são, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno uma prática útil e que deve ser estimulada (OMS, 1996). Em 2018, a OMS referiu que os RN's sem complicações devem realizar o contacto pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida de modo a prevenir a hipotermia e a incentivar a amamentação.

Subcategoria nível 1: Amamentação na primeira hora de vida

O colostro é um excelente alimento que pode ser oferecido ao RN logo após o parto, uma vez que contém nutrientes e uma constituição imunológica aceitável para o RN, protegendo-o de microrganismos encontrados no novo ambiente, que podem invadir o seu organismo por meio do trato respiratório e gastrointestinal.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) ele não mamou na primeira hora (...) depois ele nunca pegou na minha mama, nunca mamou. Eu não sei se tem a ver com o facto de ele não ter mamado na primeira hora (...). ”

EH: “Apesar de ele estar a fazer pele-a-pele, não foi colocado à mama, ninguém me ajudou apesar de eu ver que ele andava à procura. Só foi colocado à mama, quando eu já estava no corredor à espera para ir para o internamento.”

EL: “ (...) mal nasceu foi logo colocada em cima de mim (...) iniciamos a amamentação (...) ”.

EM: “ Só quando vim para o corredor da sala de parto tentaram colocá-lo à mama.”

As mulheres referirem duas realidades distintas, se por um lado temos uma mulher que nos refere que “mal nasceu foi logo colocada em cima de mim (...) iniciamos a amamentação”, as outras referem-nos o contrário: “ele não mamou na primeira hora”, “Apesar de ele estar a fazer pele-a-pele, não foi colocado à mama, ninguém me ajudou” e “Só quando vim para o corredor da sala de parto tentaram colocá-lo à

mama”, o que nos leva a pensar que o início da amamentação na primeira hora de vida ainda não +e uma realidade nos contextos estudados.

O aleitamento materno deve ser promovido durante a primeira hora de vida do RN, conforme recomendado pela OMS (1996), se esse for o desejo da mulher e sempre que as condições de saúde da díade assim o permitam. Ele proporciona uma melhor qualidade de vida para as famílias, uma vez que as crianças adoecem menos e com isso diminui, quer a procura pelos cuidados de saúde, quer o uso de medicamentos para o tratamento de patologias.

Para além dos benefícios para o RN, o aleitamento materno também tem vantagens para as mães, ajudando-as tanto em curto como a longo prazo a retomar ao peso pré-gravidez e protegendo-as contra o cancro do colo do útero. Amamentar não fornece apenas os nutrientes, mas também causa um desenvolvimento saudável tanto nutricional quanto psicológico ao RN. Amamentar constitui o primeiro ato de amor, pois favorece o contato entre mãe e filho e estimula a ligação afetiva entre o binómio gerando segurança e proteção ao RN.

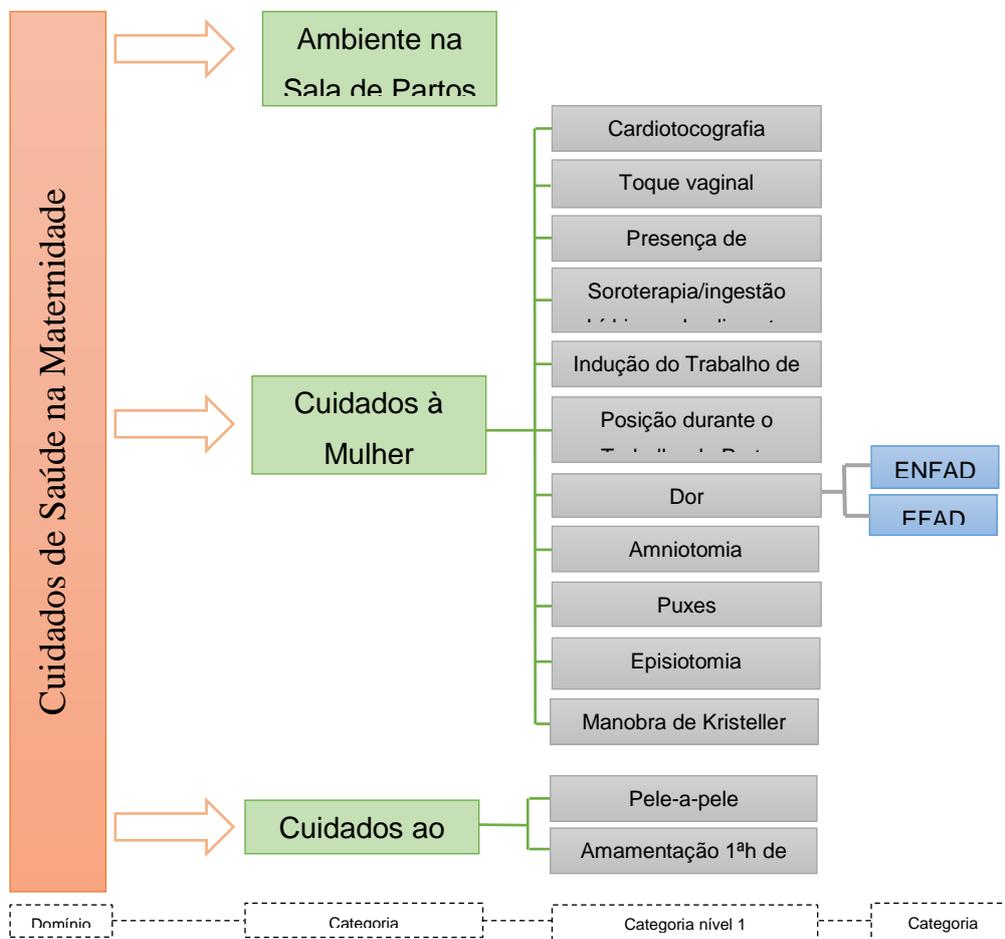


Figura 7 - Categoria: Cuidados de Saúde na Maternidade

➤ **Domínio: Cuidados prestados pela Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade**

As *midwives* têm um papel crucial na ajuda às mulheres para atingir uma experiência de TP positiva. Tarkka e Paunonen (1996) concluíram que, durante o TP, a maior fonte de suporte emocional para a mulher é a *midwife*.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: “ (...) a equipa de enfermagem mostrou-se sempre muito disponível (...) fui muito bem tratada (...) explicaram tudo muito bem, notasse que estavam com tempo, com calma para mim, naquela fase tão complicada. (...) Senti-me muito segura e em boas mãos. (...) Muito bom, muito bom, senti-me envolvida no processo, foram-me explicando (...) foi tudo com muita calma, é a ideia que eu tenho, foi feito sem pressas (...) ”.

EB: “ (...) a colega (EE-ESMO) foi um bocadinho indelicada porque me obrigou a ficar virada para o lado que eu não tolerava porque o monitor captava melhor e apitava menos lá dentro. (...) Com o J. também foi um bocadinho indelicada e um bocadinho desagradável ao dizer “o pai está muito stressado, estão aqui umas más energias dentro da sala” (...) tive de intervir e dizer que não eram más energias, e se ele não se tivesse preocupado comigo, se calhar é que era grave e preocupante. Depois as coisas lá se acalmaram. (...) elas (EE-ESMO) respondiam sempre de forma fria e a dizer “está sempre a fazer perguntas, sempre a questionar, você está muito nervoso, não está a ajudar nada” e não sei o quê (...)”.

EC: “ (...) fui bem acolhida e foram-me prestados cuidados de excelência, eu tenho noção que as colegas (EE-ESMO) não fizeram mais porque não conseguiram (...) são poucas para tanta coisa, mas dentro do possível, eu gostei muito principalmente de uma enfermeira que me fez sentir uma super-mulher, estava sempre a dizer “estás a fazer muito bem, vá continua” e acho que nesse momento é o que uma mulher precisa, que a encorajem e incentivem, e que se estabeleça um ambiente favorável com boa disposição e risadas.”

ED: “Em termos de equipa de enfermagem, acho que estão muito pouco preparados para receber pedidos, que não são especiais, mas é um momento

diferente na vida de um casal e nós temos algumas ilusões e as equipas ainda não estão preparadas para fazer as coisas como nós queremos e não como elas estão habituadas e o querem fazer (...) há pouca comunicação entre as equipas e a mulher, não explicam o porquê de fazerem as coisas, não explicam o que é que poderemos fazer para os ajudar. É para fazer assim e mais nada!”

