

Dar sem (se) perder

MARIA JOSÉ GIL (*)

INTRODUÇÃO

A gravidez reflecte toda a vida anterior à concepção: as experiências da mulher com as figuras paternas; as suas vivências subsequentes com o triângulo edipiano; as forças que a levaram a adaptar-se a este com maior ou menor sucesso e, finalmente a separar-se dos pais. Tudo isto influencia a adaptação ao seu novo papel (T. Berry Brazelton, & Bertrand G. Cramer, 1989).

É um período que, fazendo parte do processo normal do desenvolvimento, envolve reestruturas e reajustamentos a várias dimensões. A decisão de ter um filho aparece como o resultado de várias motivações conscientes e inconscientes.

Ao longo de 40 semanas de gravidez o crescimento do feto e o desenvolvimento progressivo da imagem do bebé conduz a adaptações múltiplas a uma vida em conjunto, a um prenúncio de vinculação, surgindo o parto como um momento de separação biológica abrupta, como uma relação que se interrompe, como um fim de fantasias e de onipotências fomentadas pela gravidez, como o momento que permite a confrontação com o bebé real, como fonte de ansiedades diversas.

A história do parto através dos tempos e das

culturas e o modo como ele é vivido – experiência perigosa, dolorosa, satisfatória ou importante embora acompanhada de certos riscos – não pode ser separada do percurso da organização familiar, social e cultural.

O parto é um acto social e cultural que afectando a relação de casal e familiar, é vivido num contexto determinado de costumes, onde têm lugar processos fisiológicos espontâneos e processos psicológicos, cuja realização é considerada essencial ou desejável para que tenha êxito.

Vivido como «ritual» comunitário feminino ou como acto solitário é no contexto das profundas modificações operadas no século XVIII, nomeadamente a valorização da vida humana, que começam a surgir de um modo mais generalizado e no seio da família urbana burguesa os primeiros cuidados e a intervenção médica no parto.

Na nossa sociedade, o parto decorre geralmente em contexto hospitalar e é considerado maioritariamente um acto médico.

Este momento, envolto em fantasias e crenças dolorosas ou idealizado como um nascimento em festa, pode fazer esquecer a dimensão fundamental que o parto reveste para a mulher e que segundo C. D'Allonnes (1985) terá um valor decisivo no relacionamento com o futuro bebé – «o dar sem (se) perder».

Há mais de 50 anos que a preparação para o parto existe e se desenvolve. O sentido da sua evolução está em consonância com o desenvolvi-

(*) Psicóloga Clínica. Estagiária no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa.

mento tecnológico, os movimentos ideológicos sociais e os sistemas de valores.

No nosso país, desenvolvem-se actualmente programas de preparação para o parto que fazem recurso ao método psicoprofiláctico e simultaneamente difundem e prestam informação sobre a utilização da anestesia/analgésico epidural.

Tornar-se mãe é um trabalho difícil, mas possível e ao seu alcance. Supõe que a mãe participe e se confronte, assuma e ultrapasse as angústias reactivadas pela crise da maternidade e do parto, que estabeleça uma nova dinâmica em relação à sua própria mãe e se sinta competente face ao seu filho.

Deste modo, tendo presente a actual difusão generalizada do recurso ao analgésico epidural em partos eutócicos (partos normais), pretendemos genericamente tentar dar um contributo para a compreensão psicológica do pedido ou da adesão à sugestão dos técnicos de saúde, da aplicação do analgésico epidural durante o parto.

Quais as razões expressas por puérperas face à utilização do analgésico epidural durante o parto?

É esta a principal questão deste estudo exploratório.

1. EVOLUÇÕES

O nascimento, o acasalamento e a morte, aparecem-nos como acontecimentos que, impondo ligações e separações intensas, marcam etapas significativas no ciclo de vida humana, ritualizadas ao longo dos tempos em diversas formas de festa e luto.

Religiões de imanência como a africana tradicional, ligam a maternidade e a fecundidade à influência da deusa Nanã – deusa da terra, da lama e da água, de quem nasce o primeiro Homem, deusa mãe de todos os seres vivos. Neste sentido a fertilidade dos campos e a sua prosperidade são por si oferecidas juntamente com os filhos que dá às suas mulheres.

«À mulher, disse Deus: Multiplicarei as dores da tua gravidez, será na dor que vais parir os teus filhos». (Génese, Versículo 16)

Já na Antiguidade o homem, identificando o seu pensamento ao de Deus, olhava a mulher

grávida e o parto com um sentido de provação, como um tempo de penitência, pela culpa herdada de Eva no pecado original.

Culturas de influência islâmica, valorizando a fecundidade e o nascimento de rapazes e repudiando a esterilidade ou o nascimento exclusivo de raparigas, consideram o nascimento um momento onde, segundo o Corão, *«a mulher tem um pé na terra e um pé no Além»* e a morte materna durante o parto como um acto de fé que permite a entrada no paraíso.

O relacionamento da dor com o sagrado é profundo, talvez porque nem sempre compreendida ou explicável ela tem tido também uma componente de mistério.

Mas a gravidez era igualmente vista como um dever, um imperativo da mulher casada, sendo a esterilidade considerada vergonhosa e sentida com grande culpabilidade – ao longo de séculos a procriação, independente da relação sexual, era atribuída a um bem divino e a infertilidade vista como um castigo.

