



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Expectativas e grau de satisfação da puérpera com o recurso à analgesia epidural durante o trabalho de parto

Andreia Catarina Machado Morais

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Maged Zarif León

Covilhã, maio de 2016

Dedicatória

Aos meus pais, pela educação, pelo apoio e por todo o amor.

Agradecimentos

Aos meus pais e irmã, por terem acompanhado de perto o meu percurso académico e por me terem feito acreditar que seria capaz de me superar, sempre.

Ao Dr. Maged Zarif León, pela paciência, dedicação e orientação.

Ao Serviço de Gestão de Qualidade do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., em particular à Dra. Marisa Santos Silva, pelo suporte prestado na análise estatística dos dados.

À Faculdade de Ciências da Saúde, pela minha formação médica e pessoal.

Às puérperas que voluntariamente despenderam do seu tempo para participar nesta investigação.

Ao Filipe, pela compreensão e gestão das minhas emoções.

Às minhas amigas, pelo carinho e amizade desmedidos.

Resumo

Introdução: Durante o período gestacional, a grávida constrói expectativas em relação ao parto que, dependendo da forma como é percebido, influenciam o seu grau de satisfação face a essa mesma experiência. A dor associada ao trabalho de parto e o nível de eficácia da analgesia administrada são fatores de grande impacto psicológico, podendo ser lembrados pelas puérperas de forma precisa, decorrido algum tempo após o parto. A epidural, como técnica analgésica de eleição para controlo da dor no trabalho de parto, bloqueia a condução nervosa sensitiva sem afectar fibras nervosas motoras, provocando alívio da dor distalmente às primeiras vértebras lombares e permitindo que a parturiente participe ativamente no nascimento do filho.

Objetivos: O presente estudo teve como principal objetivo avaliar as expectativas e o grau de satisfação das puérperas que recorreram à analgesia epidural para alívio da dor no trabalho de parto. Secundariamente, pretende-se que este estudo seja o ponto de partida para uma melhoria de cuidados ao nível da saúde materna, desde a gravidez ao puerpério.

Métodos: A amostra do estudo é constituída por 75 utentes do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., no período compreendido entre janeiro de 2015 e fevereiro de 2016. O facto da puérpera ter sido submetida a analgesia epidural durante o trabalho de parto, no período supracitado, constituiu o único critério de inclusão no estudo. Definiu-se que partos decorridos por cesariana seriam excluídos. Aplicou-se um inquérito pós-parto de 40 questões (Anexo 1), presencialmente ou via telefónica, para avaliar o grau de satisfação da puérpera face à analgesia epidural e a comparação da experiência realmente vivida com as expectativas que haviam sido geradas durante o período gestacional.

Resultados: A maioria das puérperas tem idades compreendidas entre os 29 e os 39 anos, é de nacionalidade portuguesa, encontra-se empregada, casada, em regime de união de facto ou a coabitar com o companheiro, possui habilitações literárias superiores à escolaridade mínima obrigatória (> 12 anos), teve um tempo de gestação compreendido entre as 37 e 42 semanas, é primigesta e primípara. A decisão sobre recorrer à analgesia epidural foi, para a maioria das puérperas do estudo, tomada no decorrer do trabalho de parto, tendo sido, também para a maioria, uma decisão própria e justificada pela vontade de diminuir a dor. É de salientar que, no que diz respeito à influência exercida por terceiros, a opinião médica prevaleceu e foi a que teve mais peso na decisão. O tipo de parto foi, na maioria dos casos, eutócico, seguido de uma minoria de partos distócicos. Em relação às condições físicas do

serviço onde decorreu o parto, à qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde e ao tempo que demorou todo o processo, a avaliação da experiência foi de encontro ou superou as expectativas, na generalidade dos casos, traduzindo-se em sentimentos satisfatórios face aos mesmos parâmetros. Analisando o grau de satisfação face à epidural propriamente dita, constatou-se que mais de metade ficou “muito satisfeita” com o alívio da dor que a analgesia proporcionou e cerca de um quarto ficou “satisfeita”. No que diz respeito às decisões futuras, conclui-se que a maioria das puérperas deseja ter outro filho, pondera optar pelo mesmo tipo de analgesia num próximo parto, admite que terá o próximo filho na maternidade do mesmo hospital e aconselha a epidural a outras grávidas ou parturientes. Feita uma análise comparativa entre as expectativas pré-parto e o grau de satisfação da puérpera, percebeu-se que quanto mais positiva foi a percepção da experiência em relação ao esperado, maior o sentimento de eficácia e de satisfação consigo própria.

Conclusão: Serviu o presente estudo para comprovar a eficácia da epidural como analgesia para o trabalho de parto, tendo-se obtido percentagens bastante significativas de puérperas que se mostraram “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” com o recurso a esta técnica analgésica para alívio das dores intra-parto. Estes resultados vêm demonstrar o impacto positivo que a analgesia pode ter na percepção da experiência, no envolvimento ativo da parturiente em todo o processo e na tomada de decisões, e ainda na disponibilidade física e mental para acolher o filho no momento do nascimento e nos cuidados que lhe prestará após o parto. De facto, quase a totalidade da amostra, e apesar das dificuldades e da dor sentida durante o trabalho de parto, se mostrou satisfeita com a forma como decorreu todo o processo e preparada para enfrentar um próximo parto, sob as mesmas condições.

Palavras-chave

Dor; parto; expectativas; satisfação; analgesia epidural.

Abstract

Background: During pregnancy, the woman creates expectations about the childbirth, which depending on how it is perceived, influence her satisfaction with the experience. The labour pain and the effectiveness of analgesia are factors of high psychological impact and can be accurately remembered by mothers, for a long time after birth. Epidural as the choicest analgesic technique for pain control in labour, blocks the sensory nerve conduction without affecting motor nerve fibers, causing pain relief distally to first lumbar *vertebrae* and allowing the mother to actively participate in her son's birth.

Goals: This study was designed with the aim of evaluating the expectations and level of satisfaction of mothers who resorted to epidural analgesia for pain relief in labour. Secondly, it is intended that this study be the starting point for improving maternal health care from pregnancy to puerperium.

Methods: The study population consists of 75 patients of the Women's Health and Children Department, from Gynecology and Obstetrics Service of Hospital Cova da Beira, E.P.E., in the period between January 2015 and February 2016. The fact that the mother has been participated in a labour with epidural analgesia, during the aforementioned period, was the only criterion for inclusion in the study. It was defined that cesareans were the only exclusion criterion. There were applied 40 postpartum questions (Appendix 1), in person or by telephone, to evaluate the level of satisfaction of mothers that experienced epidural analgesia during labour and to compare the experience with the expectations that had been created during pregnancy.

Results: Most mothers are aged between 29 and 39 years old, is Portuguese, is employed, married or cohabiting with the life partner, has qualifications above minimum compulsory education (> 12th grade), had a gestation period comprised between 37 and 42 weeks, had recently experienced the first pregnancy and the first childbirth. The decision of applying epidural analgesia was, for most of the mothers in the study, taken during labour, it was their own decision, and was justified by the desire to lessen the pain. Furthermore, in those cases that other people influenced the decision, the medical opinion prevailed. The type of delivery was eutocic for most mothers, followed by a minority of dystocic births. In relation to the building conditions of the hospital, to the quality of health care provided by professionals and the time spent in labour, the evaluation of the experience was similar or exceeded the expectations, in most cases, and had the same positive impact in terms of satisfaction's parameters. After analysing the satisfaction with the epidural analgesia itself, it was found that more than half was "very satisfied" with the pain relief that analgesia provided

and about a quarter was "satisfied". With regard to future decisions, it is concluded that most mothers is thinking about having another child, they're also considering epidural analgesia during labour in the next delivery, at the same maternity or hospital, and they also advise epidural to other women. A comparative analysis between antepartum expectations and postpartum satisfaction demonstrated that the more positive was the perception of the experience in relation to expectations, the greater the feeling of efficacy and satisfaction with herself.

Conclusion: The present study proved the efficacy of epidural analgesia for labour. It was shown that a significant percentage of mothers were "satisfied" or "very satisfied" with the use of this analgesic technique for intrapartum pain relief. These results demonstrate the positive impact that epidural analgesia may have in the perception of the experience. Mothers can get actively involved in the whole process, they can also participate in the therapeutic decisions and get physical and mentally prepared to welcome the baby born, providing him appropriate health care. Despite the difficulties and pain felt during labour, almost all of study's population is "satisfied" with the delivery experience and prepared to face a next childbirth, in the same analgesia conditions.

Keywords:

Pain; labour; expectations ; satisfaction; epidural analgesia.

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave.....	viii
Abstract	ix
Keywords:	x
Índice	xi
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos.....	xvii
1. Introdução	1
1.1. A experiência do parto	1
1.2. Analgesia do trabalho de parto	2
1.2.1. Analgesia epidural.....	3
1.3. Objetivos	6
2. Materiais e Métodos	7
2.1. Desenho do estudo.....	7
2.2. Enquadramento.....	7
2.3. Amostra	7
2.4. Instrumentos	7
2.5. Procedimento	8
2.6. Análise estatística.....	9
2.7. Ética.....	9
3. Resultados	11
3.1. Dados demográficos	12
3.2. Dados gestacionais e antecedentes pessoais.....	13
3.3. Tomada de decisão sobre a epidural.....	14
3.4. Qualidade	16
3.5. Expectativas	17
3.6. Satisfação	18
3.7. Decisões futuras	20

3.8. Associações entre variáveis	20
4. Discussão.....	29
4.1. Limitações do estudo.....	35
5. Conclusão	37
6. Bibliografia	39
7. Anexos.....	41
Anexo 1.....	41
Anexo 2.....	44

Lista de Figuras

Figura 1. Métodos analgésicos durante o trabalho de parto.

Figura 2. Punção do espaço epidural e inserção do cateter.

Figura 3. Anatomia do espaço epidural.

Figura 4. Distribuição da amostra em relação ao tipo de parto, por frequência relativa (%).

Figura 5. Divisão da amostra, por frequência relativa (%), pelo facto da inquirida já ter experimentado a técnica epidural num parto anterior ou não e, nos casos de resposta afirmativa, por terem ficado satisfeitas ou não com o resultado.

Figura 6. Coeficiente de *Alfa de Cronbach* para as questões 21 à 36.

Figura 7. Respostas às questões da dimensão “Expectativas”.

Figura 8. Respostas às questões da dimensão “Satisfação”.

Figura 9. Correlação de *Spearman* entre as questões 21 e 31. A correlação é significativa com valor de 0,01 (**).

Figura 10. Correlação de *Pearson* entre as novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação”.

Figura 11. Relação entre o tipo de parto (questão 11) e as novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação”, representada através dos valores médios e desvio padrão da escala de respostas.

Figura 12. Comparação das respostas das novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação”, representadas através dos valores médios e desvio padrão da escala de respostas.

Figura 13. Distribuição das respostas das novas variáveis “Expectativas”, “Satisfação” e “Qualidade” pelo tipo de parto, representada através dos valores médios e desvio padrão da escala de respostas.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 2. Caracterização dos dados obstétricos, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 3. Respostas às questões sobre a decisão de recorrer à técnica analgésica epidural, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 4. Distribuição de frequências absolutas das respostas às questões 21 e 31.

Tabela 5. Estudo das questões das dimensões “Expectativas” (questões 21 à 25) e “Satisfação” (questões 26 à 36), enquanto variáveis contínuas, caracterizadas pela moda das respostas.

Tabela 6. Distribuição de respostas das dimensões “Satisfação” e “Expectativas” por tipo de parto, por média, desvio padrão, frequência absoluta (n) e limites do intervalo de confiança.

Tabela 7. Correlações de *Pearson* entre as novas variáveis “Expectativas”, “Satisfação” e “Qualidade”.

Tabela 8. Descrição das novas variáveis “Expectativas”, “Satisfação” e “Qualidade” segundo valores médios, desvio-padrão, mínimo e máximo.

Lista de Acrónimos

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AE	Analgesia epidural
AL	Anestésico local
AO	Analgésico opióide
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
BEIP	Bólus epidurais intermitentes programados
DGS	Direção Geral de Saúde
DSMC	Departamento de Saúde da Mulher e da Criança
E.P.E.	Entidades Públicas Empresariais
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
LCR	Líquido cefalorraquidiano
PCEA	<i>Patient controlled epidural analgesia</i>
PEC	Perfusão epidural contínua
PENPCDor	Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor
PNLCD	Plano Nacional de Luta Contra a Dor
QESP	Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto
SGO	Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
TP	Trabalho de parto

1. Introdução

1.1. A experiência do parto

O parto é uma experiência multidimensional que resulta da interação de características individuais e experiências vividas pela mulher com dimensões culturais e da própria sociedade ⁽¹⁾. Nesse sentido, e tal como a gravidez, representa um período de profunda transformação não só a nível fisiológico, como também psicológico e sócio-familiar ⁽²⁾. Partindo deste pressuposto, o impacto que o parto tem na sociedade começa por se fazer sentir pela imensa influência que exerce na dinâmica da unidade básica social, o núcleo familiar ⁽³⁾.