EG: “A equipa de enfermagem não foi muito comunicativa (...) Durante o TP e parto senti-me completamente perdida, porque nós estamos ali naquele estado e tendo ali sei lá quantas pessoas à volta e ninguém tem o cuidado ou a atenção de dizer “agora vamos fazer isto ou vamos fazer aquilo” e explicar, isso é uma das coisas que mais me fez muita confusão (...).”

EH: “ (...) acho que foi a única colega (EE-ESMO) que não esteve muito bem (...) disse-lhe “olhe, acho que você vai ter de me dar alguma coisa para a dor porque eu já estou mesmo no meu limiar de dor, já nem aguento mais.”, ela olhou para mim assim de longe e disse “Ah, pois, isso é normal, vai ter que aguentar” (...) entretanto apareceu uma médica que foi a minha sorte. Ela observou-me e eu pensei “Graças a Deus que alguém olha para mim” (...) E chega lá essa nossa colega e diz assim “Não sei porque é que está a observar esta senhora, ela acabou de subir para o internamento, e estava com 2,5cm lá em baixo”, e a médica olhou para ela e disse “Esta senhora está com 7cm de dilatação, vai já para a sala de partos” (...) as equipas estão tão habituadas com as rotinas delas, que pensam que somo todas iguais. (...) eu sei que as coisas foram muito rápidas, mas o cuidado podia ter sido outro, muito mais humanizado e individualizado.

EL: “Durante toda a minha estadia na sala de partos, só lá estava um EE-ESMO, não houve um único médico que lá passasse, o que eu achei muito estranho, mas como era de noite (...) Toda a equipa de EE-ESMO foi muito atenciosa, muito humanos. Notou-se que não estavam ali para despachar, estavam ali para nós.”

EM: “Tudo o que me faziam eu perguntava porquê, porque elas (EE-ESMO) não explicavam nada e então eu ia tentando perceber o que se estava a passar. (...) para ser sincera eu senti-me desamparada, só la estava eu e a minha mãe e não estava lá mais ninguém para ver se eu estava a fazer bem ou mal, faltou-me a presença de um EE-ESMO e na altura era só eu que estava

na sala de partos. (...) Durante a noite só o EE-ESMO é que veio saber de mim, mas de manhã apareceu meio mundo.”

Relativamente aos cuidados prestados pela equipa EE-ESMO, houve mulheres referiram que: *“equipa de enfermagem mostrou-se sempre muito disponível”, “Senti-me muito segura e em boas mãos”, “foram-me prestados cuidados de excelência”, “Toda a equipa de EE-ESMO foi muito atenciosa, muito humanos”*. No entanto também houve mulheres que referiram que: *“a colega (EE-ESMO) foi um bocadinho indelicada”, “Com o J. também foi um bocadinho indelicada e um bocadinho desagradável”, “elas (EE-ESMO) respondiam sempre de forma fria”, “acho que estão muito pouco preparados para receber pedidos, que não são especiais”, “as equipas ainda não estão preparadas para fazer as coisas como nós queremos e não como elas estão habituadas e o querem fazer”, “há pouca comunicação entre as equipas e a mulher, não explicam o porquê de fazerem as coisas, não explicam o que é que poderemos fazer para os ajudar. É para fazer assim e mais nada!”, “as equipas estão tão habituadas com as rotinas delas, que pensam que sono todas iguais”, “o cuidado podia ter sido outro, muito mais humanizado e individualizado” e “elas (EE-ESMO) não explicavam nada”, o que originou comentário como: *“senti-me completamente perdida”, “é uma das coisas que mais me fez muita confusão” e “senti-me desamparada”*.*

O EE-ESMO pelo lugar preponderante que ocupa nos cuidados à mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser um profissional de referência para um cuidado humanizado e empoderador. Através do estabelecimento de uma relação terapêutica, o EE-ESMO é capaz de desenvolver ações educativas que respeitem a individualidade de cada mulher e estimulem o aumento do conhecimento acerca de si mesma e daquilo que a rodeia, fornecendo-lhes ferramentas para poder exercer mudanças nesse ambiente e no seu comportamento, de modo a melhorar a sua saúde. Para além de transmitir informação, o EE-ESMO deve ser veículo de confiança, autonomia e poder para a tomada de decisão, contribuindo para o aumento de sentimentos/expectativas positivas e, em última instância, capacitando a mulher para o parto e maternidade. (Silva, Ferreira, & Duarte, 2015).

Simkin (1991) e Green, Coupland e Kitzinger (1990) referiram que o apoio contínuo prestado pelos profissionais da saúde parece ser responsável pela lembrança positiva das mulheres em relação à experiência de TP. Hodnett (2002) considerou, por sua vez, que o apoio e o relacionamento com os profissionais da saúde são um dos componentes que mais contribuiu para uma maior satisfação das mulheres com a

experiência de TP. Hodnett et al. (2007) realizaram uma revisão sistemática com dezasseis ensaios clínicos randomizados que foram realizados em diversos países e concluíram que as mulheres que tiveram apoio contínuo durante o TP experimentaram TP ligeiramente mais curtos, estiveram mais propensas a ter um parto vaginal e menos propensas a ter analgesia intraparto, também relataram menor insatisfação com as suas experiências de TP. Klaus, Kennel e Klaus (2000) afirmam que um apoio contínuo dado pelos profissionais da saúde, pode representar um fator importante na diminuição das intervenções obstétricas e das complicações na mulher.

➤ **Domínio: Tomada de decisão na Maternidade**

O PNS 2012-2016 identifica o empowerment como a melhor estratégia para obter ganhos em saúde, incentivando o envolvimento do cidadão no processo de tomada de decisão no âmbito da saúde.

Ramalho (2010) refere-nos que as situações em que os profissionais de saúde envolvem as mulheres na tomada de decisão sobre os assuntos que a elas dizem respeito, assim como ao seu filho ou à sua família, são vistas como comportamentos indicadores de respeito.

Diversos estudos divulgados na comunidade científica reconhecem que a participação ativa e informada e a perceção de controlo durante o TP são preditores da satisfação da experiência de TP. Um estudo qualitativo, de referência nesta área de investigação, realizado por Gibbins e Thomson (2001), concluiu que todas as mulheres queriam ter parte ativa no seu TP para perceber em si um maior controlo. Para isso contribuíram, entre outros aspetos, as informações dadas durante a gravidez e o TP e o facto de ter sido incluída na tomada de decisões durante o TP. Hodnett (2002) considerou o envolvimento da mulher na tomada de decisões, como um dos fatores mais influentes na avaliação positiva da experiência de TP.

Categoria: Nos Cuidados prestados

Para Sanders (2013) o empowerment da mulher significa que ela seja capaz de experimentar o seu TP como protagonista do processo. Participar significa também ser informada sobre o desenvolvimento do TP e ter a possibilidade de influenciar as tomadas de decisão sobre o acontecimento.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: *“Não decidi relativamente à episiotomia, eles iam fazer com a minha autorização ou não, não pude escolher a posição do parto, globalmente, não me deram a oportunidade de escolher ou dar a minha opinião durante o meu TP e parto.”*

EC: *“Durante o meu TP e parto, eu não pude escolher nada, apenas no momento da epidural, de resto, foi sempre tudo numa perspetiva do “vou fazer e fiz” (...) a médica não me deu oportunidade de escolha, fui apanhada de repente (na decisão de induzir o parto) e nem sequer pensei bem, mas se fosse hoje, eu preferia ter prolongado a gravidez.”*

ED: *“O parto foi feito na posição ginecológica, porque foi a única posição de que me falaram, mais uma vez, era aquela posição e mais nada, não tive oportunidade de escolha. Durante o meu TP e parto não me deram oportunidade de escolha nem poder da decisão.”*