Para Colman e Colman (1994) a reacção da mulher ao parto reflecte os valores da sua cultura e o seu posicionamento perante as expectativas dos outros. Algumas culturas valorizam uma conduta que manifeste terror e angústia, outras esperam que a mulher se mostre insensível e serena.

Até ao séc. XVII, o parto encontrava-se envolvido nos mais temidos mistérios.

Como momento especial onde um ser tem acesso à vida, o parto é um estado transitório onde forças opostas de vida e de morte lutam entre si. Os riscos que envolvem esta situação foram sempre sendo alvo das mais variadas explicações e envoltos nos mais variados rituais de limpeza e purificação. Forças malignas espreitando, ávidas e desesperadas por esse momento decisivo, levam a: calafetar janelas e todas as aberturas do quarto; recorrer a sacos de amuletos e talismãs (partilhados por todas as mulheres da comunidade); recitar fórmulas de encantação e a invocar divindades protectoras. Foram estes alguns dos meios utilizados durante séculos, quer a Ocidente, quer a Oriente – e ainda vigentes em algumas culturas –, para combater influências nefastas, interferências negativas, afastar os malefícios e frustrar intervenções malféticas (J. Barbaut, 1990).

As posições adoptadas para dar à luz, foram variando ao longo do tempo e consoante as culturas: de pé – as índias adoptavam a postura da deusa Maia, apoiando-se, por exemplo em ramos de árvores; de joelhos – habitual na Antiguidade, foi adoptada pelos Hebreus, à semelhança do que Homero nos relata do nascimento de Apolo; de cócoras – a mulher egípcia acocorava-se colocando os calcanhares sobre dois tijolos afastados para permitir o desprendimento da criança (J. Barbaut, 1990).

A posição de deitada, semi-deitada ou semi-sentada (a cadeira de parto é bastante utilizada no período renascentista, embora já dela se encontrem relatos desde a Antiguidade – Egipto, Grécia e entre os Romanos), geralmente usadas nos nossos dias, começaram a ser impostas pelos médicos na Europa, a partir do século XVIII, tomando em linha de conta não só os conhecimentos crescentes sobre as modificações fisiológicas que se operam durante a gravidez e o parto, mas também o repúdio por aquilo que consideravam a adopção por parte da mulher de posturas animalescas, que «repugnam» a humanidade.

Assunto exclusivamente feminino, o parto mobilizava familiares, amigas e vizinhas, destacando-se a parteira, mulher reconhecida pela sua experiência e competência.

A figura da parteira e da acompanhante, já presente nos frescos egípcios, ilustra a imagem clássica do parto – trio formado pela parturiente, parteira e acompanhante – rodeadas de outras mulheres. A acompanhante colocada por detrás da parturiente favorece a expulsão através de massagens vigorosas no abdómen enquanto a parteira colocada de frente, espera a saída da criança e ajuda também à expulsão.

Segundo S. Kitzinger (1978), a história das parteiras remonta à das bruxas, confundindo-se com ela. O seu comportamento era, muitas vezes, tido por tão estranho e oculto que, por toda a Idade Média e até à Renascença, elas eram olhadas como bruxas. Eram-lhes atribuídos poderes mágicos relacionados com a fertilidade, o desenvolvimento do bebé, o parto e a sobrevivência da criança. As artes curativas destas mulheres constituem também um aspecto importante da própria maternidade – elas derivam e são um prolongamento da sua capacidade como mães, fazendo simultaneamente a mediação entre o natural e o sobrenatural. Mas também delas dependia em

grande parte o controlo da natalidade. Pelo importante papel que efectivamente possuíam na comunidade, foram, ao longo de séculos, olhadas com apreensão pelo mundo masculino.

O homem médico-cirurgião-parteiro só em finais do século XVII, princípios do século XVIII começa a merecer alguma aceitação por parte de algumas mulheres. A «invasão» masculina desta esfera tão íntima não era bem vista à luz dos preceitos morais da época, encontrando-se mais dedicada aos «casos difíceis» – altura em que o recurso à cesariana deixou de ser sinónimo de morte da mãe (J. Barbaut, 1990).

Para Margaret Mead citada por M. Langer (1986), o enfoque que é dado hoje ao parto não está maioritariamente relacionado com os dados objectivos da realidade – estatísticas de mortalidade materna e infantil demonstram que os riscos de vida são mínimos –, mas sim com um conjunto de conhecimentos que vão sendo adquiridos e vividos culturalmente. Esses conhecimentos parecem justificar que as atitudes de ambos os sexos face ao parto contenham elementos complexos e contraditórios e que cada sociedade pode tomar como modelo uma ou outra atitude e às vezes, uma série de atitudes contraditórias entre si.

Em culturas coexistentes com a nossa, o parto é vivido como um processo simples, «normal» – em inúmeras sociedades, o momento do parto é compartilhado pelos parentes do sexo feminino que estão presentes e ajudam, ganhando as mais novas preparação para a sua própria experiência pessoal ou, como no caso dos Melpa da Nova Guiné, onde a mulher dá à luz completamente só, enterra a placenta, alimenta o bebé e prossegue a sua vida quotidiana.

Segundo Colman e Colman (1994) no início do nosso século, nos Estados Unidos da América, a cultura médica parecia querer proteger as mulheres de quaisquer sensações ou memórias do parto – nos anos 50, as mulheres encontravam-se quase totalmente dependentes da nova tecnologia de anestésicos e instrumentos, controladas pelas «*autoridades (masculinas) benevolentes que os manejavam*», e a grande maioria delas estava inconsciente quando os seus filhos nasciam.