Durante o período gestacional, a grávida constrói expectativas em relação ao parto que se associam, quase sempre, a sentimentos de ansiedade, medo e preocupação com a morbilidade e mortalidade intra e pós-parto ^(1,4,5). À medida que o parto se aproxima, as preocupações vão-se acentuando e atingem o seu pico máximo no final da gravidez ⁽¹⁾. Estas expectativas, quando negativas, podem ter repercussões adversas na experiência emocional do parto, no desenvolvimento de um fraco vínculo emocional entre a mãe e o bebé, no surgimento de depressão pós-parto e perturbação de stress pós-traumático maternas, bem como alterações de desenvolvimento psicomotor da criança ^(1,2,4,5). Por outro lado, expectativas positivas culminam numa experiência de parto mais satisfatória e numa maior capacidade de gestão do medo e do stress no futuro. De um modo geral, a experiência de parto é percecionada como sendo difícil, devido principalmente aos elevados níveis de dor e desconforto inevitavelmente associados, à perda do controlo e às emoções negativas associadas ^(4,5). Apesar da forte influência exercida pelas expectativas, a forma como o parto é percecionado torna a experiência de parto algo inesperada e singular ⁽⁴⁾.

A satisfação com o parto depende da forma como o mesmo é vivido, e esta perceção, por sua vez, depende de fatores como a idade, a paridade, as expectativas que antecipam o parto, o tipo de parto, o tipo de analgesia em paralelo com a dor sentida, o envolvimento na tomada de decisões ou controlo percebido, sentimentos de auto-eficácia, a atitude dos profissionais de saúde e o suporte emocional durante o parto, na maioria das vezes por parte do companheiro ^(4,5).

1.2. Analgesia do trabalho de parto

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é definida como uma experiência sensitiva ou emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial, ou descrita em função de tal lesão ⁽⁶⁾.

A dor, sendo uma experiência pessoal, subjetiva e inevitavelmente associada ao parto em todas as sociedades, é reconhecida quase sempre como fator determinante do início do trabalho de parto (TP) e parece ser uma das dores mais intensas que a mulher sentirá na sua vida ^(7,8). Foi sugerido por *Karoly*, em 1985, que este tipo de dor talvez seja mais influenciado por um componente emocional do que pela estimulação sensorio-aférente propriamente dita ⁽⁸⁾. Em termos fisiopatológicos, o estímulo doloroso, e consequente ativação do sistema nervoso simpático, estimulam a libertação de catecolaminas que poderão reduzir a atividade uterina e a própria perfusão sanguínea placentária, conduzindo a acidose metabólica ^(7,9,10). A nível fetal, repercussões negativas da hiperventilação e alcalose respiratória maternas fazem-se sentir sob a forma de vasoconstrição das artérias uterinas e circulação de hemoglobina com maior afinidade por oxigénio, gerando hipóxia e acidose ^(7,9). A necessidade do controlo da dor no TP não só proporciona bem estar e conforto à mãe como permite atenuar estas respostas fisiológicas ao estímulo doloroso que podem provocar stress ao binómio materno-fetal.

Por definição, analgesia significa ausência ou modulação da perceção dolorosa, experiência emocional ou sensorial associada a lesão tecidual, com determinado limiar ^(7,9). No que concerne à analgesia epidural (AE), esta deve ser uma técnica de fácil administração e baixo custo, de reduzido risco materno-fetal, capaz de diminuir ou cessar a dor sem interferir com as contrações uterinas ou força da musculatura abdomino-pélvica maternas ⁽⁷⁾. Há um bloqueio da condução nervosa sensitiva sem que haja bloqueio das fibras nervosas motoras, nem interferência do reflexo pudendo ou da sensibilidade perineal ⁽¹¹⁾. Deste modo, a parturiente pode colaborar e participar ativamente no processo, principalmente no período expulsivo, e estar mais consciente e predisposta a acolher o bebé no momento do nascimento, uma vez que não sente dor ^(9,11). Outro aspecto vantajoso é o facto da analgesia facilitar a manipulação do canal de parto, no caso de partos instrumentalizados ⁽⁹⁾. Dentro das indicações de analgesia de parto, destacam-se a progressão do TP, patologias maternas como cardiopatias, patologias pulmonares, psiquiátricas e hipertensão gestacional, bem como a redução da hiperventilação no período expulsivo ou a necessidade do parto ser instrumentalizado ⁽⁷⁾. Contraindicadas estão as situações de recusa informada da paciente, distúrbios de coagulação, infeção do local de punção, sinais de hipertensão intracraniana, alergias aos analgésicos utilizados, instabilidade hemodinâmica e ausência de recursos materiais ou humanos para a realização da técnica analgésica ^(7,9,10,12). Na figura 1, estão esquematizados os vários métodos de analgesia que podem ser utilizados no TP, classificados em dois grupos principais, as técnicas não farmacológicas e as farmacológicas:

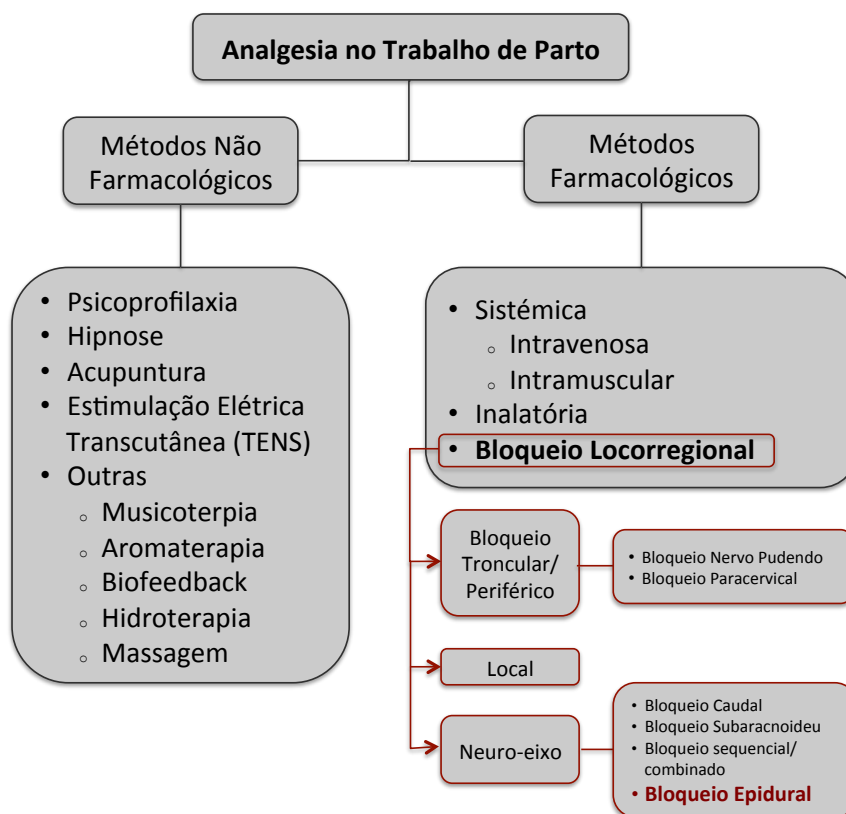


Figura 1: Métodos analgésicos durante o trabalho de parto ^(7,8,9,12,13,14,15).

1.2.1. Analgesia epidural

O uso da epidural como analgesia de parto iniciou-se por volta de 1885 por *Leonard Corning*, que pela primeira vez introduziu analgésicos diretamente no espaço epidural ^(9,16). Sendo a técnica mais difundida e utilizada atualmente a nível hospitalar nos países desenvolvidos para controlo da dor no TP, é o método *Gold-Standard* para analgesia nesse contexto e o que proporciona melhores marcadores de bem-estar materno-fetal e de alívio da dor por bloqueio reversível da condução de estímulos aferentes, apesar dos riscos associados conhecidos ^(9,14,17). Tem a vantagem de poder ser dada de forma independente da dilatação do colo uterino ⁽⁷⁾.

A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda, desde 2002, que a administração da AE seja feita assim que a parturiente desejar, independentemente da fase do TP em que o pedido seja feito ⁽⁹⁾. Por seu turno, em 2007 a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) actualizou as *Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia*, segundo as quais se deve considerar a AE para uma dilatação cervical arbitrária, sendo que os cuidados devem ser individualizados e adaptados a cada situação específica. Recomenda-se, portanto, que, a pacientes com dilatação inferior a 5 cm, deve ser oferecida a possibilidade de

analgesia por epidural, sempre que o anesthesiologista esteja disponível. Referem ainda que a grávida ou parturiente deve ser elucidada sobre a não associação desta técnica analgésica de bloqueio de neuro-eixo ao risco acrescido de parto por cesariana ⁽¹⁸⁾. Em Portugal, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) da Direção Geral de Saúde (DGS), aprovado em 2011, aborda especificamente a dor no TP e recomenda, para a mesma, a AE ⁽¹⁹⁾. Este documento sofreu diversas alterações, estando atualmente em vigor o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) que, apesar de não abordar especificamente a dor no TP, refere que o controlo da dor deve ser adequado e é um direito de todo o indivíduo, qualquer que seja a causa da dor, de forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade associada ⁽²⁰⁾.

No que diz respeito à técnica de colocação do cateter epidural (figura 2), esta pode ser realizada com a grávida em decúbito lateral (posição fetal) ou na posição sentada com os joelhos fletidos encostados ao peito ⁽¹⁶⁾. Qualquer uma das posições deverá permitir uma máxima abertura dos espaços intervertebrais e uma difusão bilateral e simétrica do anestésico ⁽¹⁶⁾. Após anestesia do local de punção, a introdução da agulha de *Tuohy* pode ser feita segundo uma abordagem paramediana ou mediana, sendo esta última mais utilizada na analgesia durante o TP, pelo menor risco de complicações. O local da punção deverá situar-se entre as vértebras lombares L2 e L5, região onde o espaço epidural é maior ⁽¹⁶⁾. Em termos anatómicos (figura 3), sabe-se que o espaço epidural é o espaço virtual limitado internamente pela membrana meníngea dura-máter e externamente pelo ligamento amarelo, sendo constituído por vasos sanguíneos e tecido adiposo ⁽²¹⁾. A agulha é introduzida lentamente até encontrar o ligamento amarelo e, uma vez ultrapassada essa barreira, procede-se à pesquisa do espaço epidural, sendo a técnica de perda de resistência a mais utilizada ⁽¹²⁾. Esta pode ser feita com uma seringa, contendo soro fisiológico ou ar, o qual deverá ser introduzido no espaço epidural no momento em que o êmbolo da seringa perder a resistência ⁽¹⁶⁾. Após confirmação da correta posição da agulha e constatação de que não foi aspirado sangue ou líquido cefalorraquidiano (LCR), introduz-se e fixa-se o cateter epidural. Terminada esta fase, são administrados os anestésicos locais (AL), associados ou não a analgésicos opióides (AO). Estes fármacos, após difusão pelas meninges e pelo LCR, vão atuar ao nível do corno posterior medular, provocando um bloqueio sensitivo dose-dependente ⁽²¹⁾.

A administração do AL pode ser por perfusão epidural contínua (PEC), por *patient controlled epidural analgesia* (PCEA), por bólus epidurais intermitentes programados (BEIP) de acordo com as necessidades ou por administração contínua em bólus ^(7,14,15). O *walking epidural* é utilizado para designar qualquer bloqueio do neuro-eixo, tal como qualquer uma das técnicas de AE mencionadas, que permita que a parturiente deambule durante o TP, devido ao facto da sensibilidade motora estar totalmente preservada. Os AL mais comumente utilizados no controlo da dor do TP são a lidocaína, bupivacaína, a ropivacaína

e a lidocaína^(7,9,10,15,16,21). Quanto aos AO que podem ser associados a estes últimos com vista a diminuir a dose de AL necessária e reduzir o risco de bloqueio motor, destacam-se a morfina, meperidina, fentanil, remifentanil e sulfentanil^(7,9,10,15,16,21).

No seguimento da analgesia pela técnica epidural podem surgir complicações como um bloqueio falhado (ausência de analgesia), incompleto ou unilateral, punção acidental da dura-máter, bloqueio espinal total, hematoma ou abscesso epidural, migração do cateter para espaço subaracnoideu ou vaso sanguíneo, injeção endovenosa ou toxicidade pelos AL^(12,14,16,21). Em termos de efeitos secundários, pode surgir sintomatologia dolorosa lombar, cefaleias, sedação e depressão respiratória, prurido, náuseas e vômitos, hipotensão arterial, fotofobia e diplopia, alterações auditivas, retenção urinária, íleo paralítico, bem com parestesias ou diminuição da força dos membros inferiores^(9,12,13,14,16,21,22).

Alguns estudos concluíram que o uso deste tipo de analgesia durante o TP é um fator de risco para o aumento do número de partos instrumentalizados, prolongamento do TP, maior necessidade de administração de oxitocina e não rotação da cabeça do feto pelo relaxamento das estruturas pélvicas, este último com impacto negativo nas manobras expulsivas^(9,10,14,21,22). Alguns desses trabalhos científicos defendem ainda que a epidural não se correlaciona com o aumento da taxa de cesarianas^(9,10,14,22). Apesar do referido, a AE, quando administrada corretamente, tem efeitos insignificantes sobre a progressão do TP e a atividade uterina^(9,12).