EF: *“ (...) disseram-me “vais para sala de partos” e eu “AH!? Porque é que vou?”. Eu não tinha dores, sentia as contrações, mas era uma coisa que eu realmente com a respiração controlava, estava com 3/3,5cm e disseram “está na altura de fazeres a epidural” (...) Por volta das 2h a médica disse “Vamos tentar mais uma vez, senão vamos para cima!”. Quando ela disse isto, eu não sei como, mas sentei-me e disse “Vamos para cima para onde?”. Eu devo ter feito uma cara tão má que ela olhou para mim e não me disse mais nada. Virou-se para a enfermeira e pediu uma ventosa. Não decidi posição, foi imposta (...) Fizeram-me a episiotomia sem me dizerem nada, nem opção de escolha me deram, muito resumidamente, eu não tive oportunidade de decidir nada.”*

EI: *“Acho que não temos grande autonomia e estamos à mercê do que eles querem, e na perspetiva que seja o melhor para nós.”*

Relativamente à tomada de decisão nos cuidados prestados na maternidade, as mulheres referem que *“globalmente, não me deram a oportunidade de escolher ou dar a minha opinião durante o meu TP e parto.”*, *“eu não pude escolher nada”*, *“foi sempre tudo numa perspetiva do “vou fazer e fiz”*”, *“Durante o meu TP e parto não me deram oportunidade de escolha nem poder da decisão”*, *“muito resumidamente, eu não tive oportunidade de decidir nada.”* e *“Acho que não temos grande autonomia e estamos à mercê do que eles querem, e na perspetiva que seja o melhor para nós.”*

Uma investigação conduzida no domínio da participação ativa da mulher nas tomadas de decisão sobre o TP revela que, de acordo com as práticas que são desenvolvidas pelos profissionais da saúde, quanto mais a mulher está envolvida e participa nas

tomadas de decisão relativas ao decurso do TP, ao parto em si, assim como nos cuidados a prestar ao RN logo a seguir ao parto, maior a probabilidade de satisfação da mulher e a qualidade da interação que estabelece com a criança (DeVries et al., 1993).

Categoria: Fatores Determinantes

Durante a gravidez ocorrem diversas transformações psicológicas e fisiológicas na mulher. Esta necessita de inúmeras informações acerca do ciclo gravídico-puerperal que lhe permitirão adquirir o poder de decisão e autonomia para se auto-cuidar bem como para cuidar do RN, conquistando autoridade para lidar com as mudanças.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: “ (...) *saber algumas coisas diminuiu um bocado a minha ansiedade, o que neste caso facilitou.*”

EB: “*Eu acho que quanto mais nós sabemos, mais capacidade temos para tomar decisões.*”

EF: “*O facto de eu ter mais conhecimentos sobre a área ajudou-me a ser mais pragmática.*”

EI: “*Sinto que os conhecimentos que possuía, influenciaram positivamente o meu TP e parto (...) quanto mais sabemos, mais nos conseguimos autocontrolar e focar no essencial.*”

As mulheres referem como fatores determinante para a tomada de decisão: “*saber algumas coisas*”, “*quanto mais nós sabemos, mais capacidade temos para tomar decisões.*”, “*ter mais conhecimentos sobre a área ajudou-me a ser mais pragmática.*”, “*Sinto que os conhecimentos que possuía, influenciaram positivamente o meu TP e parto*” e “*quanto mais sabemos, mais nos conseguimos autocontrolar e focar no essencial.*”. Os conhecimentos, são sem sombra de dúvidas o fator que elas referiram como sendo o potenciador de tomadas de decisão pensadas e conscientes.

Diversos estudos divulgados na comunidade científica reconhecem que a participação ativa e informada e a perceção de controlo durante o TP são preditores da satisfação da experiência de TP. Para isso contribuíram, entre outros aspetos, as informações dadas durante a gravidez e o TP e o facto de ter sido incluída na tomada de decisões durante o TP (Gibbins & Thomson, 2001).

Categoria: Fatores Condicionantes

O medo do parto pode funcionar, afinal, como catalisador do empowerment da grávida, para tal, é determinante a relação estabelecida com a equipa de enfermeiros obstetras, que lhes faculta o sentimento de segurança, confirmação e respeito.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) *não foi a falta de conhecimentos, alias, acho que nós sabemos demasiado e termos noção de muitas coisas, não nos ajuda, acho que saber demais, às vezes só prejudica.*”

EC: “ (...) *tenho noção de que por vezes, quanto menos soubermos, melhor, e que nem sempre os conhecimentos são facilitadores de tomadas de decisão (...) quando decidimos alguma coisa, que vai contra a vontade da equipa de saúde, temos medo que algo corra mal e que nos culpabilizem.*”

ED: “ (...) *não nos darem abertura para podermos tomar decisões (...) não nos darem autonomia.*”

EF: “*O que dificultou foi a falta de informação que nos é transmitida durante todo este processo (...) mas também senti na pele o facto de me identificarem como enfermeira e ser intitulada como alguém que tem obrigação de saber disto tudo, o que na verdade não é assim que se passa. O facto de sermos da área, de sermos enfermeiros, dificulta imenso, porque a equipas nos vêem como alguém que sabe do que se está a passar. Dificulta imenso eles pensarem que temos que saber tudo.*”

EI: “ (...) *quanto mais conhecimento temos, mais medo, receio, stress, ansiedade sentimos.*”

Como fatores condicionantes para a tomada de decisão, as mulheres referem: “*saber demais, às vezes só prejudica*”, “*nem sempre os conhecimentos são facilitadores de tomadas de decisão*”, “*não nos darem abertura para podermos tomar decisões*”, “*não nos darem autonomia*”, “*falta de informação que nos é transmitida durante todo este processo*”, “*sermos enfermeiros, dificulta imenso, porque a equipas nos vêem como alguém que sabe do que se está a passar*” e “*quanto mais conhecimento temos, mais medo, receio, stress, ansiedade sentimos*”. Curiosamente o conhecimento é apontado como fator determinante, assim como fator condicionante na tomada de decisão, não

se sabendo deste modo, qual o nível de conhecimento que demonstra sem determinante e condicionante.

A OE (2014) defende que é importante oferecer à parturiente um apoio contínuo durante o TP, maximizando o uso das suas próprias potencialidades, sendo fundamental informar as mulheres sobre o parto e o seu PP, para que assim possam tomar decisões sobre práticas clínicas que serão realizadas no seu próprio corpo (empowerment).

Categoria: Sentimentos da Mulher

Peterson (1996) refere-nos que a participação ativa no TP, inclusive nas tomadas de decisões são fatores que contribuem para uma percepção positiva da própria mulher em TP. O mesmo autor (1996) refere ainda que quando a mulher tem a percepção que os seus sentimentos sobre o TP são aceites e respeitados pelos profissionais da saúde, sendo vista como alguém que está a fazer o melhor que pode, melhor será a noção de si mesma no TP.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EB: “ (...) sinto que o facto de nos darem oportunidade de escolha e poder de decisão é uma maneira de nós enquanto mulheres sentirmos mais controlo da situação, mais autónomas.”

ED: “ (...) o facto de não nos darem autonomia, tiram-nos a esperança de que as coisas poderiam ser diferentes, à nossa maneira, de forma natural e mesmo assim, correrem bem. Até poderia não dar resultado, mas pelo menos nós enquanto mulheres teríamos tentado, o que nos daria um maior grau de satisfação (...) nós sentimo-nos inúteis estando ali deitadas sem poder fazer nada, estamos submissas ao que as equipas de saúde querem (...). ”

EE: “ (...) eu não tive autonomia nenhuma, não me questionaram relativamente a nada, mas não me senti uma inútil, porque parti do princípio que todos os cuidados que me estavam a prestar eram os cuidados normais para aquela situação.”

EF: “ (...) parecemos seres incapazes de assimilar informação (...) Eu acho que as coisas são feitas tão rotineiramente que acho que eles até se esquecem que há alguém do outro lado que tem poder de decisão. Sendo o meu primeiro filho eu gostaria de ter tido uma participação mais ativa e ter tido a oportunidade de

opinar sobre muitos dos cuidados que me foram realizados. Por momentos senti-me uma inútil, estamos lá para fazer o que eles mandam fazer, quando eles querem e não quando nós queremos. Não me senti minimamente integrada nos cuidados, eu não pude fazer nada. Por momentos senti-me usada, estava ali para fazer o que me mandavam.”