Com o surgir da anestesia local, o movimento do parto, adverso ao «sono crepuscular» e a ou-

tras anestésias gerais, exigia uma reforma obstétrica que valorizava um parto «acordado e consciente» e centrado nos cuidados da família, embora não insistisse nos partos sem qualquer tipo de medicação.

Este movimento do parto, em consonância com o movimento de emancipação das mulheres dos anos 60 e 70, constituiu um desafio à autoridade médica e ajudou a todo um processo de humanização do nascimento, mesmo no próprio hospital. A anestesia começa progressivamente a ser substituída pela analgesia epidural, o que vem permitir à mãe viver «acordada» o seu parto, diminuindo ou mesmo anulando a percepção da dor.

O pai vem assumindo, cada vez mais, um papel importante tanto no acompanhamento pré-natal como durante o parto. As enormes alterações familiares e sociais, quer ao nível da proliferação de famílias muito pouco numerosas, isoladas de todo o contexto familiar mais alargado, quer ao nível daquilo a que podemos chamar de período de transição entre conceitos culturais ainda presentes (de masculinidade e paternidade distantes e alheados das «coisas femininas») e o novo sentir do direito a uma paternidade activa, participativa e enriquecedora da própria vivência pessoal do pai e do relacionamento com o filho que vai nascer, determina que o papel do pai durante o parto venha a assumir, nos últimos anos, um protagonismo cada vez maior.

2. O PARTO: TRANSIÇÃO MAIS OU MENOS TEMIDA

Após o tempo de gestação, o nascimento, quer ao nível físico, quer psicológico é um «momento alto» de transformações, separações e novas ligações.

Dar à luz é um acontecimento marcante e inesquecível que envolve algum perigo de vida e onde a mãe é «forçada» a participar.

«Uma mulher adulta, habituada a regular a sua própria vida, encontra-se de repente nas garras de um órgão autónomo, não cooperativo, o útero, que se ergue e actua por si próprio, quase indiferentemente de qualquer coisa que ela possa maquinizar para fazer contra ou a favor desse órgão» (Colman & Colman, 1994).

É precisamente a perda do controlo que, para

os autores referidos, reveste o aspecto psicológico mais importante do trabalho de parto.

O trabalho de parto, embora possa ser visto como acontecimento simples e previsível, é geralmente vivido com ansiedade e alguma confusão. Iniciado, prossegue numa sequência previsível que culmina na expulsão, podendo, contudo, variar a progressão dos acontecimentos – um parto normal pode durar de 2 a 24 horas (Colman & Colman, 1994).

Segundo o Medical Dictionary (1988) o trabalho de parto compreende 4 estádios.

O primeiro, a dilatação do colo do útero, começa com as primeiras contracções e dura até à dilatação estar completa – 10 cm. Este estádio pode subdividir-se em 3 fases – a fase latente, a activa e a de transição.

O segundo estádio, a expulsão, vai da dilatação completa até à expulsão, ao nascimento.

O terceiro dura desde o nascimento até à expulsão da placenta.

O quarto estádio compreende as horas seguintes ao parto, quando o tónus uterino se estabelece e a condição física da mãe está restabelecida, dando início à relação mãe-recém-nascido.

3. O LUGAR DA DOR: DOR E EPIDURAL

3.1. A Dor

Associada ao parto encontramos a dor que, em muitos momentos históricos e em diversos contextos culturais e sociais, tem sido indissociável da sacralização e, mesmo nos nossos dias e na nossa civilização, como ponto de passagem entre estados, ela é frequentemente parte integrante de momentos significativos do desenvolvimento humano ou de transformação social.

Algumas teorizações recentes sobre dor olham-na como uma experiência multidimensional que recebe maior influência do estado emocional do que da componente sensorio-aférenta (P. Karoly, 1985, citado por Erskine et al., 1994), e incluem dois novos factores aos modelos compreensivos anteriores (teorizações de Melzack, Fordyce, & Pearce): o impacto do dos *life events* (relação conjugal como fonte de angústia ou insatisfação profissional); e o processamento de informação ou controlo central (estratégias de co-

ping, modelos de resolução de problemas e crenças sobre a saúde). Sugere que os diferentes componentes da dor devem ser considerados como anteriores à experiência de dor e assume que esta pode ser experimentada mesmo que os aferentes sensoriais se encontrem bloqueados (Erskin et al., 1994).

Assim, atendendo à enorme complexidade de todos os factores em causa, torna-se difícil uma apreensão minimamente completa dos fenómenos relacionados com a dor. Estratégias colectivas e individuais de lidar com a dor sucedem-se, as primeiras geralmente adaptativas, gerais, conduzindo a um alívio ou superação e as segundas muitas vezes desadaptativas e desorganizadoras, como é geralmente o caso da situação de parto, nas sociedades de cultura ocidental.

3.2. *Ultrapassando a Dor*

Mas a dor é inerente ao parto?

Grantly Dick Read (l.c.) citado por M. Langer (1986), debruçando-se sobre esta questão e em contacto directo com as suas doentes, conclui que embora não existam motivos fisiológicos para que o parto cause dor, geralmente dói.

Como já foi dito, factores sócio-culturais jogam aqui um papel fundamental – encontra-se interiorizado na mulher ocidental que o parto é sinónimo de perigo e dor, estabelecendo-se uma relação directa entre a percepção do começo do trabalho de parto e o aparecimento da dor.