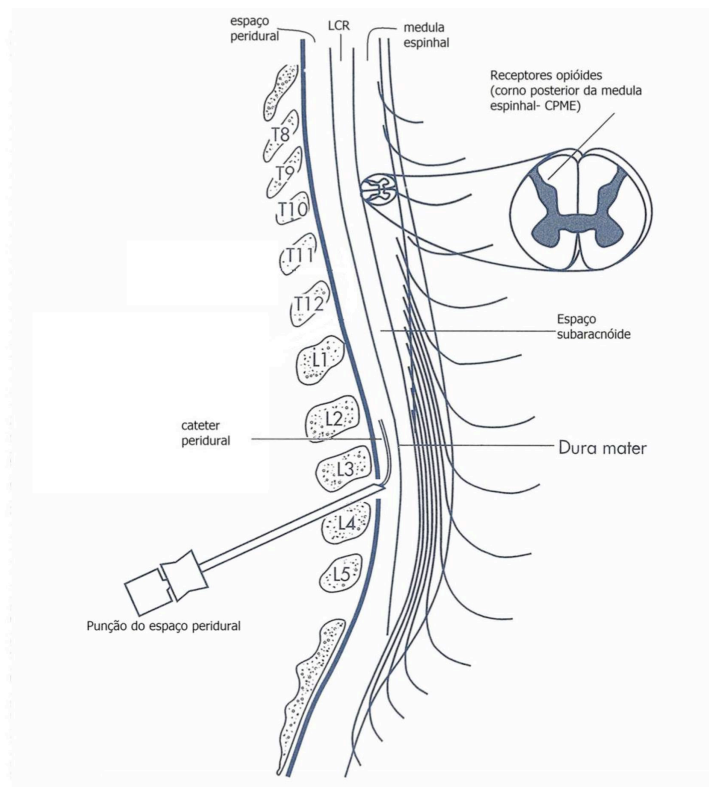


Figura 2: Punção do espaço epidural e inserção do cateter (adaptado de 21).

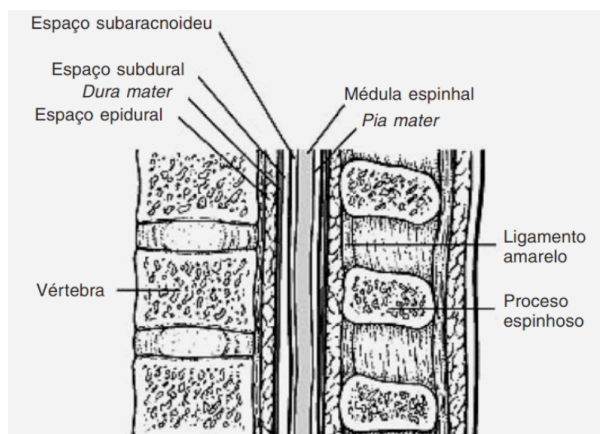


Figura 3: Anatomia do espaço epidural ⁽¹⁶⁾.

1.3. Objetivos

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar as expectativas e o grau de satisfação das puérperas que recorreram à AE para alívio da dor no TP. Secundariamente, pretende-se que este estudo seja o ponto de partida para uma melhoria de cuidados ao nível da saúde materna, desde a gravidez ao puerpério.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho do estudo

Estudo institucional, retrospectivo, descritivo e transversal, para avaliação das expectativas e o grau de satisfação de uma amostra conveniente de puérperas em relação à AE durante o TP, decorrido no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), E.P.E., no período compreendido entre janeiro de 2015 e fevereiro de 2016.

2.2. Enquadramento

O estudo foi aplicado em utentes do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança (DSMC), do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (SGO), do CHCB, sob orientação e com o apoio do Serviço de Anestesiologia.

No período estudado, decorreram no CHCB 646 partos, sendo que, desses, apenas 87 parturientes recorreram à técnica analgésica epidural para alívio da dor durante o TP, o que representa cerca de 13,5%. A amostra deste trabalho é constituída por 75 puérperas, representativas de 86,2% do total de partos decorridos sob este tipo de analgesia.

2.3. Amostra

A amostra é constituída por 75 puérperas, utentes do DSMC do SGO do CHCB, no período compreendido entre janeiro de 2015 e fevereiro de 2016. O facto da puérpera ter sido submetida a AE durante o TP, no período supracitado, constituiu o único critério de inclusão no estudo. Como critério de exclusão definiu-se que seria “parto decorrido por cesariana”. A seleção da amostra decorreu de forma aleatória.

2.4. Instrumentos

O questionário aplicado neste estudo foi, em parte, adaptado do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP, Figueiredo, Pacheco & Costa, 2001), o primeiro questionário construído com base na experiência de parto de mulheres portuguesas, tendo sido validado para a população portuguesa ⁽²¹⁾. Desse questionário foram adaptadas algumas questões que dizem respeito às expectativas, experiência, satisfação e dor no trabalho de

parto. Adicionaram-se outras questões consideradas relevantes no contexto do estudo em causa e de acordo com a revisão bibliográfica realizada.

O questionário do estudo contém 40 perguntas (Anexo 1), divididas em 6 dimensões principais: 1. Dados demográficos (questões 1 à 5); 2. Dados e antecedentes obstétricos, dados gestacionais e estado de espírito face à gravidez, tipo de parto (questões 6 a 11); 3. Questões relativas à tomada de decisão da AE, alguns antecedentes pessoais e preparação para o parto (questões 12 à 20); 4. Expectativas (questões 21 à 25); 5. Satisfação (questões 26 à 36) e 6. Decisões futuras (questões 37 à 40). Nos itens relativos às expectativas e à satisfação, as escalas são do tipo *Likert*: para a dimensão que estuda as expectativas, vão desde “muito pior”, “pior”, “melhor” até “muito melhor”; quanto à dimensão da satisfação, as respostas variam desde “muito insatisfeita”, “insatisfeita”, “satisfeita” até “muito satisfeita”. Relativamente às restantes dimensões, as respostas são em intervalos contínuos de valores numéricos (questões sobre a idade, as habilitações literárias, tempo de gestação, número de gestações e paridade), outras assumem um formato de dicotomia “sim” ou “não” (cerca de 11 questões) e as restantes 8 questões têm várias alternativas de resposta.

A aplicação deste questionário decorreu no pós-parto, presencialmente em 2 dos casos e via telefónica nos restantes 73. Nos casos em que a entrevista foi presencial, o consentimento livre e informado foi assinado pela participante de forma voluntária e consciente, enquanto que na restante maioria foi um consentimento livre, esclarecido e assumido verbalmente, devido ao modo como decorreu a entrevista.

2.5. Procedimento

O contacto com as puérperas foi presencial ou por via telefónica, decorrido um período de tempo indefinido entre o parto e a entrevista (nos 2 casos presenciais foi nas primeiras 72 horas do pós-parto e nos restantes foi entre dias a meses após o parto). A aplicação do questionário foi feita após ter sido prestada toda a informação relativa ao estudo. As participantes assumiram participar livremente, de forma anónima e sem qualquer prejuízo ou benefício nesta investigação. O consentimento foi livre, informado e consciente, escrito (no caso das entrevistas presenciais) ou verbalmente assumido (no caso das entrevistas telefónicas). O preenchimento do questionário implicou uma leitura prévia de cada questão e eventuais esclarecimentos sobre as mesmas, tendo sido exclusivamente baseado na opinião pessoal da entrevistada.

2.6. Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso aos programas *Microsoft Office Excel 2010* e *IBM SPSS Statistics* versão 21.0.

Para a interpretação dos resultados procedeu-se à escolha dos métodos estatísticos mais adequados, pelo que foi utilizada a estatística descritiva para caracterização da amostra, tendo-se calculado frequências absolutas, relativas, medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão. Para avaliar a existência de correlação entre variáveis determinou-se os coeficientes de correlação de *Pearson* e *Spearman*, conforme a natureza das variáveis. Recorreu-se ao teste U de *Mann-Whitney-Wilcoxon* para a comparação de amostras independentes.

Utilizou-se o coeficiente *Alpha de Cronbach* para analisar a consistência interna do questionário desenvolvido para a avaliação da qualidade do serviço prestado em função das dimensões: “Expectativas” e “Satisfação” das puérperas.

O coeficiente *Alpha de Cronbach* foi descrito em 1951 por *Lee J. Cronbach* (*Cronbach*, 1951) e é utilizado para medir a fiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, ou seja, para avaliar a magnitude em que as questões de um instrumento estão correlacionadas (*Cortina*, 1993).

Posteriormente, analisaram-se as duas dimensões, “Expectativas” e “Satisfação”, separadamente recalculando-se o coeficiente de consistência interna para cada uma delas e calculando-se duas escalas para cada uma das dimensões consideradas.

Os testes de hipótese realizados foram considerados estatisticamente significativos para p-valores inferiores a 0,05.

2.7. Ética

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHCB.

3. Resultados

Neste capítulo será apresentada a caracterização descritiva dos resultados das respostas ao questionário aplicado no estudo.

Para avaliar a qualidade do serviço prestado em função das expectativas e da satisfação das puérperas, considerou-se o grupo de questões compreendidas entre as 21 e a 36. Inicialmente, recorreu-se ao coeficiente de *Alfa de Cronbach* para medir a fiabilidade da consistência interna nesse grupo de questões. Posteriormente, analisaram-se os grupos de questões que compõem as dimensões, “Expectativas” e “Satisfação”, separadamente recalculando-se o coeficiente de consistência interna para cada uma delas e calculando-se duas escalas para cada uma das dimensões consideradas.

O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, existem vários itens a medir exatamente o mesmo elemento de um instrumento; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (*Streiner, 2003*).

Concluiremos o capítulo apresentando os resultados considerados relevantes, para a posterior discussão dos resultados, nas associações entre variáveis.

3.1. Dados demográficos

Tabela 1 -Caracterização sociodemográfica da amostra, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

		Participantes	
		n	%
Idade	19-28 anos	18	24,0
	29-39 anos	54	72,0
	≥ 40 anos	3	4,0
Nacionalidade	Portuguesa	71	94,7
	Outra	4	5,3
Profissão	Empregada	63	84,0
	Desempregada	12	16,0
Estado Civil	Solteira	2	2,7
	Coabitação	19	25,3
	Casada/União de Facto	53	70,7
	Divorciada	1	1,3
Habilitações Literárias	< 9 anos	4	5,3
	9-12 anos	27	36,0
	>12 anos	44	58,7

O universo do estudo é constituído por 75 puérperas. A tabela 1 mostra que a idade mínima das inquiridas se insere na faixa etária dos 18 aos 28 anos e a idade máxima é superior ou igual a 40 anos, sendo que a maioria das participantes tinha entre 29-39 anos no momento do parto (72%). Em relação à nacionalidade, a maioria das puérperas é portuguesa (94,7%), sendo as restantes de outra nacionalidade, apesar de dominarem a língua portuguesa ao nível da compreensão e expressão tanto verbal como escrita. Em termos de situação laboral, 84% revelam estar empregadas, e as restantes desempregadas. A maioria encontra-se casada ou em união de facto (70,7%), sendo que as demais vivem em regime de coabitação com o companheiro (25,3%), são solteiras (2,7%) ou divorciadas (1,3%). No que diz respeito às habilitações literárias, grande parte estudou mais de 12 anos (58,7%), muitas estudaram entre 9 a 12 anos (36%) e uma minoria não chegou a completar 9 anos de escolaridade.

3.2. Dados gestacionais e antecedentes pessoais

Tabela 2 - Caracterização dos dados obstétricos, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

		Participantes	
		n	%
Tempo de Gestação	< 37 semanas	2	2,7
	37-42 semanas	73	97,3
Número Gestações	1	50	66,7
	> 1	25	33,3
Paridade	1	51	68,0
	> 1	24	32,0

A tabela 2 mostra que, no que diz respeito ao tempo de gestação, quase a totalidade dos partos foi de termo, entre as 37 e as 42 semanas (97,3%) e uma percentagem muito reduzida diz respeito aos partos pré-termo, decorridos antes das 37 semanas (2,7%). Analisando os antecedentes obstétricos, 66,7% das puérperas são primigestas (1 gestação) e 33,3% são multigestas (> 1 gestação). Obtiveram-se resultados muito semelhantes em termos de paridade, com 68,0% de primíparas (1 parto) e 32,0% de múltiparas (> 1 parto).

Relativamente ao facto da gravidez ter sido ou não desejada, 98,7% responderam afirmativamente, e só uma percentagem irrisória (1,3%) respondeu que não desejou engravidar deste filho. Quando questionadas sobre o facto de, enquanto grávidas, se terem sentido felizes com a chegada da criança, 100% das puérperas responderam que “sim”.

A figura 4 mostra a distribuição das puérperas pelo tipo de parto decorrido. Precisamente 84% das puérperas tiveram um parto eutócico, seguindo-se uma percentagem de 16% que revela ter sido submetida a um parto distócico (exeto cesariana).

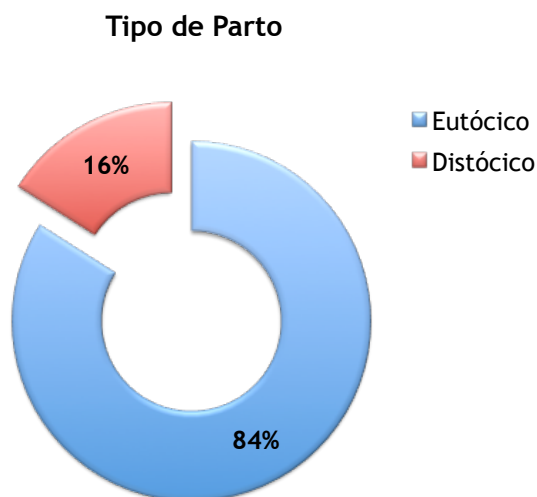


Figura 4: Distribuição da amostra em relação ao tipo de parto, por frequência relativa (%).

3.3. Tomada de decisão sobre a epidural

Tabela 3 - Respostas às questões sobre a decisão de recorrer à técnica analgésica epidural, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

		Participantes	
		n	%
Por que razão quis epidural?	Diminuição da dor	59	78,7
	Conselhos de familiares	3	4,0
	Conselho médico	12	16,0
	Outro	1	1,3
Quando é que decidiu que queria epidural?	Antes de engravidar	11	14,7
	No 1º trimestre da gravidez	8	10,7
	No 2º trimestre da gravidez	2	2,7
	No 3º trimestre da gravidez	9	12,0
	Durante o parto	45	60,0
Qual a pessoa que mais a influenciou tomar esta decisão?	Ninguém	57	76,0
	O meu companheiro	1	1,3
	O meu médico	12	16,0
	Outro	5	6,7
Qual o seu grau de satisfação em relação a esta decisão?	Muito Satisfeita	74	98,7
	Satisfeita	1	1,3

Foram feitas quatro questões relacionadas com a decisão de recorrer à analgesia pela técnica epidural durante o TP, cujas respostas se encontram distribuídas por frequências absolutas e relativas na tabela 3. A maioria das puérperas tomou a decisão durante o próprio TP (60,0%), tendo também a maioria da amostra referido que o principal motivo foi a necessidade de diminuir a dor que estavam a sentir (78,7%). Algumas tomaram a decisão após conselho do médico obstetra, anesthesiologista ou outro (16,0%), antes ou durante o TP. Em termos de influência por parte de terceiros, 76,0% afirmaram ter tomado esta decisão por vontade própria, tendo 16,0% assumido que o médico a persuadiu no sentido da escolha da epidural. Outras pessoas foram referidas como tendo sido as que mais influenciaram a escolha (6,7%), entre as quais se destacam amigas, familiares ou outras figuras de importância afetiva. Poucos foram os casos em que o companheiro influenciou esta tomada de decisão (1,3%). Quase a totalidade das puérperas revelou estar muito satisfeita com a decisão que tomou (98,7%).

Já tinha experimentado a analgesia epidural para o trabalho de parto, anteriormente?

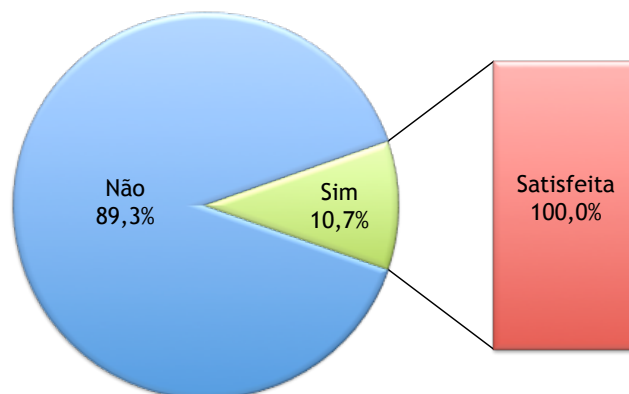


Figura 5: Divisão da amostra, por frequência relativa (%), pelo facto da inquirida já ter experimentado a técnica epidural num parto anterior ou não e, nos casos de resposta afirmativa, por terem ficado satisfeitas ou não com o resultado.

A figura 5 mostra a distribuição das respostas à questão “Já tinha experimentado a analgesia epidural para o trabalho de parto, anteriormente?”. Averiguou-se dentro da amostra quais as mulheres que já tinha experimentado a epidural num parto anterior (10,7%) e, dentro desse grupo de mulheres, procurou-se perceber qual o seu grau de satisfação em relação ao efeito analgésico obtido, tendo-se mostrado todas satisfeitas com o resultado (100,0% das 10,7%). O grupo maioritário de respostas à primeira questão diz respeito às puérperas que

experimentaram a epidural pela primeira vez neste parto em estudo (89,3%), ou seja, as que não tinham tido nenhum contacto prévio com a técnica.

Aquando da administração da analgesia pela via epidural, 80,0% das mulheres referiram que lhes foi explicada devidamente a técnica pelos profissionais de saúde, ao contrário das restantes que não têm noção de lhes ter sido dada qualquer informação nesse sentido.

Em relação à utilidade da realização de formações específicas sobre a AE, em contexto hospitalar, direccionadas às grávidas em preparação para o parto, 89,3% afirmam que considerariam útil.

No que concerne às preocupações com a não garantia da AE em todos os partos do CHCB, as puérperas foram questionadas quanto ao facto de terem ponderado, em algum momento da gravidez, não terem o filho(a) no hospital referido com receio de poderem não ter acesso à dita analgesia. Grande parte destas respondeu que nunca ponderou ter o filho(a) noutra local (86,7%), tendo as restantes admitido que essa questão chegou a ser considerada, apesar de não se ter tido nenhuma repercussão na tomada de decisão.

3.4. Qualidade

Definiu-se uma nova dimensão, “Qualidade”, que diz respeito ao conjunto de questões relativas às dimensões “Expectativas” e “Satisfação” (questão 21 à 36), recorrendo-se ao cálculo da média ponderada das respostas.

Recorreu-se ao coeficiente de *Alfa de Cronbach* para medir a fiabilidade da consistência interna nesse grupo de questões (figura 6).

Fiabilidade da Consistência Interna	
Alfa de Cronbach	n de questões
0,855	16

Figura 6: Coeficiente de *Alfa de Cronbach* para as questões 21 à 36.

O valor do coeficiente de *Alfa de Cronbach* de 0,855 revela boa consistência interna para nova dimensão “Qualidade” .

3.5. Expectativas

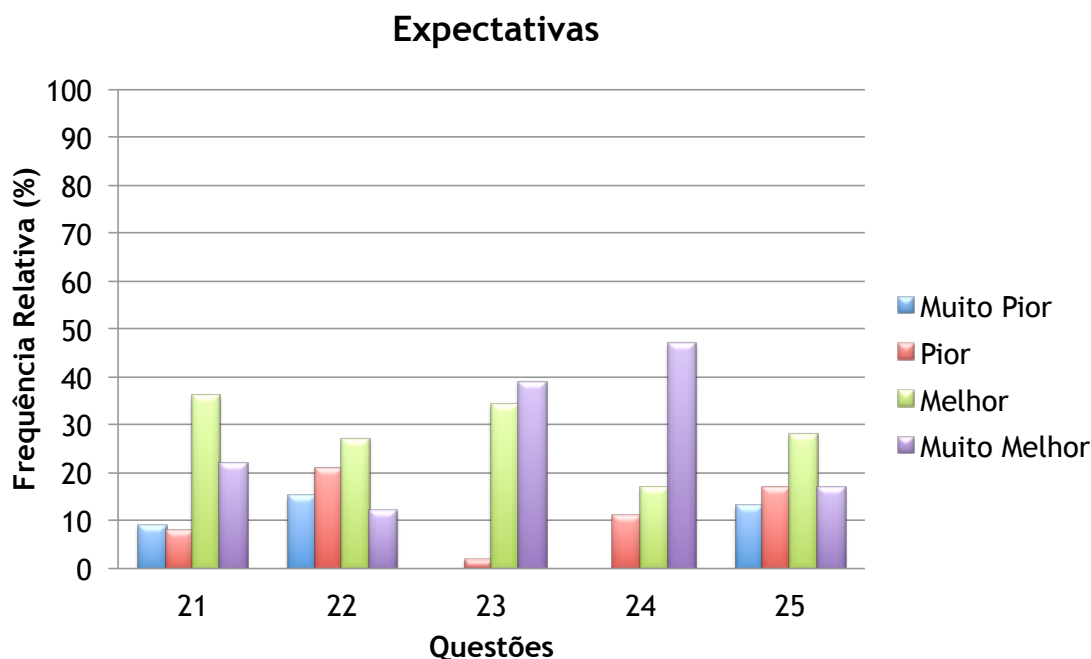


Figura 7: Respostas às questões da dimensão “Expectativas”.

Analisando a fiabilidade das questões da “Qualidade” separadamente e agrupadas nas respetivas dimensões, obteve-se um valor de coeficiente de *Alfa de Cronbach* de 0,720 para a dimensão “Expectativas” (questões 21 à 25), revelando uma consistência interna razoável para esta dimensão. Constatou-se que a questão que mais se correlaciona com a dimensão “Expectativas” é a questão 22 (“A dor que sentiu no parto correspondeu às suas expectativas?”), sendo a sua correlação com a dimensão de 0,596. Por outro lado, a questão 23 (“As condições físicas do serviço corresponderam às suas expectativas?”) é a que menos contribui para consistência interna da sua dimensão, sendo a correlação da questão com a dimensão de 0,331. Contudo, após testado o coeficiente do valor de *Alfa de Cronbach* com a ausência ou presença de várias questões da dimensão, optou-se que todas deveriam ser mantidas. As correlações de todas as questões da dimensão “Expectativas” com a mesma são todas superiores a 0,3.

Foi pedido às puérperas que se recordassem das expectativas que foram construindo ao longo da gravidez em relação ao parto. As respostas a essas questões estão representadas na figura 7. Perante o facto do TP ter correspondido ou não a essas mesmas expectativas (questão 21), 36,0% sentiram que correu “melhor” do que o que esperava, 22,0% responderam “muito melhor” e as restantes dividiram-se entre o “pior” (8,0%) e o “muito pior” (9,0%). No que diz respeito à dor que sentiram e às expectativas que tinham face a essa mesma dor

(questão 22), a maior parte das inquiridas sentiu que a dor foi “melhor” ou mais suportável do que o que imaginaram previamente (27,0%), um segundo grupo sentiu que foi “pior” (21,0%), outras 15,0% assumiram que foi “muito pior” e as restantes 12,0% responderam “muito melhor”. Relativamente às condições físicas que esperavam encontrar no serviço, desde o bloco de partos ao internamento no DSMC do SGO (questão 23), uma percentagem semelhante de mulheres achou que as condições foram “melhores” ou “muito melhores” que as expectáveis (34,0% e 39,0%, respetivamente), tendo apenas uma minoria encontrado condições “piores” do que as suas expectativas (2,0%). Em termos de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde, desde equipa de enfermagem aos médicos anestesiológicos, pediatras ou obstetras (questão 24), grande parte das puérperas revelou que estes acabaram por ser “muito melhores” que as expectativas (47,0%), 17,0% consideraram que foram “melhores” e as restantes sentiram que foram “piores” (11,0%). Quando questionadas sobre o tempo que demorou todo o processo de TP, em comparação com aquilo que cada uma esperaria (questão 25), 28,0% responderam que foi “melhor” (menos demorado), 17,0% sentiram que foi “muito melhor”, 17,0% acharam que foi “pior” e as restantes 13,0% assumiram ter sido “muito pior”.

3.6. Satisfação

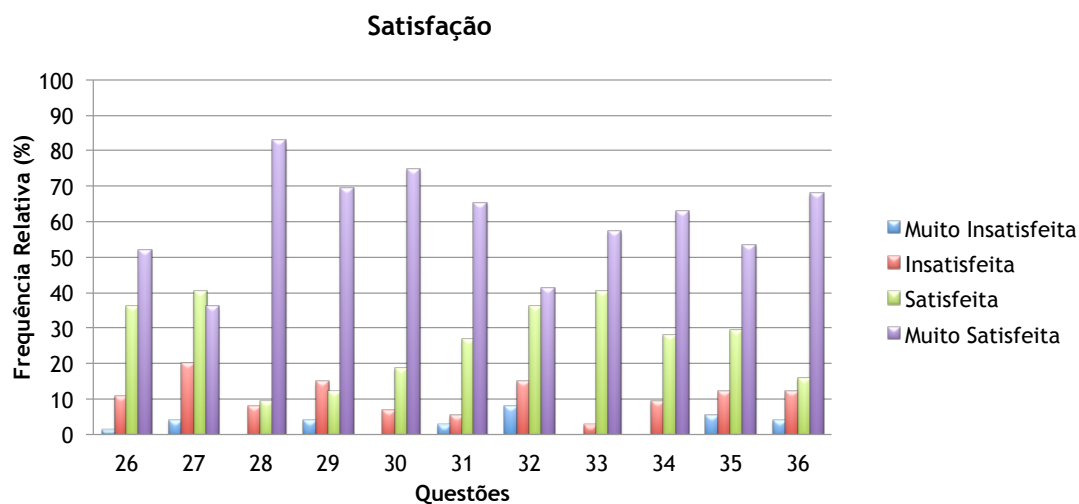


Figura 8: Respostas às questões da dimensão “Satisfação”.

Analisando a fiabilidade das questões da “Qualidade” separadamente e agrupadas nas respetivas dimensões, obteve-se um valor de coeficiente de *Alfa de Cronbach* de 0,786 para a dimensão “Satisfação” (questões 26 à 36), revelando uma consistência interna razoável para

esta dimensão. Constatou-se que a questão que mais se correlaciona com a dimensão “Satisfação” é a questão 31 (“Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto?”), sendo a correlação da questão com a dimensão de 0,706. Por outro lado, a questão que menos se correlaciona com a dimensão é a questão 35 (“Está satisfeita com o alívio da dor que sentiu no trabalho de parto após analgesia epidural?”), sendo a correlação da questão com a dimensão de 0,147. Contudo, testado o coeficiente do valor de *Alfa de Cronbach* após eliminação desta questão, verificou-se que apenas subiria de 0,786 para 0,793, sendo considerado em qualquer um dos casos como razoável ou satisfatório. Por outro lado, como o questionário não está a ser submetido a validação, teve-se em consideração o facto da questão 35 ser uma das questões que em teoria tem mais importância para o estudo, uma vez que avalia diretamente a satisfação relativa à AE administrada durante o TP, e optou-se por não a retirar.

Foram feitas questões relativas ao grau de satisfação da puérpera face ao parto, respostas essas que se encontram representadas na figura 8. Primeiramente, questionou-se se estas teriam ficado satisfeitas com a confiança e auto-controlo sentido durante o processo (questão 26), tendo 52,0% delas admitido que se sentiam “muito satisfeitas”, 36,0% responderam “satisfeita”, 10,7% mostraram-se “insatisfeitas” e a restante minoria “muito insatisfeitas”. No que diz respeito à forma como cada uma sofreu e lidou com a dor durante o TP (questão 27), a maioria das inquiridas admitiu estar “satisfeita” ou “muito satisfeita” (40,0% e 36,0%, respetivamente), enquanto que 20,0% ficaram “insatisfeitas” e 4,0% “muito insatisfeitas”. Concentrando-se no momento em que tiveram pela primeira vez o filho(a) nos braços e na satisfação que isso lhes proporcionou (questão 28), a grande maioria mostrou-se “muito satisfeita” (82,7%), e as restantes distribuem-se entre o “satisfeita” (9,3%) e o “insatisfeita” (8,0%). Referindo-se ao facto da dor ter interferido de alguma forma com a relação com o bebé ou com os primeiros cuidados que a mãe lhe prestou (questão 29), uma grande percentagem das puérperas mostrou-se “muito satisfeita” (69,3%), o que faz crer que a dor não interferiu negativamente com o estabelecimento do vínculo mãe-filho. Do mesmo modo, 12,0% mostraram-se “satisfeitas”, contrastando com as 14,7% que ficaram “insatisfeitas” e as 4,0% “muito insatisfeitas”. Por outro lado, tentou-se averiguar de que forma a dor interferiu com a relação com o companheiro no intra e pós-parto imediato (questão 30), tendo a grande maioria se mostrado “satisfeita” ou “muito satisfeita” (18,7% e 74,7% respetivamente), o que revela que nestes casos a dor não interferiu negativamente nesta relação. As restantes ficaram “insatisfeitas” (6,7%). Seguidamente, as puérperas classificaram o seu grau de satisfação com a forma como decorreu o TP no geral (questão 31) e a grande maioria mostrou-se “satisfeita” ou “muito satisfeita” (26,7% e 65,3% respetivamente), ao contrário das 5,3% que se mostraram “insatisfeitas” e das 2,7% “muito insatisfeitas”. Quando questionadas sobre a satisfação com o tempo que demorou todo o processo (questão 32), a maioria ficou “satisfeita” ou “muito satisfeita” (36,0% e 41,3%

respetivamente), 14,7% ficaram “insatisfeitas” e 8,0% “muito insatisfeitas”. No que diz respeito ao grau de satisfação perante as condições físicas do serviço (questão 33), quase a totalidade ficou “satisfeita” ou “muito satisfeita” (40,0% e 57,3% respetivamente) e apenas 2,7% ficaram “insatisfeitas”. Quanto à satisfação face aos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar de saúde (questão 34), também a maioria se dividiu entre “satisfeita” e “muito satisfeita” (28,0% e 62,7% respetivamente), ao contrário de outras 9,3% que ficaram “insatisfeitas”. No que diz respeito ao alívio da dor sentido durante o TP e ao grau de satisfação face à epidural propriamente dita (questão 35), 53,3% assumiram terem ficado “muito satisfeitas”, 29,3% “satisfeitas”, 12,0% “insatisfeitas” e apenas 5,3% “muito insatisfeitas”. Em relação ao tempo que demoraram a pegar no bebé imediatamente após o parto (questão 36), 68,0% das puérperas ficaram “muito satisfeitas”, 16,0% mostraram-se “satisfeitas”, 12,0% “insatisfeitas” e 4,0% “muito insatisfeitas”.

3.7. Decisões futuras

Relativamente ao desejo de vir a ter outro filho no futuro, 50,7% revelaram que têm vontade de ser mães novamente, ao invés das 49,3% que não ponderam voltar a engravidar. Após avaliação do grau de satisfação, foi questionado se num próximo parto (independentemente de o desejar ou não) a puérpera optaria novamente pela técnica analgésica epidural, tendo-se obtido 80,0% de respostas afirmativas e as restantes negativas. A mesma questão foi feita para se apurar se num próximo parto a maternidade do CHCB seria o local desejado para ter o filho(a), tendo 93,3% respondido “sim” e as restantes 6,7% respondido “não”. Em termos de aconselhamento de terceiros, 88,0% responderam que aconselham a epidural como analgesia para o TP, e apenas 12,0% desaconselham a técnica.

3.8. Associações entre variáveis

Correlacionaram-se estatisticamente as questões 21 (“O TP correspondeu às suas expectativas?”) e a 31 (“Está satisfeita com a forma como decorreu o TP?”) pela fórmula de *Spearman Brown*, tendo-se obtido uma correlação de 0,472 com significância estatística (figura 9).

Correlação de Spearman Questão 31	
Questão 21	0,472**

Figura 9: Correlação de *Spearman* entre as questões 21 e 31. A correlação é significativa com valor de 0,01 (**).

Por outro lado, distribuíram-se as respostas das puérperas a essas mesmas questões (21 e 31) por frequências absolutas (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequências absolutas das respostas às questões 21 e 31.

		Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto?				Total
		Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	
O Trabalho de parto correspondeu às suas expectativas?	Muito Pior	2	1	4	2	9
	Pior	0	2	1	5	8
	Melhor	0	1	14	21	36
	Muito Melhor	0	0	1	21	22
Total		2	4	20	49	75

Verificou-se que a maioria das inquiridas ficou “muito satisfeita” com a forma como decorreu o TP (n=49). Entre estas, metade admitiu que o TP correu “melhor” que as expectativas e a outra metade referiu ter sido “muito melhor” (n=21 para cada uma destas respostas).

Tabela 5 - Estudo das questões das dimensões “Expectativas” (questões 21 à 25) e “Satisfação” (questões 26 à 36), enquanto variáveis contínuas, caracterizadas pela moda das respostas.

		Moda	n
Expectativas	21. O TP correspondeu às suas expectativas?	3	36
	22. A dor que sentiu no parto correspondeu às suas expectativas?	3	27
	23. As condições físicas do serviço de obstetria corresponderam às suas expectativas?	4	39
	24. Os cuidados que lhe foram prestados pelos profissionais de saúde corresponderam às suas expectativas?	4	47
	25. O tempo que demorou o TP correspondeu às suas expectativas?	3	28
Satisfação	26. Está satisfeita com a confiança que sentiu durante o TP?	4	39
	27. Como se sente em relação à dor que teve durante o TP?	3	30
	28. Está satisfeita com a forma como aproveitou o momento em que teve o seu filho nos braços?	4	62
	29. Está satisfeita com a forma como a dor interferiu com a relação com o seu filho e com os cuidados que lhe prestou?	4	52
	30. Está satisfeita com a forma como a dor interferiu com a relação com o seu companheiro?	4	56
	31. Está satisfeita com a forma como decorreu o TP?	4	49
	32. Está satisfeita com o tempo que demorou o TP?	4	31
	33. Está satisfeita com as condições físicas do serviço de obstetria?	4	43
	34. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde?	4	47
	35. Está satisfeita com o alívio da dor que sentiu no TP, após a AE?	4	40
	36. Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé após o parto?	4	51

Na tabela 5 apresentam-se a moda de respostas às questões 21 a 36, com a respetiva frequência absoluta. Na dimensão “Expectativas”, os números inteiros de 1 a 4 correspondem, respetivamente, a “muito pior”, “pior”, “melhor” e “muito melhor”; enquanto que na dimensão “Satisfação” correspondem, respetivamente, a “muito insatisfeita”, “insatisfeita”, “satisfeita” e “muito satisfeita”. Analisando os valores da moda das respostas, verifica-se que na dimensão “Expectativas” a moda de respostas para as questões 21, 22 e 25 foi “melhor”, enquanto que as respostas à questão 23 e 24 foram na sua maioria “muito melhor”. Por outro lado, na dimensão “Satisfação”, a moda das respostas foi “satisfeita” para a questão 27 e “muito satisfeita” para as restantes.

Foram criadas duas novas variáveis de estudo com base no agrupamento das questões relativas tanto às expectativas criadas no pré-parto (questões 21 a 25 ou dimensão 4) quanto à satisfação pós-parto (questões 26 a 36 ou dimensão 5), tendo sido determinada a média ponderada de cada dimensão. Denominaram-se as novas variáveis de “Expectativas” e “Satisfação”, respetivamente.

Recorreu-se à correlação de *Pearson* para correlacionar estas duas novas variáveis, tendo-se obtido um valor com significância estatística: 0,705 (figura 10).

Correlação de Pearson	Satisfação
Expetativas	0,705**

Figura 10: Correlação de *Pearson* entre as novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação”.

Foi feito ainda um estudo comparativo entre o tipo de parto e as novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação” (figura 11 e tabela 6).

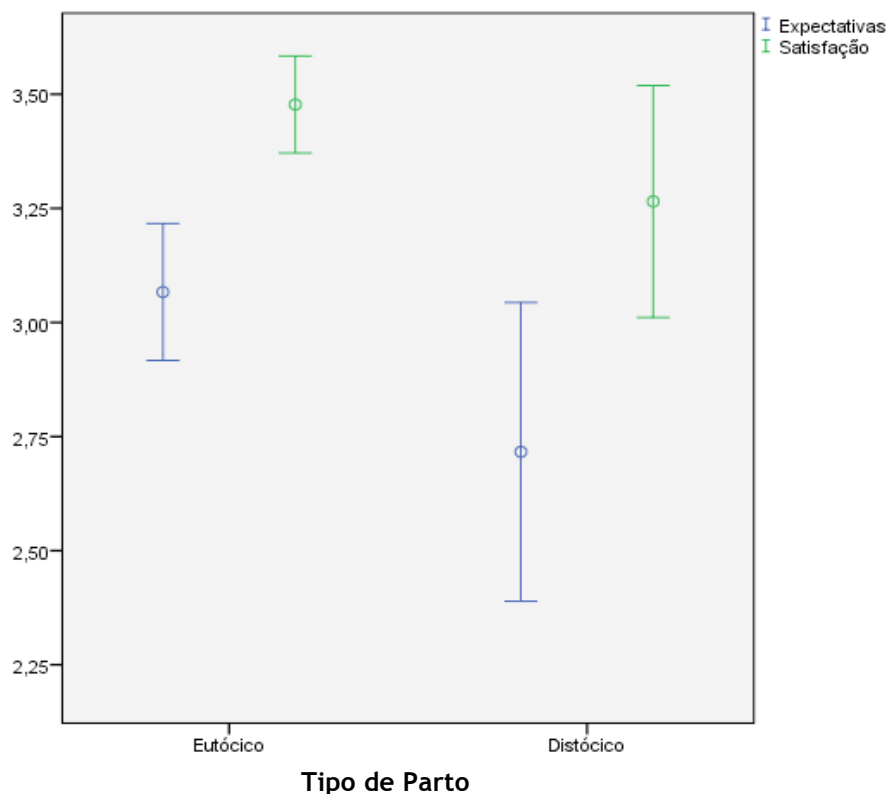


Figura 11: Relação entre o tipo de parto (questão 11) e as novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação”, representada através dos valores médios e desvio padrão da escala de respostas.

Tabela 6 - Distribuição de respostas das dimensões “Satisfação” e “Expectativas” por tipo de parto, por média, desvio padrão, frequência absoluta (n) e limites do intervalo de confiança.

		Média	Desvio Padrão	Limite Inferior	Limite Superior	n
				Intervalo de Confiança		
Expectativas	Eutócico	3,067	0,596	1,600	4,000	63
	Distócico	2,717	0,515	2,000	3,600	12
Satisfação	Eutócico	3,478	0,422	1,820	4,000	63
	Distócico	3,265	0,400	2,730	3,910	12

Após análise da figura 11 e da tabela 6, decidiu-se recorrer ao teste U de *Mann-Whitney* por não se verificarem os pressupostos da normalidade. Obtiveram-se p-valores de 0,05 para a distribuição das respostas da nova variável “Expectativas” pelo tipo de parto e 0,07 para a distribuição das respostas da nova variável “Satisfação” pelo tipo de parto. Não se considera que haja diferenças para nenhum dos grupos. A observação da figura 11 permite corroborar estas conclusões.

A tabela 6 mostra que as médias de respostas das “Expectativas” são de 3,067 para o grupo de puérperas submetidas a um parto eutócico (n=63), e um valor ligeiramente inferior (2,717) no caso dos partos distócicos (n=12). Em termos de limite superior e inferior do intervalo e confiança apresentado, as expectativas apresentam valores mínimos de 1,600 e máximos de 4,000 para os partos eutócicos. No grupo de partos distócicos, o mínimo é de 2,000 e o máximo de 3,600. No que diz respeito às médias de respostas da “Satisfação” são de 3,478 para o grupo de partos eutócicos e de 3,265 para os restantes. Em termos de limite superior e inferior do intervalo e confiança apresentado, a satisfação apresenta valores mínimos de 1,820 e máximos de 4,000 para os partos eutócicos. No grupo de partos distócicos, o mínimo é de 2,730 e o máximo de 3,910.

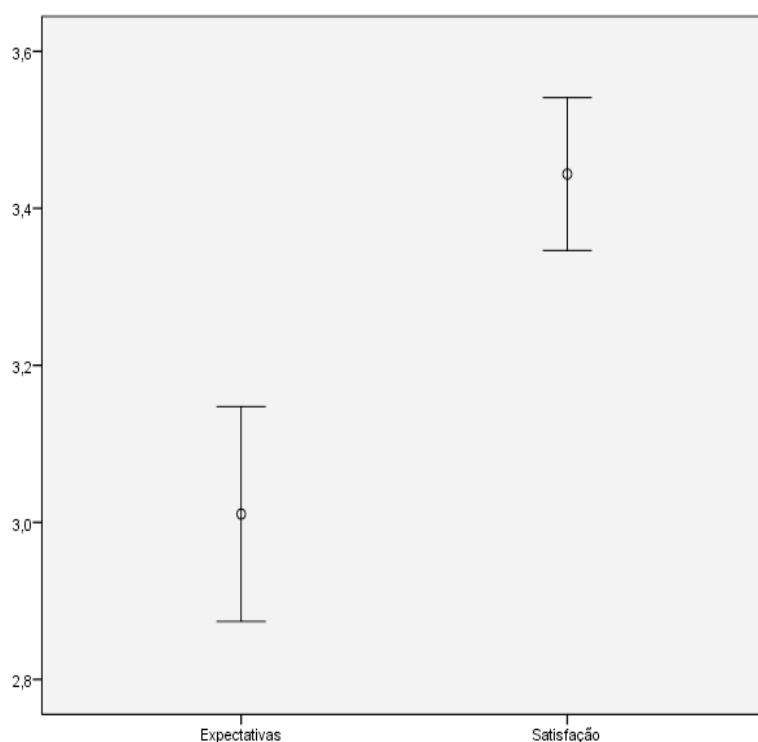


Figura 12: Comparação das respostas das novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação”, representadas através dos valores médios e desvio padrão da escala de respostas.

A figura 12 mostra a distribuição das respostas das dimensões “Expectativas” e “Satisfação”. As expectativas distribuem-se em torno de um valor médio de 3,011 com um desvio-padrão de 0,595; enquanto que a satisfação apresenta um valor médio de 3,444 e um desvio-padrão de 0,423. Conclui-se que o intervalo de confiança do grau de satisfação das puérrperas apresenta valores superiores aos das expectativas criadas antes do parto.

Para concluir a análise estatística, correlacionou-se esta nova variável “Qualidade” com as novas variáveis “Expectativas” e “Satisfação” (tabela 7).

Tabela 7 - Correlações de *Pearson* entre as novas variáveis “Expectativas”, “Satisfação” e “Qualidade”.

	Correlação de <i>Pearson</i>		
	Expectativas	Satisfação	Qualidade
Expectativas	1,000	0,705**	0,884**
Satisfação		1,000	0,954**
Qualidade			1,000

Após a análise das correlações de *Pearson* entre as três variáveis, conclui-se que a qualidade se correlaciona com as expectativas de forma estatisticamente significativa, sendo o valor da correlação de 0,884. Quando correlacionada com a satisfação, percebe-se que a qualidade estabelece com uma ligação com significado estatístico mais forte, sendo o valor da correlação de 0,954.

Foi feita uma distribuição das respostas às três novas variáveis supracitadas, pelo tipo de parto (figura 13).

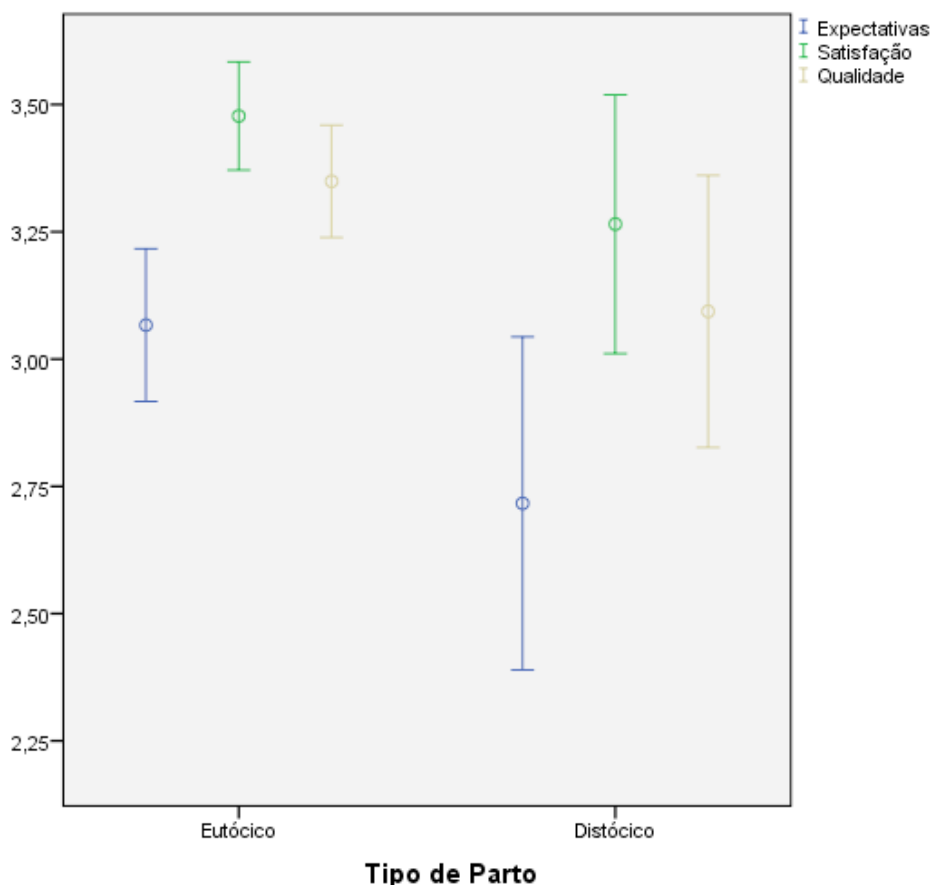


Figura 13: Distribuição das respostas das novas variáveis “Expectativas”, “Satisfação” e “Qualidade” pelo tipo de parto, representada através dos valores médios e desvio padrão da escala de respostas.

A análise da figura 13 permite inferir que a qualidade se distribui de forma muito semelhante à satisfação, uma vez que estas duas se correlacionam mais fortemente do que a qualidade e as expectativas. Por outro lado, também é possível observar que, para ambos os tipos de parto, as expectativas apresentam-se uma escala mais dispersa de valores do que a satisfação e a própria qualidade.

Para concluir, calcularam-se os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão de cada uma das três novas variáveis (tabela 8).

Tabela 8 - Descrição das novas variáveis “Expectativas”, “Satisfação” e “Qualidade” segundo valores médios, desvio-padrão, mínimo e máximo.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	n
Expectativas	1,60	4,00	3,01	,594	
Satisfação	1,82	4,00	3,44	,423	75
Qualidade	1,81	3,94	3,31	,442	

A nova variável “Expectativas”, apresenta valores de resposta com uma média de 3,01 com um desvio padrão de 0,594. Por sua vez, a nova variável “Satisfação”, possui uma média de resposta de 3,44 e um desvio-padrão de 0,423. Por último, a nova variável “Qualidade”, apresenta uma escala de valores com uma média de 3,31 e um desvio-padrão de 0,442.

4. Discussão

Concluída a análise estatística dos resultados obtidos após a aplicação do inquérito nos termos definidos por esta investigação, segue-se a discussão dos mesmos e sua análise comparativa com a literatura revista.

O parto representa, por si só, um momento de grande envolvimento e de profundas alterações a nível físico e emocional. É, provavelmente, um dos momentos mais dolorosos experienciados pela mulher ao longo de toda a sua vida. Nem todas as mulheres se preparam do mesmo modo, no decorrer da gravidez, para esse acontecimento tão marcante. Para além da dor, outras preocupações transversais a todas as sociedades parecem estar relacionadas com o medo, a perda do controlo, o mal-estar e o risco de vida que o parto possa representar, tanto para a mãe como para o feto ou neonato ⁽¹⁾. Analisando os aspectos demográficos que caracterizam a amostra deste estudo (da questão 1 à 5), a maioria das puérperas tem idades compreendidas entre os 29 e os 39 anos (sendo, à partida, uma gravidez classificada como de baixo risco), é de nacionalidade portuguesa, encontra-se empregadas, casadas, em regime de união de facto ou a coabitar com o companheiro, e possui habilitações literárias superiores à escolaridade mínima obrigatória (> 12 anos). Estudos comprovam que vários fatores influenciam a forma como o parto é vivido pela mulher. Grávidas mais novas, com menos habilitações literárias, desempregadas ou em regime de coabitação com os pais criam expectativas menos reais acerca do parto por terem mais dificuldades na adaptação à gravidez, menos conhecimentos sobre o processo, mais despreocupação em termos de cuidados básicos e alimentação do bebé, fracassando na criação de um vínculo emocional com o filho ⁽¹⁾. Com base nestes critérios, chegou-se à conclusão que a amostra constitui um modelo ideal de mulheres informadas e preparadas para lidar com fatores de stress emocional nas fases de pré-parto, parto e pós parto, sendo as mais capazes de desenvolver estratégias de *coping* que lhes permitam ter uma experiência de parto o mais satisfatória possível.

Analisando a segunda dimensão do estudo (questões 6 a 11), referente aos dados e antecedentes obstétricos, dados gestacionais, estado de espírito face à última gravidez e tipo de parto, verificou-se que a maioria das puérperas inquiridas tinha um tempo de gestação compreendido entre as 37 e 42 semanas, sendo também a maioria primigesta (1ª gestação) e primípara (1º parto). Em termos de estado de espírito, quase a totalidade das puérperas afirmou que esta foi uma gravidez desejada, tendo todas referido que se sentiam felizes com a chegada da criança. O tipo de parto da amostra (questão 11) foi na maioria dos casos eutócico, seguido de uma minoria de partos distócicos (exeto cesarianas).

Grávidas com menos habilitações, com um fraco suporte social e familiar, mais novas e a viver uma situação pessoal e laboral instável, parecem ter menos conhecimentos sobre a técnica analgésica epidural, sobre os seus riscos e benefícios, e, desse modo, mostram-se mais impelidas a não optar por esta técnica ⁽¹⁾. O ACOG recomenda que a analgesia para o TP seja proposta a toda a parturiente que manifeste desejo de diminuir a sua dor, independentemente do fase do TP em que o pedido é feito ⁽⁹⁾. Antes da administração da epidural, devem ser asseguradas as condições de segurança para a administração dos fármacos, devendo ser evitados os procedimentos invasivos e outros que causem desconforto à parturiente. Para além de assegurar que o material necessário está reunido, o anestesiológista deve dispor de recursos para tratar complicações que possam decorrer. A decisão sobre recorrer à AE foi, para a maioria das puérperas do estudo, tomada no decorrer do TP (questão 13), tendo sido também para a maioria uma decisão própria (questão 14). As restantes, ponderaram sobre o assunto durante a gravidez ou antes de engravidarem e aconselharam-se com pessoas que representassem para elas figuras de autoridade, tais como o médico, o companheiro, familiares, entre outras. É de salientar que, no que diz respeito à influência exercida por terceiros (questão 14), a opinião médica prevaleceu e foi a que teve mais peso na decisão. Pondo estes dados em análise, conclui-se que todas as decisões baseadas, tanto na própria experiência ou conhecimento sobre a técnica, como em opiniões de pessoas com significado afetivo (todas as mencionadas excetuando o médico), podem carecer de conhecimentos científicos e experiência prática em lidar com este tipo de analgesia. De facto, informações partilhadas por terceiros podem revelar alguma irrealidade e imaginação, de certo modo cultural, com tendência a uma partilha de experiências negativas e chamadas de atenção para possíveis complicações da analgesia e do próprio parto, aumentando a ansiedade de quem decide optar por esta via. Questionada a razão que levou a puérpera a optar pela AE (questão 11), averiguou-se que a maior parte acabou por tomar a decisão principalmente pela vontade de diminuir a dor no decorrer do TP, tendo quase a totalidade das inquiridas ficado “muito satisfeita” com a escolha que fez (questão 15).

Quando questionadas se já tinham experimentado a AE num parto anterior (questão 16), quase todas responderam negativamente, resposta justificável com o facto da maioria ser primípara. Da minoria que respondeu “sim” à questão anterior, todas elas admitem ter ficado satisfeitas com a analgesia obtida (questão 17.1). Em relação à AE administrada no parto em estudo, a maioria recorda-se de lhe terem sido explicados os riscos e benefícios da técnica durante o procedimento (questão 18). Quanto à importância da realização de formações específicas sobre a AE dirigidas às grávidas (questão 19), a maioria considerou que seria útil. Sabendo que no CHCB a epidural como analgesia de parto não é tida como garantida, averiguou-se se esse fator teve impacto na escolha do hospital (questão 20), tendo a maioria respondido que nunca ponderou ter o filho noutra local com receio de não poder ter acesso a este tipo de analgesia durante o TP.

Durante a gravidez, a grávida vai sofrendo um processo de transformação e constante readaptação física, hormonal e psicológica (afeto-cognitiva) que a obrigará a reajustar-se à nova fase “maternidade”. Esse poder de reajuste deverá ser progressivo e a futura mãe deverá conseguir definir, após o parto, os seus novos papéis no seio familiar, no emprego e na sociedade. Este processo de adaptação passa pela criação de expectativas, que vão sendo gradualmente mais negativas, mais desagradáveis e dolorosas, à medida que avança a gravidez e crescem os níveis de ansiedade e medo do parto ⁽¹⁾. O parto, vivido como uma experiência única e que diz respeito às características individuais de cada mulher, muitas vezes não reflete a forma como a grávida antecipou esta experiência ⁽⁴⁾.

A par da importância da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde estão as condições físicas do serviço onde decorre o parto. A parturiente necessita de um ambiente familiar, acolhedor e o menos invasivo possível, no que diz respeito à exposição da sua intimidade e do seu sofrimento ⁽²⁾. Em relação às condições físicas do serviço onde decorreu o parto (questão 23) e à qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (questão 24), e tal como num trabalho de *Costa et al.* de 2012, a avaliação da experiência foi de encontro às expectativas, na generalidade dos casos, com consequente satisfação face aos mesmos parâmetros (questão 33 e 34, respetivamente) ⁽⁵⁾. O mesmo trabalho contraria os resultados deste estudo no que diz respeito às expectativas face à dor sentida (questão 22), uma vez concluído que não há nenhum grupo maioritário que afirme que o TP decorreu “pior” do que o expectável, tal como afirmado por Costa nessa publicação. No presente estudo, a amostra divide-se entre puérperas que sentem que o parto correu “melhor” ou “muito melhor” do que o expectável (em representação da maioria) e as restantes que relatam o oposto (questão 21).

Também a maioria admitiu que o tempo que demorou todo o processo foi “melhor” ou “muito melhor” que aquilo que esperariam (questão 25).

Algumas mulheres admitem ter ficado satisfeitas com a forma como decorreu o TP, no geral, apesar do sofrimento e da dor que sentiram, e das dificuldades que tiverem em lidar com essa mesma dor ⁽²⁾. É possível retirar de uma situação dolorosa, por vezes traumatizante, aspetos positivos e algumas adquirem capacidades para lidar com situações difíceis no futuro. Estudos de *Figueiredo et al.* de 2002 sugerem que quanto maior a qualidade da experiência vivida pela parturiente, melhor será o seu estado emocional durante o puerpério ⁽¹⁷⁾.

O grau de satisfação da mulher com o TP varia proporcionalmente com a sua capacidade de lidar com a ansiedade e com a dor durante o TP, o que consequentemente significa maior autoconfiança sentida durante todo o processo e uma perceção mais positiva da experiência ^(2,4). Quanto maior é o sentimento de eficácia, maior será também a satisfação com a forma como a própria lidou com o parto e com as adversidades que possam ter surgido.

Neste estudo, as variáveis “confiança” sentida (questão 26) e “satisfação” com a forma como decorreu o TP (questão 31) apresentam uma correlação estatística muito significativa (Anexo 2), o que vem corroborar os trabalhos científicos supracitados de *Frias et al.* (2008) e *Conde et al.* (2007) ^(2,4).

A maioria das respostas “muito insatisfeita” ou “insatisfeita” à questão que avaliou o grau de satisfação da puérpera face ao alívio da dor proporcionado pela epidural (questão 35), foram complementadas com uma justificação, que quase na totalidade dos casos se ficou a dever a efeitos adversos sentidos, maioritariamente “cefaleias” e “lombalgias” e complicações imediatas como “falha na analgesia” ou “analgesia unilateral”, entre outros. Estes foram também os principais motivos que levaram as puérperas a responder negativamente à questão sobre optarem novamente pela epidural num próximo parto (questão 38). Para além da insatisfação revelada na questão 35, também o facto de terem experienciado e conseguido ultrapassar um parto anterior com dor não tratada teve especial impacto na resposta negativa à questão 38.

No que diz respeito ao tempo que a mãe demorou a contactar com o filho imediatamente após o parto (questão 36), a maioria mostrou-se “muito satisfeita”. Este fator foi apresentado como um dos aspetos mais determinantes de uma experiência de parto satisfatória em estudos de *Figueiredo et al.* em 2002 ⁽¹⁷⁾. Variando no mesmo sentido que esta última variável, esperar-se-ia também uma elevada satisfação com capacidade de aproveitar plenamente o primeiro contacto com o bebé, segundo um trabalho de *Costa et al.* de 2010 (questão 28). Neste estudo isso verifica-se, contudo, e apesar de variarem no mesmo sentido, essas duas variáveis (questões 28 e 36), não se correlacionam de forma estatisticamente significativa (Anexo 2).

Em relação ao grau de satisfação com o tempo que demorou o TP (questão 32), os resultados deste estudo corroboram os do trabalho de *Costa et al.* de 2012, uma vez que a maioria das inquiridas se mostrou “satisfeita” ou “muito satisfeita” ⁽⁵⁾. Da mesma forma, outros resultados corroboram o referido estudo: apesar da dor sentida no pós-parto, a maioria das puérperas sente-se “satisfeita” ou “muito satisfeita” com a forma como a dor interferiu na relação com o companheiro (questão 30) ou na prestação dos primeiros cuidados ao bebé (questão 29), o que significa que a dor não teve impacto negativo valorizável em nenhuma destas relações.

Relativamente à satisfação com as condições do espaço físico onde decorreu o parto (questão 33) ou com a qualidade dos cuidados prestados por toda a equipa de saúde (questão 34), a maioria das puérperas dividiu-se entre “satisfeita” e “muito satisfeita”. No que diz respeito à satisfação face à autoconfiança sentida durante o parto (questão 26) e à forma

como lidou com a dor (questão 27), também a maioria se sentiu “satisfeita” ou “muito satisfeita” consigo própria.

Analisando o grau de satisfação face à epidural propriamente dita (questão 35), constatou-se que mais de metade ficou “muito satisfeita” com o alívio da dor que a analgesia proporcionou e mais de um quarto ficou “satisfeita”. Estes resultados extremamente favoráveis face à eficácia da epidural como técnica analgésica para aliviar a dor do TP foram comprovados no presente trabalho e requerem que se pondere estender o seu uso a uma maior percentagem de utentes do serviço onde decorreu o estudo.

Apesar dos resultados da dimensão “Satisfação” serem na generalidade bastante positivos (maioria das puérperas “muito satisfeita”), a interpretação destes resultados pode ser falaciosa e sobrevalorizar a realidade. A auto-avaliação do grau de satisfação face à experiência de parto, bem como à analgesia epidural propriamente dita, pode ser difícil. Fatores como o sentimento de concretização pessoal ou fatores externos que ajudem a lidar com a dor podem interferir com a percepção da experiência de parto e com a forma como a mulher foi capaz de ultrapassar esse momento. A satisfação é um parâmetro dificilmente mensurável, carregado de subjetividade e influências de fatores externos.

Incidindo agora sobre os resultados da última dimensão deste trabalho, que diz respeito às decisões futuras, conclui-se que a maioria das puérperas deseja ter outro filho (questão 37), pondera optar pela AE num próximo parto (questão 38), admite que terá o próximo filho na maternidade do CHCB (questão 39) e, baseada na sua experiência bastante satisfatória, aconselha a técnica analgésica epidural a outras grávidas ou parturientes que estejam em fase de tomar essa decisão (questão 40).

Efetuada a análise de algumas correlações estatísticas entre variáveis, uma das conclusões retiradas foi que, na generalidade dos casos, uma percepção e avaliação positivas do TP, com algum grau de satisfação associado (puérpera “satisfeita” ou “muito satisfeita” em resposta à questão 31), correlaciona-se com a criação prévia de expectativas inferiores aquilo que acabou por acontecer na realidade (puérpera admite que o parto foi “melhor” ou “muito melhor” que o expectável, em resposta à questão 21). Também se verificou que estas duas questões (questão 21 e 31) têm uma correlação estatística muito significativa e no mesmo sentido (Anexo 2). Avaliando as respostas de uma perspetiva mais geral, concluiu-se que as novas variáveis “Expectativas” (média ponderada das respostas às questões da dimensão 4) e “Satisfação” (média ponderada das respostas às questões da dimensão 5) também se correlacionam de forma estatisticamente significativa pela correlação de *Pearson*. Estas conclusões vêm contrariar um estudo de *M. Gil*, de 1998, que constatou que quanto mais positiva a avaliação que a puérpera faz da sua experiência de parto, mais positivas terão sido as expectativas criadas em relação ao mesmo ⁽¹¹⁾.

O tipo de parto tem sido estudado como fator de grande impacto na percepção da experiência de parto, no grau de satisfação da puérpera face ao mesmo, bem como na formação do vínculo emocional mãe-filho e nos primeiros cuidados prestados ao bebé. As mulheres que passam por um parto normal têm uma percepção muito mais positiva, enquanto que, por oposição, a cesariana tem um impacto adverso sobre a avaliação da experiência de parto ⁽¹⁷⁾. No seguimento destas conclusões retiradas de um trabalho de *Figueiredo et al.*, de 2002, e corroborando o que nele foi discutido, também no presente estudo é possível constatar que as puérperas submetidas a parto eutócico, em resposta às questões da dimensão “Satisfação”, apresentaram valores de satisfação superiores aos do grupo de puérperas submetidas a parto distócico. Uma das razões para o menor grau de satisfação no subgrupo das mulheres submetidas a parto distócico poderá ser, para além da maior dificuldade técnica do ato médico e do facto de ser um parto mais invasivo devido à necessidade de se recorrer ao uso de instrumentos (como fórceps ou ventosa), o facto do pós-parto imediato poder ser mais doloroso e com uma recuperação física e emocional mais difícil e demorada, comprometendo, em certos casos, a própria interação emocional entre mãe e filho. Também se observa este destaque do parto eutócico quando relacionado com as respostas às questões da dimensão “Expectativas”. De facto, a média de expectativas geradas antes de um parto eutócico foi superior às expectativas formadas antes de um parto distócico. Este último grupo de puérperas apresenta uma faixa de valores mais dispersa, tanto para as questões relacionadas com as expectativas como para as questões que avaliam a satisfação.

Criou-se uma outra variável para estudo estatístico, através do cálculo da média ponderada das respostas às questões 21 à 36, tendo sido denominada “Qualidade”. Importa salientar que esta nova variável correlaciona-se de forma estatisticamente mais significativa com a variável “Satisfação”, quando comparada com a sua correlação com a variável “Expectativas”. Factor esse possivelmente justificado pelo facto da dimensão da satisfação apresentar um número de questões superior, exercendo desse modo maior influência no cálculo. Concluindo, a qualidade e a satisfação assumem valores médios superiores aos das expectativas, mostrando que, apesar de certas experiências de parto terem decorrido pior do que as expectativas criadas na gravidez, as puérperas avaliam a sua experiência de parto de forma positiva e sentem-se satisfeitas com a forma como decorreu todo o processo, fazendo com que a qualidade do serviço médico prestado seja também ela satisfatória.

4.1. Limitações do estudo

Durante a realização deste trabalho, foram detetadas algumas limitações. Importa salientar que o intervalo temporal definido para o estudo mostrou-se um fator limitante no que diz respeito ao número de partos ocorridos no CHCB com o único fator de inclusão neste estudo (AE durante o TP) e excluindo os partos por cesariana: o número de partos ocorridos com recurso a epidural foi 87, tendo sido apenas 75 incluídos no estudo, devido à tentativa falhada de contactar as restantes puérperas. Teria sido benéfico ter tido um período de estudo mais alargado, dada a pequena percentagem (13,5%) de partos com recurso a AE que decorreram neste hospital no período do estudo.

Urge a necessidade de se realizarem estudos mais focados na AE (fármacos analgésicos, anestésicos locais e opióides utilizados), na forma como é administrada (técnicas, concentrações, dosagem), na incidência de efeitos adversos e no que é feito para reduzir o seu impacto negativo na experiência da maternidade, bem como na adoção de medidas complementares que possam, juntamente com este tipo de analgesia, proporcionar um efeito sinérgico no sentido da redução de transtornos e sofrimento para a mãe. O facto de todos estes fatores serem desconhecidos limita a interpretação de alguns dos resultados do presente estudo.

Outros trabalhos futuros poderão esclarecer melhor outras questões relacionadas com a caracterização da dor no TP e quais as escalas de medição mais adequadas neste contexto, a importância da presença de figuras de suporte afetivo durante o TP e no pós-parto, bem como os fatores que exercem mais impacto no desenvolvimento do vínculo mãe-filho.

O maior enviesamento parece ser mesmo o carácter retrospectivo do estudo, associado à dificuldade em recordar fatos passados com precisão. O facto das puérperas terem de reviver um acontecimento, por vezes decorridos alguns meses após a experiência, pode ter enviesado de forma significativa os resultados deste estudo. Por outro lado, a forma como foram abordadas as questões relativas às expectativas da grávida revelou-se inapropriada, uma vez que deveriam ter sido discutidas durante a gravidez ou imediatamente antes do TP e não no pós-parto, altura em que a puérpera já tinha vivido a experiência do parto e já não se recordaria de forma tão precisa do que sentia antes desse acontecimento. Outros trabalhos constataram que a forma como a dor é relembrada e a medição da sua intensidade vão tendo cada vez menos precisão à medida que o tempo passa, para a maioria das pessoas ⁽⁴⁾. As memórias sofrem modificações e há uma certa tendência para selecionar os momentos mais felizes e os aspetos positivos da experiência, relativizando-se os momentos de dor e sofrimento. Deste modo, a percepção que a inquirida tem sobre a sua experiência pode ter sido subestimada, não só pelo facto de se recordar de menos pormenores específicos como pela mudança subjetiva de algumas memórias ⁽⁴⁾. Sabe-se ainda que em comparação com a

avaliação global da experiência, a dor tem mais tendência a ser esquecida ou atenuada com o tempo que decorre após o parto. Sendo o presente estudo focado principalmente na epidural e na sua eficácia, parece-me que, também esta avaliação foi, de certo modo, diferente do que seria caso o questionário tivesse disso aplicado no pós-parto imediato (preferencialmente nas primeiras 72 horas). Apesar desta substituição progressiva por memórias cada vez mais positivas, existe alguma consistência e continuidade temporal das recordações da experiência de parto ⁽⁴⁾.

Aliado a tudo isto, a dor, sendo um sintoma com imensa variabilidade interpessoal em termos de limiar, tolerabilidade e sensibilidade à analgesia, torna-se difícil de caracterizar objetivamente, enviesando também o principal objetivo do estudo que seria avaliar o grau de satisfação da puérpera, face às suas expectativas prévias, em relação ao alívio da dor proporcionado pela AE durante o TP.

5. Conclusão

Sendo a epidural a técnica *Gold-Standard* para a analgesia durante o TP, deveria ser, idealmente, simples de administrar, ter um baixo custo, não ter necessidade de uso de muitos instrumentos ou aparelhos de monitorização, apresentar um risco mínimo materno-fetal, ser capaz de diminuir ou cessar o estímulo doloroso sem interferir negativamente na progressão natural do TP. Apesar de alguns destes parâmetros parecerem estar assegurados, a técnica carece ainda de algumas limitações e apresenta complicações imediatas e efeitos adversos que, quando presentes, pioram a qualidade de vida materna no intra-parto e pós-parto, interferindo negativamente com a relação e prestação de cuidados ao bebé. Tais motivos são a base da insatisfação da puérpera com a técnica, apesar da sua eficácia estar, na generalidade dos casos, comprovada.

A percepção que a puérpera tem da sua experiência de parto vai sofrendo mudanças ao longo do tempo, talvez pela necessidade que a mãe tem de se readaptar psicologicamente à sua nova condição, pela necessidade de esquecer os momentos de maior sofrimento e desse modo criar um vínculo emocional e uma ligação afetiva com o recém-nascido. O impacto que todas essas alterações exercem ao nível da saúde da mãe e do bebé podem alertar os profissionais de saúde para a necessidade crescente de desenvolver meios e tomar atitudes que proporcionem uma experiência de parto mais positiva e menos traumática. É neste último ponto que atua a analgesia para o TP e a epidural propriamente dita. É urgente a revisão dos programas de preparação para o parto já existentes no sentido de serem cada vez mais esclarecedores no que diz respeito à epidural como forma de controlo da dor durante o TP, para que a tomada de decisão por esta opção terapêutica seja em consciência e com conhecimento dos fatores de risco e dos benefícios que acarreta. Este acompanhamento pré-parto por profissionais de saúde experientes pode ainda ajudar a atenuar as preocupações com o parto e os riscos que este representa para a mãe e para o bebé, pode ajudar a lidar com o medo e com a ansiedade crescentes ao longo da gravidez, bem como ajudar a desenvolver estratégias para aproximar as expectativas à experiência realmente vivida, diminuindo as disparidades entre as expectativas e a percepção real da experiência, com consequente construção de uma avaliação mais positiva do próprio parto. O objetivo passa pela consciencialização da grávida de que o parto é uma prova difícil de superar, sem diminuir a excitação inerente à aproximação da maternidade e daquela que será uma das experiências mais complexas e gratificantes da vida da mulher.

Por outro lado, é preciso dar especial atenção à forma como os cuidados de saúde materna são prestados, sendo cada vez mais importante humanizar as intervenções e ajustá-las a cada situação específica, dando margem para uma participação ativa da parturiente na tomada de decisões terapêuticas, tal como a analgesia durante o TP. Para tal, é necessário perceber de que modo a experiência de parto tem sido vivida pelas mulheres portuguesas e alterar algumas tendências negativas no sentido de uma experiência o mais satisfatória possível em termos de necessidades individuais. Esta avaliação do *feedback* materno permite melhorar a qualidade dos cuidados e colmatar erros possivelmente evitáveis.

A conjugação de todos os fatores que podem influenciar o grau de satisfação da puérpera relativamente à AE pode ser complexa. É fundamental que a equipa multidisciplinar tenha, além do domínio da técnica e noções farmacológicas do que vai administrar, uma atuação exemplar no sentido de proporcionar à parturiente uma experiência de parto agradável, minimizando a dor, sem invadir excessivamente a privacidade, num ambiente fisicamente confortável acolhedor e com condições de segurança asseguradas.

Serviu o presente estudo para comprovar a eficácia da epidural como analgesia para o TP, tendo-se obtido percentagens bastante significativas de puérperas que se mostraram satisfeitas ou muito satisfeitas com o recurso a esta técnica analgésica para alívio das dores intra-parto. A eficácia do controlo da dor no TP por esta técnica vem demonstrar o impacto positivo que a analgesia pode ter na perceção da experiência, no envolvimento ativo da parturiente em todo o processo e na tomada de decisões, e ainda a disponibilidade física e mental para acolher o filho no momento do nascimento e nos cuidados que lhe prestará após o parto. De facto, quase a totalidade da amostra, e apesar das dificuldades e da dor sentida durante o TP, se mostrou satisfeita com a forma como decorreu todo o processo e preparada para enfrentar um próximo parto, sob as mesmas condições.

Feita uma análise comparativa entre as expectativas geradas pela grávida e o grau de satisfação da puérpera face à experiência de parto vivida, percebeu-se que quanto mais positiva foi a perceção da experiência em relação ao esperado (parto “melhor” ou “muito melhor” que o expectável), maior o sentimento de eficácia e de satisfação consigo própria.

Fatores psicológicos como as expectativas ou o grau de satisfação com o parto dominam o período gravido-puerperal. Deve ser dada especial atenção a estas questões emocionais e tomar medidas intra e peri-parto que tenham impacto positivo nesta fase tão sensível na vida da mulher.

6. Bibliografia

1. Pacheco A, Figueiredo B, Costa R, Pais Á. Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Rev Port Psicossomática*. 2005;7(1):7-41.
2. Frias A. Perceção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *J Educ Psychol*. 2004;1(1):37-46.
3. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Experiências de Parto em Portugal. Lisboa: APDMGP. 2015 Out.
4. Pacheco A, Pais Á. Perceção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicol Saúde Doenças*. 2007;8(1):49-66.
5. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Antecipação e experiência emocional de parto. *Psicol Saúde Doenças*. 2012;13(1):15-35.
6. IASP Taxonomy [Internet] 2012 May 22 [cited 2016 Jan 12]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
7. Souza GN, Ferreira DQ, Souza E, Camano L, Moraes Filho OB. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. *Femina*. 2010;38(12):655-659.
8. Fernandes, JM. Comparação de duas Técnicas de AE no TP: Bólus intermitente vs Perfusão [Tese de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2009;
9. Santos L, Palma F, Roncon A. Analgesia no Trabalho de Parto. *Maternidade Alfredo da Costa*.
10. Anestesia en obstetricia [Internet] [cited 2016 Jan 15]. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/anestesia_obstetricia_1.pdf
11. Gil MJ. Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*. 1998;3(16):393-404.
12. Respiratorio a S. 11. Anestesia en obstetricia. :1-18.

13. Ministerio de Salud. Guía Clínica Analgesia del parto. Santiago: Minsal; 2012. 23p.
14. Pereira L, Fernandes J, Tavares J, Cotrim D. Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: haverá lugar para a PIEB?. Revista CAR (edição trimestral). 2014 Jul-Set. 74:5-10.
15. Fernández M. Analgesia para el trabajo de parto, anestesia para la cesarea. Inst Univ Dexeus [Internet]. 2000. [Cited 2016 Jan]. Available from: http://www.scartd.org/arxius/analg_part05.pdf
16. Martins P. A via epidural em analgesia pós-operatória. Lisboa: Permanyer Portugal. 2006.
17. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. 2002;2(20):203-217.
18. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2007 Apr;106(4):843-863.
19. Direção-Geral de Saúde. Plano nacional de luta contra a dor. Lisboa: DGSáude; 2001. 60p.
20. Direção-Geral de Saúde. Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor). Lisboa: DGS; 2001.
21. Pasin S, Schnath F. Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter epidural. *Rev HCPA*. 2007;27(2):69-73.
22. Howell CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. *Cochrane Libr*. 2005;1(4):1-6.
23. Martins J, Silva C, Pereira M, Martins H, Oliveira C, Puga A, Coelho R, Tavares J. Women's Attachment as a Predictor of Pain During Labour and Post-Delivery: a Prospective Observational Study. *Acta Med Port*. 2014 Nov-Dec;27(6):692-699.
24. Martins J, Pereira M, Martins H, Moura-Ramos M, Coelho R, Tavares J. The influence of women's attachment style on the chronobiology of labour pain, analgesic consumption and pharmacological effect. *Chronobiology International*. 2014; 31(6):787-796. DOI: 10.3109/07420528.2014.901973

7. Anexos

Anexo 1

Dados Demográficos

1. Idade:

- 15-18 anos
- 19-28 anos
- 29-39 anos
- ≥ 40 anos

2. Nacionalidade:

- Portuguesa
- Outra

3. Profissão:

- Estudante
- Empregada
- Desempregada
- Doméstica

4. Estado Civil:

- Solteira
- Regime de coabitação
- Casada/União de Facto
- Divorciada

5. Habilitações Literárias:

- < 9 anos
- 9-12 anos
- > 12 anos

Dados Gestacionais

6. Tempo de Gestação:

- < 37 semanas
- 37 a 42 semanas
- > 42 semanas

7. Número de gestações:

- 1
- > 1

8. Paridade:

- 1
- > 1

9. Foi uma gravidez desejada:

- Sim
- Não

10. Sentia-se feliz com a chegada da criança:

- Sim
- Não

11. Tipo de parto (com analgesia epidural):

- Eutócico (normal)
- Distócico (com fórceps/ventosa)

12. Por que razão quis epidural?

- Diminuição da dor
 Conselhos de familiares
 Conselho médico
 Outro: _____

13. Quando é que decidiu que queria epidural?

- Antes de engravidar
 No 1º trimestre da gravidez
 No 2º trimestre da gravidez
 No 3º trimestre da gravidez
 Durante o parto

14. Qual a pessoa que mais a influenciou a tomar esta decisão?

- Ninguém
 O meu companheiro
 A minha mãe
 O meu médico
 Outro: _____

15. Qual o seu grau de satisfação em relação a esta decisão?

- Muito insatisfeita
 Insatisfeita
 Satisfeita
 Muito satisfeita

16. Já tinha experimentado a analgesia epidural para o trabalho de parto, anteriormente? Sim Não

17. Se respondeu **Sim** na questão 16,

17.1. Ficou satisfeita com o resultado? Sim Não

18. Sentiu que lhe foi devidamente explicada a técnica epidural pelos profissionais de saúde? Sim Não

19. Consideraria útil a realização, no seu hospital, de formações para as grávidas sobre a anestesia, nomeadamente sobre a técnica epidural? Sim Não

20. Ponderou não ter o seu filho(a) neste hospital com receio de não poder recorrer à anestesia por epidural? Sim Não

	Muito pior	Pior	Melhor	Muito Melhor
21. O trabalho de parto correspondeu às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A dor que sentiu no parto correspondeu às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. As condições físicas do serviço de obstetrícia corresponderam às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Os cuidados que lhe foram prestados pelos profissionais de saúde corresponderam às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. O tempo que demorou o trabalho de parto correspondeu às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito
Insatisfeita

Insatisfeita

Satisfeita

Muito
Satisfeita

26. Está satisfeita com a confiança que sentiu durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Como se sente em relação à dor que teve durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Está satisfeita com a forma como aproveitou o momento em que teve o seu filho nos braços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Está satisfeita com a forma como a dor interferiu com a relação com o seu filho e com os cuidados que lhe prestou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Está satisfeita com a forma como a dor interferiu com a relação com o seu companheiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Está satisfeita com o tempo que demorou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Está satisfeita com as condições físicas do serviço de obstetrícia do CHCB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Está satisfeita com o alívio da dor que sentiu no trabalho de parto, após analgesia epidural?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé após o parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados sobre o futuro

37. Deseja ter outro filho? Sim Não

38. Num próximo parto optaria pela analgesia epidural? Sim Não

39. Num próximo parto optaria pela maternidade do CHCB? Sim Não

40. Aconselharia alguém a optar pela epidural? Sim Não

Obrigada

Anexo 2

Correlação de Spearman entre as questões 21 à 36

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
21	1,00	,471	,037	,292	,395	,397	,326	,348	,270	,204	,472	,265	,212	,316	,376	,074
	0	**		*	**	**	**	**			**	*		**	**	
22		1,00	,304	,420	,387	,302	,346	0,192	,281	,244	,248	,300	,309	,323	,068	-,057
		0	**	**	**	**	**		*	*	*	**	**	**		
23			1,00	,543	,157	,191	,229	-,037	,117	,124	,114	,118	,755	,463	-,037	,108
			0	**			*						**	**		
24				1,00	,321	,581	,518	,304	,235*	,095	,405	,339	,534	,800	,135	,219
				0	**	**	**	**			**	**	**	**		
25					1,00	,318	,128	,328	,309	,258	,531	,837	,169	,178	,211	,061
					0	**		**	**	*	**	**				
26						1,00	,660	,456	,307	,177	,573	,376	,355	,552	,137	,123
						0	**	**	**		**	**	**	**		
27							1,00	,487	,171	,128	,419	,138	,260*	,467	,100	,028
							0	**			**			**		
28								1,000	,283	,174	,521	,385	,000	,245	,226	,154
									*		**	**		*		
29									1,000	,792	,348	,377	,226	,285	-,172	,071
										**	**	**		*		
30										1,00	,232	,251	,295	,177	-,170	,085
										0	*	*	*			
31											1,000	,594	,222	,402	,127	,348
												**		**		**
32												1,000	,168	,280	,126	,195
														*		
33													1,000	,637	,052	,208
														**		
34														1,000	,164	,272
																*
35															1,000	,014
36																1,00
																0

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).