El: *“Sinto que no decorrer do meu TP fui quase como uma mera expectante, porque acabei por ir fazendo o que me diziam, o que me propunham sem dar opções (...) acho que às vezes darem-nos demasiadas opções se calhar também nos baralha e nos deixa sem saber o que realmente é o melhor e torna-nos mais inseguras (...) seria vantajoso termos a oportunidade de decidirmos o que queremos para o nosso TP, se nos dessem opções diferente e não só uma. Globalmente eu senti que estava nas mãos deles e o que eles estavam a fazer seria o mais correto, mas de facto chegamos à maternidade e só ouvimos “faça isto, faça aquilo” e nunca ouvimos “como é que quer fazer? Desta maneira? Ou de outra maneira?”, enquanto mulher não temos autonomia nenhuma.”*

EJ: *“Olhando agora, afastada para a minha experiência, e sem ter tantas hormonas em circulação, acho que não tive um papel muito ativo no TP (...) mas também não tive grande abertura para isso por parte da equipa, nem grande leque de escolha.”*

Face a possibilidade de poderem exercer o seu direito nas tomadas de decisões, as mulheres referem: *“é uma maneira de nós enquanto mulheres sentirmos mais controlo da situação, mais autónomas”, “o facto de não nos darem autonomia (...) nós sentimo-nos inúteis estando ali deitadas sem poder fazer nada, estamos submissas ao que as equipas de saúde querem”, “eu não tive autonomia nenhuma (...) parti do princípio que todos os cuidados que me estavam a prestar eram os cuidados normais para aquela situação”, “parecemos seres incapazes de assimilar informação”, “acho que eles até se esquecem que há alguém do outro lado que tem poder de decisão”, “eu gostaria de ter tido uma participação mais ativa e ter tido a oportunidade de opinar sobre muitos dos cuidados que me foram realizados”, “Por momentos senti-me uma inútil”, “senti-me usada, estava ali para fazer o que me mandavam”, “fui quase como uma mera expectante”, “senti que estava nas mãos deles”, “enquanto mulher não temos autonomia nenhuma” e “não tive grande abertura para isso por parte da equipa, nem grande leque de escolha”.*

O papel do EE-ESMO durante o TP e parto passa por salvaguardar os direitos das mulheres, garantindo que são prestados os cuidados adequados, com os recursos

disponíveis e de acordo com os pressupostos éticos. É seu dever garantir que as mulheres recebem as informações apropriadas antes de consentirem o tratamento ou os procedimentos, devendo demonstrar sempre disponibilidade para acompanhar a mulher/casal, garantindo todos os esclarecimentos solicitados e necessários para a satisfação das suas necessidades.

O acompanhamento dado à mulher nos momentos que antecedem o parto é fundamental para a sua confiança na capacidade que tem em ser mãe e cuidar do filho, onde deverá primar a valorização da individualidade (Lopes et. al., 2009).

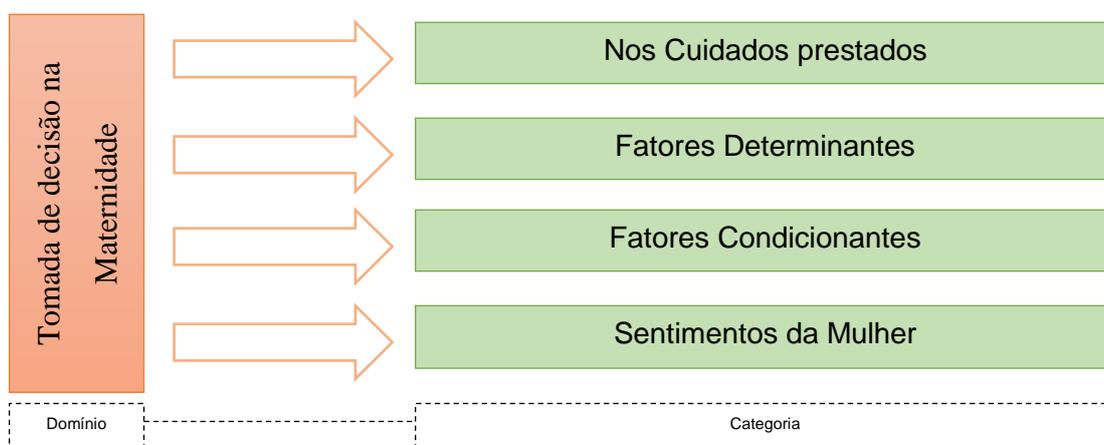


Figura 8 - Domínio: Tomada de decisão na Maternidade

➤ Domínio: Experiência de Trabalho de Parto e Parto

Callister (2004) descreveu o TP como uma experiência agridoce marcada por uma ambivalência de sentimentos, perante a evidência de conotações positivas e conotações negativas

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres sobressaíram as seguintes ideias:

EA: *“Muito positiva! Apesar de não ser como imaginei (...)”*.

EB: *“Se a equipa de enfermagem fosse mais aberta a esclarecer duvidas e a transmitir informação, talvez o meu TP não fosse tao stressante para mim e para o J. (...) Eu ainda não consegui digerir aquele TP e parto. Tenho uma imagem muito negativa do meu TP e parto. Eu só dizia que aquilo parecia um talho, não tem nada de bom. Fala-se muito do parto humanizado, mas eu não sei até que ponto é que isso é real (...) A ideia que eu tinha sobre o parto é que*

ia ser mau, eu sabia que não ia ser um mar de rosas, sabia que ia custar e que ia doer, imaginei 1500 cenários mas nunca pensei que fosse assim tão mau.”

EC: “ (...) *para aquilo que eu estava á espera, o meu parto foi muito melhor, apenas tive dores menstruais, o parto passou-se lindamente. (...) posso dizer que foi uma experiencia positiva.”*

EI: “ (...) *o meu parto foi melhor do que o que eu esperava, em termos de dor, rapidez (...) ”.*

EJ: “ (...) *não houve muita intervenção (...) muitas vezes os cuidados são centrados na equipa e não na pessoa, é tudo cada vez mais medicalizado e menos humanizado. Apesar de tudo, foi uma experiência bastante positiva.”*

EL: “ (...) *eu senti o meu parto como sendo único, o que foi muito importante para mim (...) O meu parto foi sem dúvida uma experiência muito mais positiva do que o que eu estava à espera.”*

Relativamente à experiência de TP e P as mulheres referem opiniões díspares. Se por um lado há mulheres que dizem: “*Muito positiva*”, “*para aquilo que eu estava á espera, o meu parto foi muito melhor*”, “*foi uma experiencia positiva*”, “*foi melhor do que o que eu esperava*”, “*foi uma experiência bastante positiva*”, “*senti o meu parto como sendo único*” e “*foi sem dúvida uma experiência muito mais positiva do que o que eu estava à espera*”. Por outro lado também houve quem referisse que: “*Eu ainda não consegui digerir aquele TP e parto (...) Tenho uma imagem muito negativa do meu TP e parto (...), não tem nada de bom (...) imaginei 1500 cenários mas nunca pensei que fosse assim tão mau*”

Ramos (2008, p. 109) refere que “*uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional da equipa de saúde*”. Lopes et al (2009) diz-nos que quando a mulher recebe informações corretas referentes ao processo de parir, poderá sentir-se mais autoconfiante e os sentimentos vivenciados durante o parto serão menos dolorosos e mais positivos, pois o medo do desconhecido aumenta a ansiedade e, com isso a sensação de dor. A experiência de parto é muitas vezes pautada pela ocorrência de elevado mal-estar e emocionalidade negativa, dado que a maior parte das mães relata ansiedade, falta de controlo, perda de noção de tempo e de lugar, bem como de sentimentos negativos, tais como tristeza e zanga (Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, 2003). Os sentimentos negativos derivam, na maior parte das vezes, da dor sentida. Os mesmo autores referem que o parto geralmente não

ocorre de acordo com as expectativas prévias da grávida, sendo que em metade dos casos corre melhor e na restante metade pior, do que o que se esperava. A experiência de parto é assim, regra geral, uma experiência difícil para a mulher, mas a qualidade dessa experiência varia na dependência de uma multiplicidade de fatores individuais, sociais e situacionais. Mackey (1998) verificou que as participantes avaliaram a sua experiência de TP de acordo com a percepção que têm da gestão do seu desempenho e concluíram que as mulheres que reconhecem gerir bem a experiência, avaliam positivamente o TP.