São fundamentalmente dois os tipos de músculos que coordenam os movimentos uterinos. Uns, com as contrações espontâneas dão o sinal do começo do trabalho de parto e do início da expulsão gradual do feto. Outros protegem a saída do útero e devem permanecer distendidos para não dificultar o trabalho de expulsão.

Ao sentir as primeiras contrações uterinas a mulher acredita experimentar uma «dor», uma «dor» imaginária, subjectiva, que lhe causa medo. Este medo provoca tensão, que dificultando o trabalho de expulsão, causa verdadeira dor. Neste momento, a mulher sentindo-se perdida num processo desconhecido e doloroso, perde o controlo psíquico sobre si própria e sobre todo o mecanismo fisiológico e complexo do parto. Uma parte da musculatura faz obstrução ao trabalho da outra parte e todo o parto se transforma

em algo muito doloroso e perigoso para a mãe e o bebé (M. Langer, 1986).

Como afirma a referida autora, ao admitir a dor como inevitável e encobrindo-a através de anestesia, o técnico de saúde torna-se, ao nível inconsciente, cúmplice do castigo merecido.

Através de esclarecimentos prévios à mulher sobre a gravidez e o parto e adoptando várias técnicas-exercícios de controlo muscular e respiratório, de modo a permitir uma colaboração adequada por parte desta durante o processo do nascimento, várias escolas de preparação psicoprofiláctica do parto têm alargado a sua influência em todo o mundo, nos últimos 60 anos.

Grantly Dick-Read foi o primeiro a manifestar interesse, nos anos 30, pela adaptação emocional das mulheres durante o trabalho de parto. Os seus trabalhos e os dos seus seguidores na Grã-Bretanha (Helen Heardman, Minie Randal e outros), constituem a base da maior parte dos tipos de preparação para o parto aceite por muitos técnicos – obstetras e parteiras daquele país, como um contributo primeiro no sentido de aliviar o trabalho da mulher durante o parto.

Já na década de 40, na ex-União Soviética se aplicavam às mulheres em trabalho de parto as técnicas saídas dos reflexos condicionados de Pavlov – tentando ampliar o limiar da dor, de modo a que as primeiras sensações interpretadas pelo sistema nervoso central como dolorosas sejam aceites como indolores. Hoje, embora esta escola se mantenha influente, existem mais métodos psicoprofilácticos, nomeadamente o de Lamaze – igualmente centrado na mãe e no controlo respiratório e muscular – e o método Leboyer que faz a focagem na criança e nas suas condições de acolhimento.

Assim, e ainda segundo M. Langer (1986), confiante e seguindo as indicações do técnico de saúde, a mulher transforma o parto em algo que, embora sendo difícil, está dentro das suas possibilidades, recupera a confiança em si própria, desfaz a identificação com a criança indefesa, tornando-se numa mãe activa, eficaz e que não teme a separação pois, do mesmo modo que protege o seu filho nesse momento evitando um parto difícil, saberá protegê-lo mais tarde.

3.3. *Epidural: Analgésico, Anestésico*

Encontra-se divulgada em larga escala, em

maternidades e hospitais do nosso país a administração da anestesia/analgésico epidural que tem, genericamente, como objectivo suprimir a dor provocada pelas contrações uterinas e suas consequências, fazendo recurso a um conjunto de anestésias locais, de maior ou menor duração de acção e intensidade e muito pouco tóxicas para o feto.

A administração deste analgésico/anestésico consiste em injectar um analgésico ou anestésico local no espaço epidural ao nível do território metamérico escolhido. A técnica do bloqueio segmentar contínuo consiste em fazer uma punção entre a 2.^a e 3.^a vértebra lombar no início da dilatação – geralmente entre 4 a 5 cm –, encontrando-se a parturiente em posição meia-sentada ou em decúbito lateral esquerdo.

A vantagem deste método é a de provocando um bloqueio à percepção da dor, conservar as acções motoras da mãe, não interferindo na zona perineal e mantendo igualmente o reflexo de puxar (R. Frydman et al., 1987).

A utilização desta técnica baseia-se nas vantagens que oferece, quer à mãe, quer ao bebé, o facto de a mulher não perceber a dor, uma vez que esta se repercute a vários níveis, podendo dificultar todo o decurso normal do trabalho de parto.

Com efeito, a dor pode desencadear um conjunto de repercussões físicas (e consequentemente psicológicas), mais ou menos aparatosas, ao nível respiratório, circulatório e metabólico.

A epidural é geralmente administrada em partos normais como um analgésico, em doses controladas e adequadas de modo a que, embora elimine total ou parcialmente a dor das contracções uterinas, não retire a sensibilidade perineal necessária à colaboração da mãe na fase expulsiva e à tomada de consciência do filho que acabou de nascer.

Como anestesia é mais utilizada em obstetrícia, em casos de cesariana, ou outros que necessitem de uma insensibilização completa.

O recurso à utilização desta técnica não é indiscriminado. Existem casos em que é claramente contra-indicado, bem como outros, em que a sua utilização é aconselhada, do ponto de vista médico.

4. PROBLEMAS

Vivemos num período de grandes e rápidas mudanças a todos os níveis e numa fase que podemos considerar de transição, também no que diz respeito à vivência do parto, pois o analgésico epidural aplicado em partos eutócicos só é efectuado nas Maternidades públicas há sensivelmente 4 anos.