Os resultados gerais apresentam-se esquematizados no Diagrama 6 para uma mais fácil compreensão.

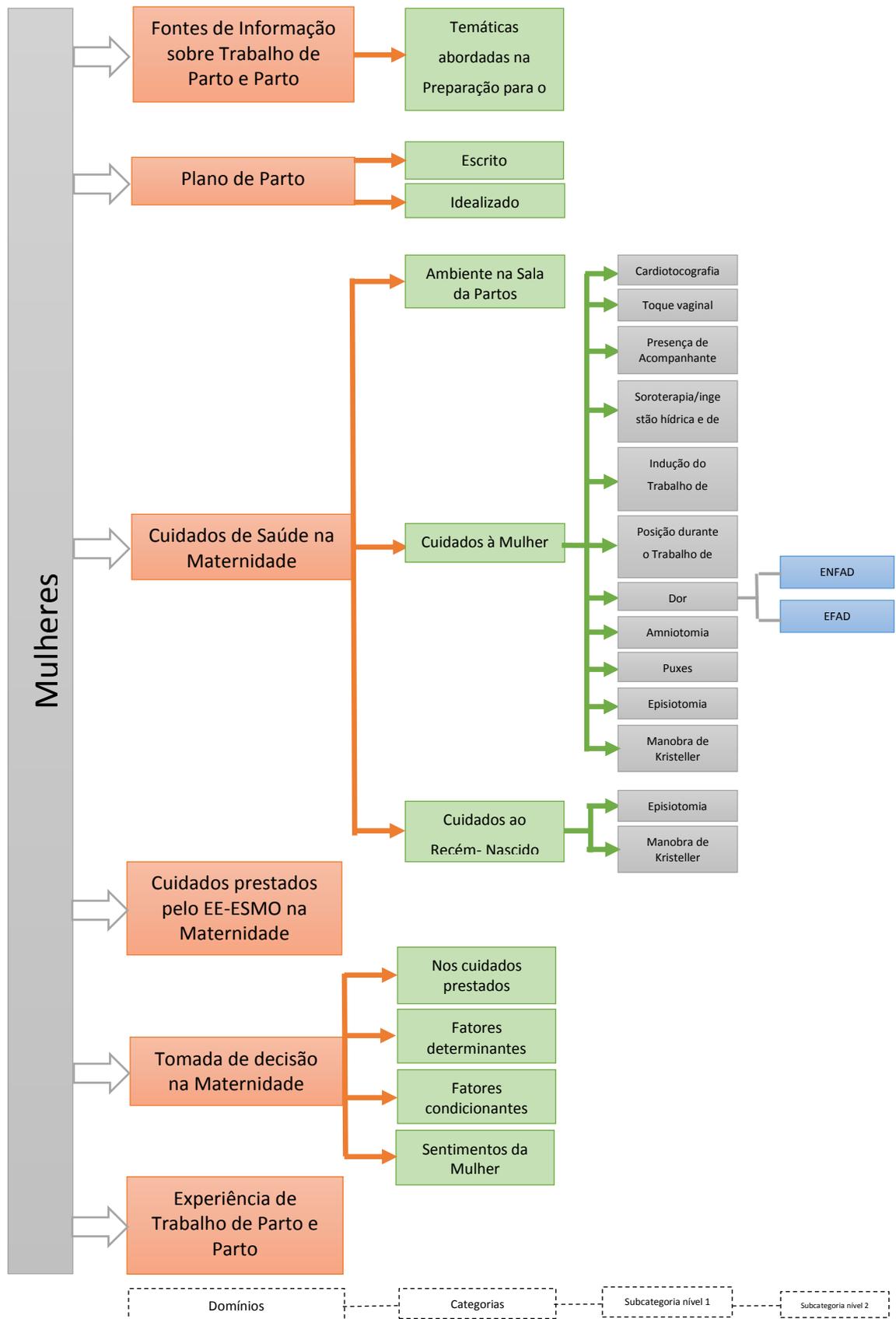


Figura 9 -Visão esquemática geral com domínios, categorias, subcategorias nível 1 e subcategorias nível 2.

CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente estudo de investigação de natureza qualitativa foi possível perceber de que forma a literacia em saúde materna serve de estratégia para a promoção de uma experiência positiva de Trabalho de parto (TP) e parto.

Uma experiência de parto positiva é o grande objetivo de todas as mulheres que estão grávidas. Para isso é necessário que esta experiência preencha e ultrapasse os objetivos a que ela se propôs e que visam o nascimento de um bebê com boa saúde, num bom contexto clínico e psicológico, com o apoio prático e emocional contínuo de um ou mais acompanhantes durante o TP e parto.

A maternidade é das maiores transições desenvolvimentais vividas pela mulher, marcada por transformações significativas que frequentemente são associadas ao aumento significativo da vulnerabilidade, em que o TP e parto podem assumir-se como experiências muito marcantes, quer positiva, quer negativamente.

A maternidade saudável é hoje mundialmente reconhecida como aspeto de desenvolvimento e de direito humano. Cada mulher deve desfrutar do mais alto nível de saúde durante este período da sua vida. Um ambiente favorável e condições seguras para o TP e parto depende dos cuidados e da atenção dispensados à mulher e ao recém-nascido (RN) quer pela equipe de saúde, quer por familiares.

A procura de informação é uma estratégia que visa promover uma experiência positiva no TP e parto. A literacia em saúde procura empoderar as pessoas dando-lhes informação, motivação e competência para que possam aceder, compreender, avaliar e mobilizar conhecimentos relativos à sua saúde. Os curso de preparação para o parto (PPP) são uma das principais fontes de informação que as mulheres procuram, o que tem levado a um aumento da procura por estes cursos, que por vezes não conseguem dar resposta positiva a todos os interessados. A PPP pretende que a mulher/casal grávido desenvolvam competências que lhes permitam experienciar a gravidez, o TP e o parto como um processo fisiológico natural, que passa pela confiança na sua capacidade para gerar vida, como protagonistas deste mesmo evento. Além disso na PPP aborda temáticas como a analgesia, as fases do TP, competências do RN, entre outros, de modo a proporcionar à mulher experiências de TP positivas.

Apesar dos benefícios da PPP, estes podem não ir ao encontro das necessidades informativas das mulheres, uma vez que as prepara para aderirem às rotinas hospitalares, em vez de facilitar as suas respostas adaptativas ao TP ou empoderá-las para atingirem os seus objetivos relativos ao parto.

O plano de parto (PP) é o elo de ligação entre os desejos/ideias que a mulher/casal grávido têm, para o seu TP e parto, e a equipa de saúde, nomeadamente os EE-ESMO, sendo que estes devem primar pela sua correta execução, sempre que a situação clínica da mulher e do feto/RN o permitam, motivo pelo qual, o mesmo deve ser realizado com o auxílio destes profissionais. No entanto, esta é uma das áreas da Saúde Materna e obstétrica que merece maior intervenção por parte dos EE-ESMO, de modo a promoverem a sua abordagem e a sua realização para propiciarem a vivência experiências de TP e parto mais positivas.

As relevantes inovações técnicas e tecnológicas na Obstetrícia, a escassez de recursos humanos nos últimos anos, em concreto de EE-ESMO, entre outros fatores, têm sido responsáveis por práticas injustificadas na assistência ao parto normal. As mulheres têm o direito de passarem por TP e partos livres de intervenções médicas rotineiras, que primam pelo respeito à sua autonomia, pelo direito de escolha e de tomada de decisão. No entanto o que se verifica é que estas práticas mantêm-se rotineiras destituindo a mulher do seu papel ativo, colocando por vezes, quer a mulher, quer o RN em perigo, porque as mulheres ainda acreditam, erradamente, que o intervencionismo médico e as novas tecnologias refletem uma maior segurança para ambos. No nosso quotidiano, a mulher é frequentemente submetida a rotinas e intervenções obstétricas arriscadas e, muitas vezes, desnecessárias, sem serem informadas sobre o assunto. Para além da violação de direitos básicos inerentes à qualidade de cidadão (direito à autodeterminação e ao respeito), estas práticas desumanizadas e desatualizadas, centradas nos profissionais, violam os princípios éticos reguladores de todas as profissões de saúde, em concreto o Código Deontológico dos Enfermeiros. O respeito pela intimidade e privacidade durante o TP e parto devem também ser a prioridade de quem acompanha o desenrolar do TP e parto. Durante o TP e parto a segurança da mulher depende do seu grau de informação sobre este evento e da preparação que fez para o mesmo ao longo da gravidez, assim como das orientações que recebe dos profissionais de saúde que a acompanham durante este período, que servem como alicerce e base de esclarecimento de dúvidas. É imprescindível que a mulher seja reconhecida como a protagonista durante o TP e parto, onde as suas escolhas deverão ser respeitadas na

realização de práticas de saúde que permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do RN. A mulher que vivencia este momento de forma consciente e com participação ativa tem um resultado mais rápido e mais satisfatório. A mulher deve poder exercer a sua liberdade de escolha de maneira plena durante este momento único e particular, se não o mais significativo e importante da sua vida, que é o de ela própria dar a vida a um ser. São duas vidas a serem consideradas e tratadas como singulares.

A dor do parto é em grande medida iatrogénica, ou seja, ampliada com a realização de rotinas, como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a episiotomia e a amniotomia, uma vez que todos estes procedimentos, em muitos casos, desnecessários e desaconselhados acabam por aumentar a intensidade do processo doloroso, contribuindo para o enraizamento de uma conceção de parto normal como um processo imensamente dolente e da ideia de que parir é sofrer.

A tomada de decisão informada é um direito das mulheres que devem receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe estão a ser prestados, assim como os seus benefícios, prejuízos e alternativas. Um dos fatores que contribui para uma perceção positiva da própria mulher em TP é a sua participação ativa no TP, inclusive nas tomadas de decisões, uma vez que quando a mulher tem a perceção que os seus sentimentos sobre o TP são aceites e respeitados pelos profissionais da saúde e é vista como alguém que está a fazer o melhor que pode, melhor será a noção de si mesma no TP.

Os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção de vivências positivas à mulher que se encontra em TP e parto, potenciando o nível de informação, de modo a fomentarem o aumento da sua autoestima e diminuindo a sua ansiedade. O EE-ESMO tem o papel preponderante no cuidado humanizado, que é imprescindível para que a mulher tenha uma experiência positiva no TP e parto.

O papel do EE-ESMO não é o de decidir pela mulher, mas acima de tudo negociar, orientar e coordenar esforços para ir de encontro às necessidades reais e sentidas, capacitando a mulher no contexto de promoção da saúde. Compete ao EE-ESMO a promoção de uma transição saudável para a maternidade e para isso tem que empoderar a mulher, de modo a que esta adquira poder e controlo sobre a sua saúde, proporcionando um ganho de informação e desenvolvimento de competências que lhe permitam ter uma participação ativa durante o TP e parto. A relação terapêutica entre a mulher e os profissionais de saúde, assim como a disponibilidade destes em

estabelecerem relações de apoio, contribui para a vivência mais positiva durante o TP e o parto. É urgente uma mudança nos cuidados de saúde que reduza a assimetria de poder de decisão entre os profissionais de saúde e a mulher, alvo de cuidados.

A investigadora considera ter atingido os objetivos propostos no início do estudo, proporcionando contributos importantes para justificar momentos de reflexão sobre a mudança de práticas por parte dos EE-ESMO, de modo a promover uma experiência positiva de (TP) e parto. Os EE-ESMO assumem um lugar privilegiado no contacto com a mulher/casal grávido ao longo de toda a gravidez, assim como durante o TP e parto, devendo por isso estar disponíveis e permeáveis para a mudança, que é emergente para que esta experiência referenciada como única, seja o mais positiva possível

Durante o desenvolvimento do estudo de natureza qualitativa a investigadora deparou-se com algumas limitações, que não foram impeditivas à sua realização, porém foram reconhecidas. Destaca-se a falta de experiência e de perícia da investigadora, que no entanto conduziu as entrevistas de forma adequada e assertiva, o que é validado com a informação e a profundidade da mesma obtida no final do estudo. O fator tempo foi outro aspeto limitador, uma vez que um estudo de natureza qualitativa exige mais tempo para estudar o fenómeno da experiência humana. Salienta-se noutra esfera, igualmente limitativa, a pouca investigação realizada em redor da literacia em saúde materna, mesmo com um espaço temporal menos significativo.

Após reflexão coerente e congruente do estado da arte e da prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e atendendo às lacunas detetadas, a investigadora empreende ser oportuno identificar possíveis contributos tanto em instituições hospitalares, como nos cuidados de saúde primários, com a finalidade de melhorar a experiência de TO e P, tornando-a o mais positiva possível para a mulher/casal grávido.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os EE-ESMO demonstram falta de flexibilidade e de abertura face aos desejos e ideias que a mulher/casal grávido têm para este momento único da sua vida, o que por vezes leva a que os cuidados de enfermagem não sejam prestados de forma individual e humanizada, mas sim de forma rotineira e de encontro com os ideais das equipas, o que coloca em questão a satisfação da mulher/casal grávido que referem não se sentirem enquadrados nos cuidados que lhe são prestados, fator este que é gerador de ansiedade, stress. Assim, deverá investir-se na formação destes profissionais em áreas como a correta

comunicação e o consentimento informado. Por outro lado, revela-se também importante estudar a perspectiva dos EE-ESMO relativamente a esta temática, de modo a identificar possíveis lacunas e dificuldades.

Sendo formação um agente promotor de reflexão e de mudança e sendo a Enfermagem uma ciência humana prática, em que o conhecimento se forma em espiral hermenêutica entre a prática e a teoria, é importante adquirir conhecimentos e validá-los, para uniformizar boas práticas de enfermagem. Dado o número de cuidados que foram descritos e que não são recomendados atualmente, nomeadamente a Manobra de Kristeller, faz-se urgente a formação em serviço contínua que aborde a atualização de normas e condutas recomendadas e baseadas na evidência científica, que leve à satisfação das necessidades das mulheres, potenciando a sua literacia em saúde materna e o seu empowerment, modo a experienciarem uma maternidade saudável e segura, quiçá contribuindo também para o aumento da natalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbyad, C., & Robertson, T. R. (2011). African American Women's preparation for childbirth from the perspective of African American health-care providers. *The Journal of perinatal education*, 45-53.
- Abrão, K. C., Francisco, R. P., & Zugaib, M. (2009). Alterações cardiotocográficas após analgesia obstétrica combinada raqui-peridural. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*.
- Almeida, N. A., Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. A. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturiação. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*.
- APEO. (2009). *Iniciativa de Parto Normal*. Lusiciência: Loures.
- Api, O., et al. (2009). The effecte of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized trial. *Ata Obstetrícia et Gynecologica*.
- Arias, B., Nelas, P., & Duarte, J. (2013). Recomendações da Organozação Mundial de Saúde nas práticas obstétricas. *Revista APEO*, pp. 66-71.
- Baley, R. E., & Hinshaw, K. E. (2000). Vigilância fetal intra-parto. *ALSO*.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo : Eduções 70.
- Beauchamps, T. L., & Childress, J. F. (2011). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola Jesuítas.
- Bento, M. (1992). *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- Bobak, I. M. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusociência.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação*. Portugal: Porto Editora.
- Burcher, P. (2016). Interprofessional training: Not optional in good medical education. *AMA Journal of Ethics*.
- Callister, L. C. (2004). Making Meaning: women's birth narratives. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatl Nursing*, pp. 508-518.
- Lopes, S. et al. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento do seu filho. *Cogitare Enferm*, 484-490.
- Carraro, T. et al. (2007). Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Contexto de Enfermagem*, pp. 97-104.
- Carvalho, J. K., Carvalho, C. G., & Magalhães, S. R. (2011). A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *E-scientia*, pp. 11-25.