Dados recolhidos no Resumo Anual de 1995 da Maternidade Dr. Alfredo da Costa apontam para um aumento de 30,55% do número de analgesias epidurais aplicadas em partos normais, relativamente ao ano anterior.

Podem ser variadíssimas as razões que levam as mães a optar pela adesão ou não a este tipo de analgésico.

Deste modo, parece-nos interessante investigar a compreensão psicológica da vivência do parto e a sua avaliação, neste novo contexto.

Face a estas mudanças este estudo propõe-se investigar 3 questões:

- Quais são as razões expressas por puérperas face à utilização do analgésico epidural durante o seu parto?
- Como é que variam essas razões em puérperas que viveram o seu parto utilizando o analgésico epidural e puérperas que não o utilizaram?
- Como é que puérperas que fizeram recurso ao analgésico epidural e puérperas que o não fizeram, avaliam o seu parto?

5. TRANSFORMAR VIVÊNCIAS EM «DADOS»

5.1. *Modelo do Estudo*

A não existência de estudos efectuados em Portugal sobre a temática que nos propomos investigar contribuiu para que este estudo tomasse um carácter exploratório, com vista a podermos produzir algumas ideias e fornecer algumas pistas para futuras investigações nesta área.

È partida não foram admitidas quaisquer hipóteses orientadoras do trabalho, para, depois de feito o tratamento estatístico, tentarmos retirar o maior número de informação possível.

Este é, pois, um estudo exploratório, que visa

investigar as razões invocadas face à utilização do analgésico epidural durante o parto, em puérperas que vivem o seu parto recorrendo a esse analgésico e em puérperas que a ele não fizeram recurso. Investigaremos igualmente o modo como cada grupo de puérperas avalia o seu parto. Reveste, assim, um carácter comparativo.

5.2. *Questionário*

Como não dispunhamos de um instrumento adequado, foi necessário proceder à adaptação de um questionário elaborado e utilizado em França – Hospital Jean Rostand em Paris, 1988.

O questionário integra uma 1.^a parte respeitante aos dados pessoais: Idade, Habilitações literárias, Situação Profissional, Situação Familiar e mais 3 questões que se prendem com a existência de partos anteriores e da preparação materna para os mesmos. A 2.^a parte focaliza o parto que acabou de ser vivido e compreende 16 questões fechadas onde procuramos conhecer: a avaliação do parto; a atribuição da dor durante o parto e as razões invocadas face à utilização ou não da analgesia epidural. Na 3.^a parte, que é constituída unicamente por uma questão fechada, pretendemos saber como as mães avaliam, no momento da passagem do questionário, as suas capacidades maternas.

5.3. *Amostra: Selecção e recolha*

A amostra foi recolhida na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), em contexto de enfermaria – enfermarias de puérperas normais – e é constituída por 40 puérperas, mulheres que tiveram os seus bebés na MAC e ainda se encontravam internadas – partos vividos há 24 ou 48 horas – tendo-se seleccionado 20 que recorreram ao analgésico epidural durante o parto e 20 que não o utilizaram.

Os critérios de selecção foram a idade – entre os 20 e os 38 anos – procurando eliminar variáveis decorrentes da problemática da adolescência ou de uma gravidez tardia – e a ocorrência de partos normais ou eutócicos.

As variáveis – escolaridade, profissão, primíparas/múltiparas, não foram controladas.

Procedeu-se, igualmente, à recolha de algumas anotações pessoais relativas a cada puérpera – comentários breves e necessariamente subjecti-

vos – com o objectivo de ajuda eventual à discussão dos dados.

Os questionários foram passados individualmente nas referidas enfermarias, sentando-me numa cadeira junto de cada cama.

Após uma breve explicação inicial a cada mulher, focando muito genericamente o objectivo do trabalho e assegurando a confidencialidade dos dados individuais, era solicitada a sua participação.

A primeira parte do questionário – dados pessoais – era preenchida por mim, enquanto que para a 2.^a e 3.^a partes solicitava o auto-preenchimento, no sentido de poder obter uma maior validade ecológica das respostas. No entanto, permanecia no mesmo lugar, disponível para qualquer esclarecimento.

Os dados obtidos foram trabalhados no programa Excel e os resultados foram avaliados estatisticamente pelo teste χ^2 e coeficiente de contingência.

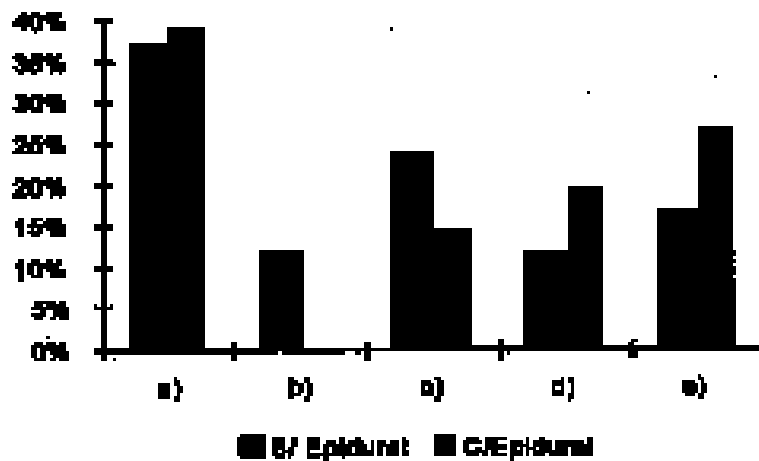
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Começando pela análise das questões relativas à avaliação do parto, os resultados vão no sentido de que, na sua grande maioria, o parto é recordado nos dois grupos como algo positivo (recordação excelente e boa) com maior incidência na avaliação extremamente positiva, para o grupo com epidural.

Cruzando esta informação com a da avaliação do parto face às expectativas, encontramos uma certa consonância no sentido das respostas, ou seja, uma avaliação mais positiva parece corresponder a expectativas mais positivas. É contudo de referir serem as primíparas, nomeadamente as que fizeram recurso à epidural, as que referem ter vivido o parto muito aquém das suas expectativas.

Quando tentamos aceder de algum modo ao «parto idealizado», tendo presente a experiência que acabou de ser vivida, verificamos existir uma tendência (não significativa estatisticamente) para que o parto com recurso a epidural possa corresponder a uma experiência de controlo, de domínio da própria mulher, numa tentativa de evitar uma situação fantasiada como terrível - o parto vivido como situação essencialmente

GRÁFICO 1
9 – Para si, um parto bem sucedido é:



- a) um parto «sem complicações»
- b) um parto sem dor
- c) um parto que se desenrola rapidamente
- d) um parto vivido conscientemente pela mãe
- e) um parto que decorre em ambiente humano acolhedor

ansiosa é sentido maioritariamente por primíparas.

Contrariamente ao que era esperado, a questão da não existência de dor para que um parto seja considerado bem sucedido aparece como última escolha – opção assinalada exclusivamente por mulheres sem epidural (Gráfico 1).

A maioria das mulheres opta pela afirmação «sem complicações», que sendo suficientemente abrangente, pode traduzir a necessidade de um conjunto de condições favoráveis.

As mulheres dão igualmente bastante importância à existência de um ambiente humano acolhedor, deixando assim transparecer até que ponto o parto pode ser sentido como uma situação persecutória – esta necessidade é mais sentida no grupo com epidural. Reforçando de algum modo esta ideia, é também neste grupo (especialmente entre primíparas) que as mulheres são mais acompanhadas durante o parto. Esta procura de envolvimento humano, tanto por parte da equipa hospitalar, como de pessoas emocionalmente significativas, poderá levar-nos a pensar que, face ao novo contexto em que decorre o parto, a instituição Maternidade pode assumir uma repre-

sentação materna de referência para a grávida, relação em espelho, de modo a que ela própria, nesse momento crucial, possa ver-se criança de novo ao mesmo tempo que é mãe (especialmente quando o é pela primeira vez).

A atribuição da dor durante o parto é referenciada maioritariamente como ligada a aspectos mais físicos. As afirmações que apelam a uma preparação e participação mais activa da mãe durante o parto, são mais valorizadas pelas mulheres do grupo com epidural, com maior incidência nas primíparas, numa atitude de igual consonância face à necessidade de controlo.

O presente estudo leva-nos a poder confirmar existir uma relação positiva (significativa em termos estatísticos), entre o aconselhamento dos técnicos de saúde sobre a possibilidade do recurso à epidural, e a opção das grávidas por esta analgesia durante o parto (Gráfico 2).

Perante esta adesão ao aconselhamento feito por «figuras de autoridade» médica, parece-nos interessante verificar que também a opinião dos familiares e amigos, pessoas significativas no plano afectivo, tem um peso decisivo na opção

GRÁFICO 2

6 – A epidural foi-lhe aconselhada por algum dos técnicos de saúde?

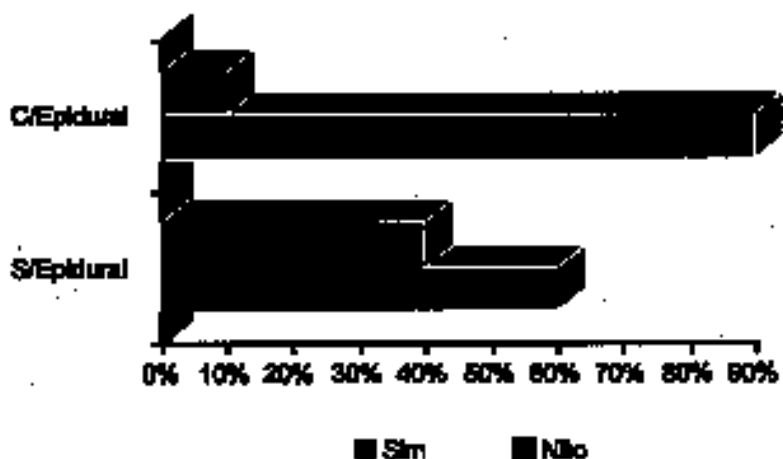
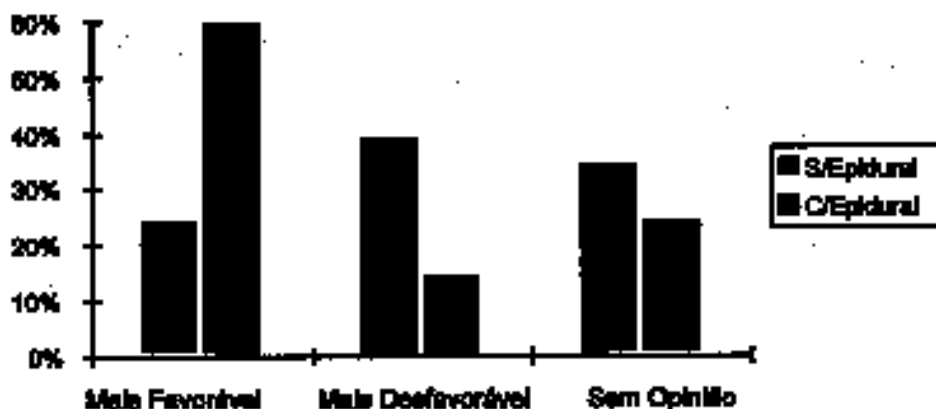


GRÁFICO 3

11 – Opinião dos familiares e amigos acerca da epidural



pela epidural – gostaria de realçar, que na maioria das mulheres que não optaram pela epidural a informação que lhes chega das pessoas que lhes estão mais próximas é quase tão inexistente como negativa, o que nos poderá revelar um clima de um certo desconhecimento ou indiferença, real ou imaginada, face à vivência do parto (Gráfico 3).

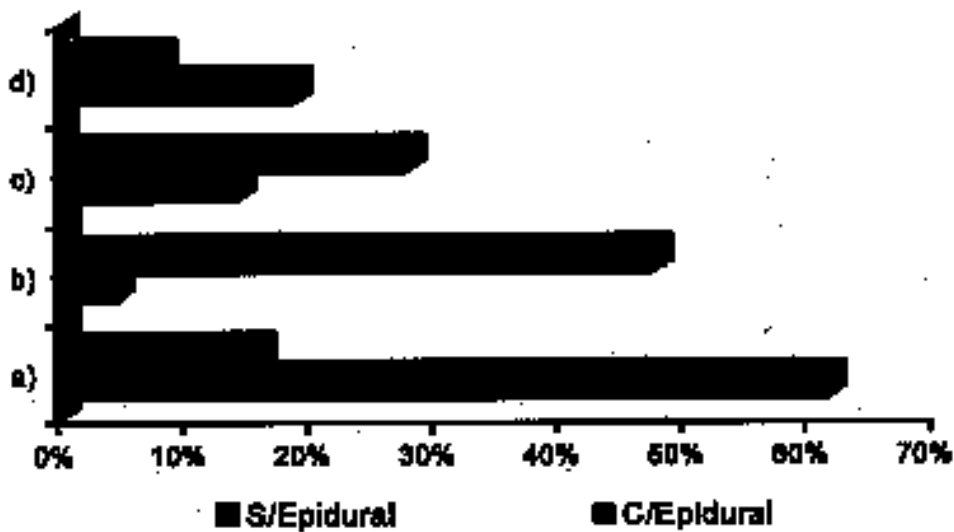
Do mesmo modo constatamos que os valores culturais dominantes influenciam (significativamente em termos estatísticos) a decisão sobre a epidural (Gráfico 4).

As representações mais tradicionais do parto estão ligadas a uma resistência às novas técnicas, patentes no grupo que não recorreu à epidural, sendo contrapostas no outro grupo, por uma maior identificação às questões que traduzem uma vivência do parto que faz apelo a uma participação mais activa por parte da mãe.

Assim, podemos confirmar que o envolvimento sócio-cultural em que a mulher se inscreve, e a opinião face à epidural das suas figuras significativas, quer no plano médico, quer no afectivo, jogam um papel decisivo na sua opção.

GRÁFICO 4

12 – Das frases seguintes, com qual se identifica mais?



- a) Desde sempre as mulheres sofreram para ter os seus filhos, é normal sofrer durante o parto.
 b) A epidural permite que a mãe viva o parto com maior intensidade.
 c) Nos nossos dias não é normal sofrer para dar à luz.
 d) A epidural faz com que a mãe se sinta mais ausente e viva o parto com menor intensidade.

Debruçando-nos sobre os movimentos individuais – procura de informação e participação em programas de preparação para o parto, que podem ser sinal de investimento numa vivência tão importante como é o parto – verificamos que as mulheres na sua grande maioria procuram este tipo de informação durante a gravidez, contudo, a participação em programas de preparação para o parto, ou seja, o actuar, o agir no sentido desta preparação, só é levado à prática por uma pequena minoria, em ambos os grupos (são as primíparas que mais aderem a estes programas).

A análise global das razões expressas face a esta analgesia, mostra claramente que a dor não é considerada uma questão principal, indo assim ao encontro do que vimos anteriormente (ela também não é importante para que um parto seja bem sucedido).

O grande enfoque dado à epidural como algo que possa permitir dar à luz com maior serenidade – afirmação corroborada em ambos os grupos –, dá-nos a conhecer crenças de desorganização, de agitação, susceptíveis de impedir um bom acolhimento do bebé.

E esta questão do acolhimento do recém-nascido, da disponibilidade necessária para ele desde o nascimento, aparece de uma maneira muito clara a par de uma participação activa durante o parto, que é referida, também nos dois grupos, pela grande maioria das mães.

Parece-nos aqui evidente uma atitude materna bastante defensiva, no sentido da preservação da figura de uma «mãe boa», preocupada com o seu desempenho no sentido do melhor acolhimento do bebé (mães que recorreram à epidural concordam que esta analgesia permite maior participação e acolhimento do bebé, enquanto que as mulheres do outro grupo, não concordam maioritariamente com estas afirmações).

Mas este tipo de analgésico ainda é visto com alguma desconfiança, nomeadamente entre o grupo que optou pela epidural (primíparas). É contudo, de salientar que a grande maioria das mulheres deste grupo faz uma avaliação positiva desta analgesia.

Talvez possamos dizer que existe uma certa ambivalência face à utilização da epidural duran-

te o parto, característica, como se sabe, de períodos de transição.

Levantámos uma questão «lateral» neste trabalho, onde procurámos conhecer a avaliação das capacidades maternas. Os resultados vão no sentido de uma autoavaliação maioritariamente positiva nos dois grupos, focando essencialmente uma atitude menos defensiva e que parece trazer uma vontade de participação activa na construção de uma relação que acabou de começar.

Constatamos uma maior incidência de puérperas com um nível sócio-cultural mais elevado, entre o grupo com epidural – 35% têm habilitações literárias de nível superior.

Também neste grupo o número de primíparas é superior ao do outro grupo – este tipo de analgesia vem sendo utilizado na MAC de uma maneira mais sistemática e em crescendo, há sensivelmente 4 anos.

Mas estas duas variáveis, uma vez que não foram controladas, só nos podem conduzir à constatação de tendências.

7. CONCLUSÕES

Vivemos em vertiginosas mudanças culturais e sociais onde as constantes evoluções tecnológicas impulsionam e arrastam grandes alterações – eu nasci em casa, o meu filho nasceu no hospital e os meus sobrinhos nascem com epidural.

O tempo parece escassear face a um percurso de necessárias e sucessivas adaptações internas, e de tão grandes modificações que têm de ser interiorizadas e integradas.

Em menos de 40 anos, o que foi sendo vivido e transmitido culturalmente durante séculos sofreu uma viragem brutal e talvez esse seja o factor preponderante deste panorama povoado de grandes ambivalências, algumas defesas, mas também de uma tendência clara para transformar as alterações em benefício próprio e da relação.

Vimos que a posição face à dor mudou – hoje combatida por todos os meios, torna-se praticamente uma questão lateral. A posição da mulher também mudou: de um trabalho de prevenção da dor do parto (centrado nela e na sua preparação) passa para um trabalho de prevenção da violência do nascimento (centrado no nascimento do

bebé) e no acontecimento humano e social decorrente.

Mas o momento do nascimento tem contornos de violência para a mãe e para o bebé: as contracções, a separação, momento onde se articulam vida e morte, onde despertam pulsões, onde o sentido de identidade pode ser ameaçado.

O analgésico epidural, favorecendo a participação activa da mãe e predispondo-a ao acolhimento do seu bebé, poderá servir como elemento facilitador no sentido de que neste novo contexto, o parto revista a sua dimensão fundamental: «o dar sem (se) perder.»

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariés, P., & Prost, A. (1991). *História da vida privada* (Vol. 5). Porto: Afrontamento.
- Barbault, J. (1990). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar.
- Belghiti, E. et al. (1991). Evaluation de l'analgésie peridurale. *Journal Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 20, 273-278.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Colman, A., & Colman, I. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- D'Allonnes, C. (1985). La grossesse, un temps destiné a finir. In J. Derget (Ed.), *Fantasmies et masques de la grossesse*. Lyon: Press Universitaires.
- Dorland's Illustrated (1988). *Medical dictionary*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Erskine, A. et al. (1994). Pain in gynaecology. *Counselling and Communication in Health Care*, 2, 177-189.
- Frydman, R. et al. (1987). Parto sob anestesia peridural. *Jornal do Médico*, 40, 136-137.
- Garel, M., & Crost, M. (1982). L'analgésie peridurale. Le point de vue des femmes. *Journal Gyn. Biol. Reprod.*, 2, 523-533.
- Hubert, J. et al. (1983). Crenças e realidades: os factores sociais na gravidez e parto. In M. Richards (Ed.), *A integração da criança no mundo social*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (2), 371-376.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães*. Lisboa: Clivagens.
- Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Lisboa: Medicina e Saúde.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10 (2), 229-234.

- Mead, M. (1949). *A study of the sexes in a changing world*. New York: William Morrow & Company.
- Silva, M. (1991). *Dor (crónica): Comportamento de dor e estratégias de coping*. Monografia de fim de Curso, ISPA, Lisboa.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maciewicz, R. *et al.* (1991). Pain: Pathophysiology and management. In *Harrison's principles of internal medicine* (Vol. 2, pp. 93-98). EUA: International Edition.
- Read, G. D. (1944). *Childbirth without fear*. New York and London: Harper Brothers Publishers.

RESUMO

Este estudo pretende fazer uma breve referência histórica sobre o parto através dos tempos e das culturas e o modo como ele foi sendo vivido.

Actualmente e na nossa sociedade, o parto decorre geralmente em contexto hospitalar e é considerado maioritariamente um acto médico.

Dada a difusão generalizada da utilização do analgésico epidural em partos eutócicos, pretendemos dar

um contributo para a compreensão psicológica do pedido ou da adesão à sugestão dos técnicos de saúde, da aplicação deste analgésico.

Quais as razões expressas por puérperas face à utilização do analgésico epidural durante o parto? É esta a principal questão deste estudo exploratório.

Palavras-chave: Parto, dor, epidural.

ABSTRACT

This is a brief historical review of the attitudes toward child labour throughout time and cultures.

Labour nowadays is carried out in a hospital context, and it is considered mainly as a medical act. The epidural analgesic is now common in childbirth, and we discuss the psychological aspects of the request for this analgesic and the attitudes towards the suggestions of the health technicians.

Which are the reasons that parturient women invoke in relation to epidural analgesic through labour? This is the main question of this exploratory study.

Key words: Labour, pain, epidural.