- Cavaco, A., & Santos, A. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista de Saúde Pública*.
- Clark, S. L., Simpson, K. R., Knox, G. E., & Garite., T. J. (2009). Oxytocin: new perspective on an old drug. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
- Consonni, E. et al. (2010). A multidisciplinar program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 47-67.
- Cribb, A., & Duncan, P. (2002). *Health Promotion and Professional Ethics*. Cornwall: Blackwell Science.
- Cunha, A. A. (2010). Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina*.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative: Guide pratique*. McGraw-Hill.
- DeVries, F.; et al. (1993). Influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interations précoces entre la mère et son bébé. *Enfance*, 85-98.
- DGS. (2006). *Preparação para o Parto - Método Psicofilático. Circular Normativa n.º 2/2006*. ARS Norte.
- DGS. (2015). *Registo de Indicações de cesariana*. Lisboa.
- Díaz, C. (2011). La Manobri de Kristeller: Revision de las evidencias. *Matronas profesión*, pp. 89-99.
- Dodou, H., Sousa, A., Barbosa, E., & Rodrigues, D. (Janeiro de 2017). Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Caderneta de Saúde Coletiva*, pp. 332-338.
- Escobal, A. P., Matos, G. C., Gonçalves, K. D., Quadro, P. P., Secagno, S., & Soares, M. C. (Fevereiro de 2018). Participação da mulher na tomada de decisão no porcesso de parturiação. *Revista de Enfermagem*, pp. 499-509.
- Figueiredo, J. V., Freitas, L. V., Lima, T. M., Oliveira, A. S., & Damasceno, A. K. (2010). Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*, pp. 124-128.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gama, A. S., Liston, K. M., Tuesta, A., & D'Orsi, G. P. (2009). Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades +úblicas e privadas. *Caderno de Saúde Pública*.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social - Da problemática à colheita de dados*. (3ª ed.). Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas Lda.
- Gibbins, J., & Thomson, A. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, pp. 302-313.
- Gonçalves, A. M. (2015). *Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde*. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para Grau de Mestre em

Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde , Instituto Politécnico do Porto, Porto.

- Gourounti, K., & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: effects on neonatal apgar score, on the rate of cesarean sections and on the rate of instrumental delivery. *International Journal of Nursing Studies*.
- Green, J. M., Coupland, V., & Kitzinger, J. (1990). Expectations, Experiences and Psychological Outcomes of Childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*, pp. 15-24.
- OMS (1998). *Division of Health Promotion, Education and Communication*. Geneva: World Health Organization.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with experiences of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 160-172.
- Hodnett, E.; et al. (2007). Continuous support for women during childbirth (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Holvey, N. (2014). Supporting women in the second stage labour. *British Journal of Midwifery*, 182-186.
- ICM. (2013). *International code of ethics for midwives*.
- INE. (2017 b). *Estatísticas da saúde 2015*. Lisboa.
- International Lamaze. (2016). *Fundamentals for Birth*.
- Previatti, K.; Souza, L. (2007). Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 197-201.
- Cecatti, J.; Calderón, P. (2005). Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*.
- Janeiro, P. D. (2013). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society*, 39-48.
- Klaus, M., Kennek, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Kohan, S.; Ghasemi, S.; Dodangeh, M. (2007) - Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy Outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, vol 12.
- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., & Sourtzi, P. (2015). Patient participation in decision making during nursing care in Greece - A comparative study. *Nursing Forum*, pp. 147-157.

- Larkin, P., Cecily, M., & Devane, D. (2012). Not enough people to look after you: an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, pp. 98-105.
- Lee, L. Y., & Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed method study. *International Nursing Review*, pp. 361-368.
- Leite, L. (2012). Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada. Em O. d. Enfermeiros, *Parto Normal*.
- Lésico, A. F. (2014). *Episiotomia na vida da mulher*. Escola Superior de Saúde de Santarém: Tese de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.
- Lopes, P. (2011). *Literacia (s) e literacia mediática*. CIES e-working Paper nº10.
- Lopes, R., et al. (2009). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão crítica*, pp. 247-254.
- Lothian, J. (2008). Childbirth Education at the Crossroads. *The Journal of Perinatal Education*.
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre.
- Lourenço, C., Silva, J., Castro, J., Veiga, M., & Carvalho, C. (2012). *Ventosa obstétrica: uma revisão da literatura*. Gaia/Espinho: Arquivos de Medicina.
- Albarello, L. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Lima, M. (2013). A episiotomia e o retorno à vida sexual no pós-parto. *Revista Uninga*, 33-37.
- Mackey, M. (1998). Women's evaluation of the labor and delivery experiences. *Nursing connections*, pp. 19-32.
- Mahendru, R. (2010). Shortening the second stage of labor? *Turkish-German Gynecol. Assoc.*, pp. 95-98.
- Malheiro, P.; Alves, V.; Rangel, T.; Vargens, O. (2012). Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto - Enfermagem*.
- Maputle, M. S., & Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis. *Curationis*.
- Matsu, K. et al. (2009). Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch. Gynecol. Obstet.*, pp. 781-786.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Mesquita, A. C. (2005). Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

- Mitchell, S. et al. (2012) - Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *Journal Health Commun.*
- Mojoyinola, J. K. (2011). *Influence of maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo, State, Nigeria.* Obtido de African Journals Online: <https://www.ajol.info/index.php/afrev/article/view/67336>
- Nagahama, E.; Santiago, S. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.*
- Nascimento, R. R., Arantes, S. L., Souza, E. D., Contrera, L., & Sales, A. P. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 119-126.
- Neme, B. (2005). *Obstetrícia básica.* São Paulo: Savier.
- NICE. (2014). Clinical Guideline Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth.
- Nolan, M. L. (2009). Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *The journal of perinatal education*, 21-30.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.* (Vol. 3). Great Britain: Oxford University Press.
- Odent, M. (10 de Dezembro de 2010). Programa entre nós - SIC.
- OE. (2007). *Consentimento informados para intervenções de enfermagem.* Lisboa.
- OE. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* Lisboa.
- OE. (2011a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* Portugal: Diário da República.
- OE. (2011b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna , obstétrica e ginecológica.* Diário da República.
- OE. (2012). *Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada.* Lisboa.
- OE. (2012). Plano de Parto : Parecer nº7/2012. *Meso do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.*
- OE. (2014). *Projecto da MCEESMO- OE, Maternidade com qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto.* OE.
- Oreano, J; Bruggemann, O; Velho, M.; Monticelli, M. (2014). Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Ciência, Cuidado e Saúde.*

- OMS. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família.* Genebra.
- OMS. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2010.* Copenhaga: OMS.
- OMS. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement.* Genève.
- OMS/UNICEF. (2009). *Inicitaiva Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado.* Brasília.
- Osava, R. H. (1997). *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico.* São Paulo: Tese de Doutorado em Saúde Pública.
- Patel, R. R., & Murphy, D. (2004). Forcéps delivery in modern obstetric practice. . *British Medical Journal.*
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* Beverly Hills.
- Paúl, C. (1989). Efeitos da preparação psico-profilática no controlo durante o parto. *Revista Psicologia*, 313-317.
- Pedro A., Amaral O., Escoval A. (2016) - Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.*
- Pereira, R. R., Franco, S. C., & Baldin, N. (Maio-Junho de 2011). A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, pp. 382-388.
- Perry, D. L. (2008). *Enfermagem na Maternidade.* Loures: Lusodidacta.
- Peterson, G. (1996). Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and perinatal psychology Journal*, 101-109.
- Pinheiro, B. C., & Bittar, C. M. (Janeiro-Abril de 2012). Percepções e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*, pp. 212- 225.
- PNS. (2012-2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016.* Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Pordata. (20 de Dezembro de 2017). *Partos nos hospitais: total e por tipo.* Obtido de Pordata: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto.* Porto Alegre: AMGH .
- Ramachandrappa A.; Jain L. (2008). Elective cesarean section: its impact on neonatalrespiratory outcome. PubMed.
- Ramalho, A. (2010). A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital. *Pensar Enfermagem*, pp. 9-23.

- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. Editora Universitária UFBP.
- Quivy, R. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Rezende, J. (2005). O parto: estudo clínico e assistência. Em J. Rezende, *Obstetrícia* (pp. 337-362). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rocha, B. et al. (2017). Percepção da parturiente sobre a presença do acompanhante na sala de pré-parto: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo de Saúde*, pp. 281-287.
- Seibert, A.; Barbosa, T.; Santos, P.; Vargens, A. (2005). *Medicalização & Humanização: o cuidado ao parto na história*. Revista Enfermagem da UERJ Rio de Janeiro.
- Sanders, L. (2013). *Empowering women through the birth process: Midwife & The medical model*. Faculty of the Division of Social Work California State University.
- Santana, F., et al. (2015). Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, pp. 123-127.
- Santos, A. (2011). *A importância do contato precoce pele a pele mãe e bebê*. Portimão: Centro Hospitalar Baixo Alentejo.
- Shimo, J. O. (2008). Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Revista de Saúde Pública*, pp. 645-650.
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade*. Tese de Mestrado, Viseu.
- Silva, D., Ferreira, M., & Duarte, J. (Dezembro de 2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista APEO*, pp. 13-16.
- Silva, F. et al. (2013). Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*.
- Silva, M. J. (2010). O papel da enfermagem em medicina materno-fetal. Em L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 654-658). Lisboa: Lidel.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Birth*, pp. 203-210.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- Souza, A.; Amorim, M. (2008). Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Acta Médica Portuguesa*.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista* (5ª Edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Tarkka, M., & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mother's experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 70-75.
- Vale, N. D., Vale, L. F., & Cruz, J. R. (2009). O tempo e a anestesia obstétrica: da cosmologia caótica à cronobiologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*.
- Vergara, S. (1997). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas.

Vieira, M., & Reis, A. (2017). Capacitação dos pais no pós parto para a promoção da saúde do bebê: revisão sistemática da literatura. *Revista UIIPS*, pp. 132-143.

APÊNDICES

APÊNDICE I - GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIA DA ENTREVISTA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA DE TRABALHO DE PARTO E PARTO

PARTICIPANTES: Mulheres durante o puerpério

Apresentar-se.

Dar a ler a carta informativa.

Solicitar a leitura e assinatura do termo de consentimento informado – após esclarecimento de dúvidas.

Pedir colaboração para responder às questões.

Pedir autorização para gravação áudio.

OBJETIVOS

- Identificar os conhecimentos da mulher sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante o trabalho de parto e parto;
- Conhecer as competências da mulher para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante o trabalho de parto e parto;
- Identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados, durante o trabalho de parto e parto, promotores de uma maternidade saudável.

SOLICITAÇÃO DE DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Caraterização sociodemográfica pessoal	Caraterização sociodemográfica do companheiro/cônjuge/pai da criança
Nacionalidade	Nacionalidade
Idade	Idade
Estado civil	Estado civil
Local de residência	Local de residência
Habilitações literárias	Habilitações literárias
Profissão atual	Profissão atual

Caraterização obstétrica:	Caracterização da última gravidez
Esteve grávida anteriormente? Se sim, diga-me: n.º gravidezes anteriores n.º abortos espontâneos/morte fetal n.º interrupções médicas da gravidez n.º interrupções voluntárias da gravidez	Foi planeada / Desejada? Idade Gestacional à data do parto Local (ais) de vigilância da gravidez Foi considerada grávida de risco? Porquê? Fez plano de parto? Onde obteve a informação sobre o plano de parto? Quem a ajudou na sua construção? Pode descrevê-lo? Frequentou curso de preparação para o parto? Onde? Quem o realizou? Em que consistiu?

QUESTÕES ABERTAS

TEMAS	QUESTÕES DE APROFUNDAMENTO
<i>Conhecimentos sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe foram prestados durante o trabalho de parto e parto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Quando entrou em trabalho de parto, que conhecimentos possuía acerca do trabalho de parto e parto? - Onde obteve esses conhecimentos? - Que análise faz dos cuidados que lhe foram prestados?
<i>Competências para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante o trabalho de parto e parto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Como foi capaz de utilizar tudo o que aprendeu durante o trabalho de parto e parto?
<i>Fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre as diferentes cuidados de saúde que lhe foram prestados, durante o trabalho de parto e parto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - No seu trabalho de parto e parto, quais foram os cuidados de saúde em que pôde decidir? - O que facilitou e/ou dificultou as suas escolhas / tomadas de decisão sobre os cuidados de saúde? - Qual a importância que atribui á possibilidade de poder escolher / negociar / ter uma participação ativa na decisão sobre os cuidados de saúde prestados?

REGISTO

Contacto:			Código entrevista:
Local:	Data:	Início:	Fim:

APÊNDICE II - CARTA INFORMATIVA – CONSENTIMENTO INFORMADO

CARTA INFORMATIVA-CONSENTIMENTO INFORMADO

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA MATERNIDADE SAUDÁVEL

Sandra Daniela Paiva da Silva, enfermeira a frequentar o VI Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, subordinado ao tema “Literacia em saúde materna: uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto”. Este estudo está integrado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e tem como orientadoras a Professora Coordenadora Mestre Maria Teresa Campos da Silva e a Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes.

Pretende-se com este estudo identificar os conhecimentos da mulher sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante o trabalho de parto e parto; conhecer as competências da mulher para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante o trabalho de parto e parto; identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados durante o trabalho de parto e parto, promotores de uma maternidade saudável.

Agradece-se assim o seu contributo e participação que são fundamentais não só para a elaboração do presente estudo, mas também para a promoção da capacitação da mulher na maternidade: trabalho de parto e parto, em Portugal – região Centro. Os benefícios obtidos relacionam-se com o melhor conhecimento neste domínio, para melhores práticas na área da saúde materna e obstetrícia.

A sua colaboração consiste em responder a algumas questões durante uma entrevista (duração prevista de 45 minutos a 1h) a combinar.

Salienta-se o caráter anónimo e voluntário da sua participação, sublinhando que os dados obtidos na sua entrevista são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa, solicitando o seu consentimento. Pode desistir a qualquer momento. Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo não hesite em contactar-me, por telefone ou email.

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

A Investigadora

Sandra Daniela Paiva da Silva

Contactos das professoras orientadoras:

tmcs@esenfc.pt isabelmendes@esenfc.pt | telef. 239487200



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Participação no Estudo

*LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA
MATERNIDADE SAUDÁVEL*

Eu, abaixo assinada fui informada dos objetivos do estudo que se pretende realizar e para os quais é pedida a minha participação numa entrevista individual.

Tomei conhecimento sobre os objetivos e finalidades do estudo e aceitei que a entrevista fosse gravada em registo audio, sendo o material posteriormente destruído. Após a transcrição da entrevista tenho o direito a ler a entrevista e poder fazer retificações.

Foi-me garantido que tenho o direito de decidir, aceitar ou recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, poderei contactar a investigadora através dos contactos que me são fornecidos.

Compreendi a informação que me foi dada e aceito participar de livre vontade. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, desde que seja garantido o anonimato.

Assinatura da participante _____

___/___/2018

Muito obrigada pela colaboração

(Assinatura da Investigadora)

Nome: Sandra Daniela Paiva da Silva

Email: sandradpsilva@hotmail.com

Telefone: 919160643

ANEXOS

ANEXO I - PARECER NºP498-04/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N° P498-04/2018

Título do Projecto: Literacia em saúde materna: uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto

Identificação do Proponente

Nome(s): Sandra Daniela Paiva da Silva

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem e Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Teresa Maria de Campos Silva

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

De acordo com os proponentes do projeto poucos estudos existem sobre literacia em saúde materna. Assim, este projeto tem como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de intervenções e eventuais mudanças nos serviços de saúde e nas práticas clínicas de forma a satisfazer as mulheres potenciando a sua literacia em saúde e o seu empowerment de forma a experienciar uma maternidade mais saudável e segura. Os autores defendem também que com este projeto poderão contribuir para o aumento da natalidade e o desenvolvimento humano.

Como objetivos secundários pretendem identificar os conhecimentos da mulher sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante o trabalho de parto e parto; conhecer as competências da mulher para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante o trabalho de parto e parto; e identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados, durante o trabalho de parto e parto, promotores de uma maternidade saudável.

Os investigadores definem o estudo como de natureza qualitativa do tipo interpretativo sendo a população alvo mulheres puérperas selecionadas segundo uma amostragem não probabilística por conveniência. O estudo decorrerá entre março e outubro de 2018 estando identificados os critérios de inclusão e exclusão.

São apresentados o consentimento informado e o instrumento de colheita de dados não havendo qualquer prejuízo para os participantes.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Ana Abrantes

Data: 16/05/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Nauafidomeni Paqueta



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia