

## ANTECIPAÇÃO E EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE PARTO

Raquel Costa (rcosta@psi.uminho.pt), Alexandra Pacheco, & Bárbara Figueiredo

Escola de Psicologia. Universidade do Minho. Braga, Portugal

---

**RESUMO:** Este estudo tem como objectivo geral analisar a forma como as mulheres por um lado antecipam e, por outro lado, experienciam emocionalmente o parto do seu primeiro filho. Foi também nosso interesse averiguar a relação entre a antecipação e a experiência real de parto. Para o efeito, 197 grávidas primíparas, com idades compreendidas entre 15 e 39 anos e utentes da Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (Porto) participaram no estudo. Após consentimento informado as participantes preencheram um Questionário Sociodemográfico e o *Questionário de Antecipação do Parto* (QAP, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005) no 2º trimestre de gravidez. Na primeira semana após o parto foram novamente contactadas as participantes na Unidade de Internamento na Maternidade de Júlio Dinis no sentido de responderem ao *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto* (QESP, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005). Os resultados mostram que o planeamento do parto parece ser benéfico para algumas mulheres em termos do medo, dor e preocupação em relação ao bebé durante o parto. Deste modo, a implementação de medidas que promovam a informação, suporte emocional e envolvimento nas tomadas de decisão por parte dos serviços de saúde materno-infantis poderiam constituir uma mais-valia para o melhoramento das experiências dos pais.

*Palavras-Chave:* Antecipação do Parto, Experiência de Parto, Tipo de Parto, Parto.

---

## EMOTIONAL ANTICIPATION AND EXPERIENCE OF CHILDBIRTH

**ABSTRACT:** This study aims to analyze women's anticipation and emotional experience of labor and childbirth of the first child. Additionally, it was our intention to examine the association between anticipation of childbirth and the real experience of childbirth. One hundred and ninety seven primiparous women, aged between 15 and 39 years old participated in this study. After signing an informed consent, a social and demographical questionnaire was fulfilled as well as the *Anticipation of Childbirth Questionnaire* (QAP, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005) in the 2<sup>nd</sup> trimester of pregnancy. In the first week after childbirth these women were contacted again in order to fulfill the *Childbirth Experience and Satisfaction Questionnaire* (QESP, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005). The results show that birth planning is beneficial for women in terms of fear, pain and concerns regarding the newborn during childbirth. The implementation of measures to promote information, emotional support and involvement indecision making by the health services can be of high value to enhance parent's experiences.

*Key-Words:* Anticipation of Childbirth, Childbirth Experience, Childbirth

---

Recebido em 28 de Dezembro de 2009/ Aceite em 25 de Maio de 2010

A gravidez e o parto são acontecimentos de vida de extrema importância, não só para a mulher como também para o homem. Durante o período gestacional, a mulher constrói

expectativas relativas ao parto que, embora positivas quando se reportam ao apoio por parte dos significativos e dos profissionais de saúde (e.g., Beaton & Gupton, 1990), são menos positivas no que concerne às capacidades próprias para lidar com a situação (Ip, Chien, & Chan, 2003) e envolvem muitas vezes preocupação, ansiedade e medo (e.g. Areskog, Uddenberg, & Kjessler, 1981; Heymans & Winter, 1975; Hofberg & Brockington, 2000; Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2003; Sjogren, 1997). Preocupação, ansiedade e medo são comuns durante a gravidez, mas podem ter repercussões adversas ao nível das complicações obstétricas (e.g. Rondo, Ferreira, Nogueira, Ribeiro, Lobert, & Artes, 2003), do desenvolvimento fetal (e.g. Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn, Yando, & Bendell, 2003) e neonatal (e.g. Buitelaar, Huizink, Mulder, de Medina, & Visser, 2003), interferindo também na própria experiência emocional de parto (Areskog, Uddenberg, & Kjessler, 1983).

Uma antecipação de parto menos positiva tem essencialmente a ver com o risco que o parto comporta para a saúde da mulher e do bebé (Melender, 2001; Saisto et al., 2001a; Sjogren, 1997). Tem sido observada sobretudo em mulheres com gravidezes de elevado risco obstétrico, menos informadas e com níveis de ansiedade mais elevados (Heaman, Beaton, Gupton, & Sloan, 1992), assim como em casais com características psicológicas menos favoráveis (e.g. Saisto et al., 2001b; Saisto & Halmesmäki, 2003).

Desejavelmente, a gravidez deverá culminar ao fim de 9 meses com o nascimento de um bebé saudável. O parto é, normalmente, aguardado com ansiedade pela generalidade dos casais e constitui um marco extremamente significativo nas suas vidas. Está associado a altos níveis de ansiedade que se elevam à medida que a grávida se vai apercebendo que o parto se aproxima e que não existe uma forma fácil de o bebé nascer (Colman & Colman, 1994). Durante este período, a mulher vai desenvolvendo expectativas acerca de como poderá ser a sua experiência de parto. Alguns estudos têm vindo a demonstrar que a natureza destas expectativas depende de vários factores e em certas circunstâncias podem (e.g. Green, 1993; Scott-Heyes, 1982) ou não concretizar-se (e.g. Fridh, & Gaston-Johansson, 1990; Knight & Thirkettle, 1987).

De uma forma geral, a experiência de parto é percebida pela maioria das mulheres como sendo difícil (Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002), essencialmente por envolver elevados níveis de dor, ansiedade, perda de controlo, perda de noção de tempo e lugar e emocionalidade negativa (Thune-Larsen e Pederson, 1988). Apesar disso, a avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto depende, em parte, de factores demográficos, obstétricos e psicossociais como a idade (e.g., Low, Martin, Sampsel, Guthrie, & Oakley, 2003; Windridge & Berryman, 1999), paridade (e.g., Fridh, Kopare, Gaston-Johansson, & Norvell, 1998), antecipação de parto (Green, 1993; Scott-Heyes, 1982), tipo de parto (e.g., Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003; Cranley et al., 1983; DiMatteo, Morton, Lepper, Damush, Camey, Pearson, & Kahn, 1996; Field & Windmayer, 1980; Garell, Lelong, & Kaminski, 1988; Marut & Mercer, 1979), analgesia de parto (e.g., Costa, et al., 2003; Glosten, 1999; Morgan, Bulpitt, Clifton, & Lewis, 1992; Paech, 1991), participação activa da mulher nas decisões médicas (e.g., Cranley et al., 1983; Marut & Mercer, 1979), expectativas prévias (e.g., Niven, 1988), factores psicológicos (e.g., Mackey, 1998; McCrea & Wright, 1999), suporte de figuras significativas (e.g., Brazelton, 1981; Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Gainer & Van Bonn, 1977; Marut & Mercer, 1979) e atitudes dos profissionais de saúde (e.g., Hodnett, 2002; Mosallam, Rizk, Thomas, & Ezimokhai, 2003).

Alguns estudos mostram uma associação significativa entre antecipação e experiência de parto, no entanto, Knight e Thirkettle (1987) não verificam esta associação, uma vez que as mulheres consideram a experiência de parto desagradável, embora não esperassem que tal fosse acontecer. Também DiMatteo, Kahn, e Berry (1993) verificam que as mulheres sentem dor e têm reações emocionais inesperadas durante o parto. Fridh e Gaston-Johansson (1990), por sua vez, observam que as expectativas prévias, nomeadamente no que respeita à dor, de um modo geral não se concretizam. Independentemente da paridade, as mulheres não desenvolvem expectativas realistas acerca da experiência de parto: contrariamente ao que estavam à espera, experienciam maior suporte por parte dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e sentem-se menos sozinhas, mas também mais dor e desconforto (Fridh & Gaston-Johansson, 1990).

Green (1993), verifica que as mulheres que preferem evitar a medicação fazem-no com maior probabilidade e estão mais satisfeitas com o parto, do que as mulheres que recorrem à medicação. Os exercícios de respiração e relaxamento são também mais utilizados e com maior sucesso pelas mulheres que assim esperavam que acontecesse. O autor constata ainda que a ansiedade relativa ao parto é um forte predictor de experiências negativas durante o trabalho de parto, falta de satisfação com o parto e menor bem-estar pós-natal. Também Scott-Heyes (1982) mostra que as avaliações de parto antecipadas e reais estão significativamente correlacionadas, e que a ansiedade pré-natal se relaciona com insatisfação e ansiedade após o parto. Fridh et al. (1998) acrescentam que expectativas irrealistas em relação à dor e ao desconforto estão relacionadas com maior intensidade de dor durante o trabalho de parto. Goldberg, Cohen, e Lieberman (1999) observam que as grávidas que planeiam recorrer a analgesia epidural têm maior probabilidade de a receber e, geralmente, mais cedo do que as outras. Também ao nível do alívio da dor se verifica que as mulheres aplicam e confirmam as expectativas no controlo do alívio de dor (Wright, McCrea, Stringer, & Murphy-Black, 2000). Um outro conjunto de estudos mostra que, de uma forma geral, as mulheres confirmam as suas expectativas prévias. Gevry e Goulet (1994) defendem contudo que a concretização das expectativas varia de acordo com a sua natureza e não tanto com a importância que lhe é atribuída.

Embora por vezes a antecipação não se confirme totalmente, a forma como a mulher prevê o parto, nomeadamente as expectativas que alimenta, o medo e ansiedade que sente e a informação de que dispõe, influencia a forma como o parto decorre. Por exemplo, Areskog et al. (1983) constatam que as mulheres com medo ante-natal do parto têm risco acrescido de ter uma experiência de parto negativa e maiores dificuldades de vinculação com o bebé no período pós-natal imediato. Também Ryding, Wijma, & Wijma (1998) concluem que o medo do parto, ao 3º trimestre de gravidez, pode aumentar o risco de subsequente cesariana de emergência.

Para além do medo e ansiedade que se possa sentir em relação ao parto, a informação e o conhecimento interferem igualmente com a experiência. Crowe e von Baeyer (1989) observam que as grávidas que participam em cursos de preparação para o parto e que demonstram maior conhecimento do parto e maior confiança após as aulas reportam um parto menos doloroso. Hallgren, Kihlgren, Norberg, e Forslin (1995) acrescentam que a falta de informação ou informação inconsistente contribui para uma experiência de parto mais negativa do que o esperado.

Em suma, a investigação nesta área tem vindo a mostrar que durante o período gestacional, a mulher constrói expectativas relativas ao parto que, sendo positivas quanto a

aspectos específicos como o suporte social (e.g., Beaton & Gupton, 1990), são menos positivas noutros aspectos como a capacidade para lidar com a situação (Ip, et al., 2003) e envolvem muitas vezes preocupação, ansiedade e medo (e.g. Areskog, et al., 1981; Heymans & Winter, 1975, Hofberg & Brockington, 2000; Pacheco, et al., 2003; Sjogren, 1997). O parto, por seu turno, é uma experiência pautada por elevados níveis de stress, principalmente quando ocorre pela via normal (Figueiredo et al., 2002). A maioria das puérperas vivencia elevados níveis de dor, mas, apesar disso, considera o parto uma experiência gratificante (e.g. Waldenstrom et al., 1996). No entanto, são múltiplos os factores que interferem de forma mais ou menos positiva no modo como a mulher vivencia o parto. A experiência varia em função da interacção complexa e subjectiva de múltiplos factores demográficos, obstétricos e psicossociais, nomeadamente a idade (e.g. Low et al., 2003), paridade (e.g. Fridh et al., 1998), tipo de parto (e.g. Costa et al., 2003), analgesia de parto (e.g. Costa et al., 2003), participação nas decisões médicas (e.g. Cranley et al., 1989), atitudes dos profissionais de saúde (e.g. Hodnett, 2002), auto-controlo (e.g. McCrea & Wright, 1999) e auto-eficácia (e.g. Mackey, 1998).

Embora alguns estudos não encontrem uma relação entre expectativas e experiência de parto (e.g. DiMatteo et al., 1993; Fridh & Gaston-Johansson, 1990; Knight & Thirkettle, 1987; Lundgren, Berg, & Lindmark, 2003), a maior parte mostra que as expectativas prévias se relacionam e são susceptíveis de influenciar a experiência de parto (e.g. Scott-Heyes, 1982), no que concerne ao tipo de parto (e.g. deOliveira, 2002; Ryding et al., 1998), à dor (e.g. Crowe & von Baeyer, 1989; Green, 1993), analgesia de parto (e.g. Goldberg et al., 1999), qualidade da experiência (e.g. Areskog et al., 1983; Kihlgren et al., 1995) e ansiedade (e.g. Crowe & von Baeyer, 1989).

O objectivo deste estudo é compreender de que forma a experiência de parto é, por um lado, antecipada e, por outro lado, vivenciada. Foi também nosso interesse averiguar a relação entre antecipação e experiência de parto e analisar até que ponto as expectativas influenciam a experiência efectiva de parto, bem como examinar quais as expectativas mais favoráveis para uma experiência satisfatória de parto.

Estes objectivos justificam-se atendendo a que, do ponto de vista desenvolvimental, quanto mais adequada a capacidade para lidar com as sucessivas tarefas inerentes à gravidez, melhor será a vivência emocional do parto, ocasião da separação física entre mãe e bebé (Colman & Colman, 1994). Por outro lado, e de acordo com a teoria do coping, uma melhor preparação para lidar com uma experiência que implica stress como o parto, reduz o nível de ansiedade possibilitando que a experiência seja mais eficaz (Doering, & Entwisle, 1975).

## MÉTODOS

### *Participantes*

A amostra do estudo é constituída por 197 grávidas primíparas utentes da Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade de Júlio Dinis (Porto), no período compreendido entre Setembro de 2001 e Julho de 2002. A cada participante foram explicados os objectivos e procedimentos da investigação, bem como o seu papel e o papel dos investigadores em todo o processo. Foi solicitada a colaboração em regime voluntário e garantida a confidencialidade de todas as informações prestadas; após o consentimento informado foi iniciada a colheita de dados. A amostra foi seleccionada de acordo com alguns critérios de exclusão: não saber ler e/ou escrever português, multiparidade e idade gestacional superior a 26 semanas.

As participantes no estudo são grávidas primíparas com idades compreendidas entre 15 e 39 anos, sendo a média de 25,21 anos, como podemos observar através Quadro 1. No momento da entrevista, as participantes tinham entre 17 e 26 semanas de gravidez, sendo que em média se encontravam com 21,6 semanas de gestação.

Quadro 1  
Caracterização Social e Demográfica

		%
Grupo etário	15-18	9.1
	19-28	67.5
	29-39	23.4
Etnia	Caucasiana	98.5
	Negra	0.5
	Mistura de etnias	1.0
Naturalidade	Portuguesa	94.4
	Outros	5.6
	Solteira	13.7
Estado Civil	Casada	62.9
	Regime de coabitação	23.4
	Católica	85.3
Religião	Outra religião	3.0
	Sem religião	11.7
	<9	42.2
Anos de estudo	≥9 e ≤12	48.6
	>12	9.2
	Empregada	73.6
Posição em relação ao emprego	Empregada com licença por maternidade/doença	2.5
	Doméstica	2.5
	Estudante	5.6
	Desempregada	15.8
Agregado familiar	Só com o companheiro	66.5
	Com o companheiro e com outros familiares	19.8
	Sem o companheiro	13.7

A maioria dos sujeitos é de etnia caucasiana (98,5%) e de nacionalidade Portuguesa (94,4%). No que diz respeito ao estatuto matrimonial, verificamos que mais de metade das grávidas é casada (62,9%), as restantes vivem em regime de coabitação (23,4%) ou são solteiras (13,7%). As participantes solteiras têm, na maior parte dos casos namorado (88,9%), das que estão casadas ou em regime de coabitação, verifica-se que a média de anos de vida conjunta com o companheiro é de 2,4 anos.

Na sua maioria, as grávidas vivem com o companheiro (86,3%) e, normalmente, apenas com o companheiro (66,5%), embora, nalgumas situações com o companheiro e outro familiar (19,8%), no entanto algumas não vivem com o companheiro (13,7%). A maioria (85,3%) é de religião católica, no entanto, alguns afirmam não ter religião (11,7%) ou professar outra religião (3,0%). Quase metade das mães não possui a escolaridade obrigatória (42,2%), muitas têm entre 9 e 12 anos de estudo (48,6%) e apenas 9,2% enveredaram pelo ensino superior, sendo a média de anos de estudo da amostra de 9,4 anos.

Na altura em que engravidou, grande parte das participantes do estudo encontrava-se empregada (85,8%), contudo algumas estavam desempregadas (6,1%), enquanto 5,6% eram estudantes, 2,0% domésticas e 0,5% estavam empregadas mas encontram-se com licença de maternidade ou por doença. Porém, por altura do primeiro momento de avaliação, apenas 73,6% da amostra se encontra empregada, 15,8% está desempregada, 5,6% é estudante, 2,5% doméstica e 2,5% empregada com licença de maternidade ou de doença.

Uma percentagem significativa de participantes apresentam adversidades de vida, dado que provém de famílias que passaram por separação ou divórcio parental (25,9%), é órfã de mãe (3,0%) ou de pai (17,3%), foi adoptada (3,6%) ou esteve separada da mãe (2,0%), do pai (10,2%), ou de ambos os pais (7,1%) por um período superior a 1 ano antes dos 17 anos de idade.

No que diz respeito à história psiquiátrica, verificamos que poucos sujeitos estiveram alguma vez internados num hospital psiquiátrico (1,0%), no entanto, 14,7% referem ter recorrido a consultas de psiquiatria, 21,8% ao médico de família devido a problemas emocionais, e 24,5% já fizeram alguma vez uso de psicofármacos.

Quando nos reportamos à história de problemas obstétricos, verificamos que 14,2% da amostra relata história deste tipo de problemas. Saliente-se que uma percentagem considerável de mães relata aborto espontâneo (9,1%), morte neonatal anterior (1,0%) ou problemas de fertilidade (5,6%). Das participantes com problemas de fertilidade, com uma duração média na amostra de 24,5 meses, a maior parte (5,1%) necessitou de recorrer a tratamento médico.

No que respeita às condições obstétricas actuais (cf. Quadro 2), verificamos que 43,6% das mulheres tiveram parto eutócico (21,5% sem e 22,1% com anestesia epidural) e as restantes 56,4% parto distócico, assim sendo 46,4% se reportam a cesariana (29,0% com anestesia geral e 17,4% com anestesia epidural) e 10,0% a parto instrumental (1,3% sem e 8,7% com anestesia epidural). Desta forma, 22,8% dos partos ocorreram sem anestesia, 29,0% com anestesia geral e 48,2% com anestesia epidural.

Quadro 2  
Condições Obstétricas do Parto

	Analgesia	Sem Anestesia (%)	Anestesia (%)	Anestesia Epidural (%)	Total (%)
Tipo de Parto					
Parto Eutócico		21.5		22.1	3.6
Parto Distócico (Cesariana)			29.0	17.4	6.4
Parto Distócico (Instrumental)				8.7	0.0
Total		22.8	29.0	48.2	00

Complicações físicas decorrentes do parto ocorreram em 17,1% dos casos e 26,5% das mulheres foram medicadas com antibiótico pelo médico assistente, sendo que 34,6% das mulheres tiveram problemas periparto (complicações físicas e/ou antibiótico). Após o parto, mais de metade das mulheres não teve oportunidade de tocar no bebé nos primeiros 5 minutos de vida (53,4%), nem de pegar no bebé nos primeiros 30 minutos de vida (52,7%).

O peso do bebé é inferior a 2,5 kg em 10,3% dos casos. No que respeita ao estado neonatal, constatamos que alguns bebés necessitaram de internamento nos cuidados intensivos (10,8%), fototerapia (25,6%) ou medicação antibiótica (13,3%). No total, 32,9% dos bebés

tiveram problemas neonatais (cuidados intensivos e/ou fototerapia e/ou medicação antibiótica).

### *Material*

Questionário Sócio-Demográfico - Foi utilizado um questionário de 45 questões que permite recolher informação social e demográfica da grávida e do seu companheiro, bem como dados relativos ao agregado familiar, história de problemas obstétricos e psiquiátricos das participantes.

Questionário de Antecipação do Parto (QAP, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005) - O QAP foi desenvolvido a partir da necessidade de perceber de que forma as mulheres antecipam e planeiam a sua experiência de parto. Trata-se de um questionário de auto-relato, com um tempo médio de resposta de 15 minutos, constituído por 52 questões respeitantes às expectativas da grávida relativamente a diferentes acontecimentos referentes ao trabalho de parto, parto e pós-parto. As respostas são do tipo *Likert* numa escala entre 1 e 4 que corresponde a “nada”, “algum”, “bastante”, “muito”. Existem ainda 2 questões que assumem um formato dicotómico (sim/não).

O questionário é composto por 6 sub-escalas: 1. *Planeamento e preparação para o parto* (8 itens), 2. *Expectativas quanto ao parto* (14 itens); 3. *Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto* (13 itens); 4. *Expectativas quanto ao pós-parto* (6 itens); 5. *Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro* (4 itens); 6. *Expectativas quanto ao suporte social* (7 itens). As sub-escalas estão organizadas para que quanto mais elevada a cotação mais positiva a antecipação da grávida. O tempo médio de resposta a este questionário é de 15 minutos. O questionário mostra-se fidedigno (Teste-reteste = 0,690) e com boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* = 0,8512 e *Split-Half* = 0,5895) (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005).

Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP, Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2005) - Deste questionário de auto-relato, com uma duração aproximada de administração de 30 minutos, fazem parte um total 104 questões referentes às expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As perguntas respeitantes à experiência, satisfação e dor são do tipo *lickert* numa escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”). Os itens que se reportam às expectativas também são do tipo *lickert* numa escala que varia entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor” ou “muito menos”, “menos”, “mais”, “muito mais”). As questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo *lickert*, variam numa escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”). Este questionário é composto por 8 sub-escalas: 1. *Condições e Cuidados Prestados* (14 itens); 2. *Experiência Positiva* (22 itens); 3. *Experiência Negativa* (12 itens); 4. *Relaxamento* (6 itens); 5. *Suporte Social* (3 itens); 6. *Suporte do Companheiro*, (8 itens); 7. *Preocupações* (14 itens) e, 8. *Pós-Parto* (25 itens). Quanto mais elevada a cotação obtida em cada uma das sub-escalas e na escala total, mais positiva a experiência da parturiente. O QESP apresenta muito boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* = 0,9087, *Coefficiente de Split-half* = 0,6828) e é fidedigno (Teste-Retest=0,586) (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2005).

### *Procedimentos*

As participantes foram contactadas na Consulta Externa da Maternidade de Júlio Dinis, durante o 2º trimestre de gravidez. Após consentimento informado, os sujeitos preencheram o questionário Sócio-Demográfico e o QAP, no 2º trimestre de gravidez. Na primeira semana após o parto foram novamente contactadas na Unidade de Internamento da Maternidade de Júlio Dinis, no sentido de responderem ao QESP. Neste momento de avaliação, 143 (72,6%) das 197 participantes devolveram todos os questionários devidamente preenchidos.

As únicas instruções que foram dadas reportaram-se ao facto de as participantes lerem com atenção todas as questões, de não haver respostas certas ou erradas e de responderem da forma que corresponde com mais exactidão ao seu caso.

Para a prossecução do primeiro objectivo deste estudo, recorreremos à análise descritiva das respostas. Seguidamente a análise de correlação Ró de Spearman foi utilizada para analisar o segundo objectivo deste estudo.

## **RESULTADOS**

### **Antecipação da Experiência de Parto**

O questionário de Antecipação do Parto permite-nos avaliar diversas dimensões da antecipação do parto, nomeadamente: 1. Planeamento e preparação para o parto, 2. Expectativas quanto ao parto, 3. Preocupações quanto à saúde e consequências adversas do parto, 4. Expectativas quanto ao pós-parto, 5. Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro, 6. Expectativas quanto ao suporte social e, 7. Antecipação Global de Parto. Desta forma, podemos analisar o modo como todas estas dimensões são antecipadas pelas grávidas na expectativa de uma primeira experiência de parto.

No que respeita ao *planeamento e preparação para o parto*, verificamos que, no 2º trimestre de gravidez, os valores obtidos nesta sub-escala oscilam entre os 9 e 25 (valor mínimo e máximo, respectivamente), sendo a média de 16,73. Nesta altura, a maioria das mulheres ainda não decidiu como quer que seja o seu parto (56,3%), embora já tenha decidido onde quer que ocorra (95,9%). Apenas uma pequena parte da amostra está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o trabalho de parto (5,6%) e parto (16,2%). Não obstante, consideram que a respiração e o relaxamento pode ajudar ‘bastante’ ou ‘muito’ durante o trabalho de parto (21,8% e 64,5%, respectivamente) e parto (30,5% e 55,8%, respectivamente). Na sua maioria, as participantes desconhecem ou têm pouco conhecimento acerca de todos os procedimentos relativos ao trabalho de parto (72,6%) e parto (72,1%), sendo que as restantes detêm ‘bastante’ ou ‘muito’ conhecimento acerca de todos os procedimentos envolvidos no trabalho de parto (27,4%) e parto (27,9%).

Quando nos reportamos às *expectativas quanto ao parto*, verificamos que a média da pontuação obtida é de 32,20, o valor mínimo 18 e o máximo 47. No que respeita aos itens constituintes desta sub-escala, podemos afirmar que mais de metade da amostra espera vir a sentir ‘bastante’ ou ‘muita’ dor durante o trabalho de parto (68,2%) e parto (79,7%), no entanto, algumas esperam sentir ‘pouca’ ou ‘nenhuma’ dor durante o trabalho de parto (21,8%) e parto (20,3%). Em consonância, a maior parte das participantes reporta que, em média, os outros consideram que elas sentirão ‘bastante’ ou ‘muita’ dor durante o trabalho de parto (79,7%), parto (79,2%) e pós-parto (48,8%),

Assim sendo, a maior parte das grávidas antecipa que o trabalho de parto e parto vão ser períodos ‘bastante’ (52,8% e 43,1%, respectivamente) ou ‘muito’ (27,4% e 33,1%,

respectivamente) dolorosos, embora algumas considerem que vão ser ‘pouco’ (16,8% e 20,8%, respectivamente) ou ‘nada’ (3,0% e 3,0%, respectivamente) dolorosos.

Desta forma, as expectativas em relação ao medo que irão sentir são elevadas, sendo que muitas consideram que vão sentir ‘bastante’ ou ‘muito’ medo durante o trabalho de parto (72,6%) e parto (67,5%) e algumas que vão sentir ‘pouco’ ou ‘nenhum’ medo durante o trabalho de parto (27,4%) e parto (32,5%).

Não obstante o medo e dor que pensam vir a sentir, mais de metade das participantes considera que irá sentir ‘bastante’ ou ‘muita’ confiança, quer durante o trabalho de parto (64,0%) quer durante o parto (64,5%), enquanto as restantes pensam sentir ‘pouca’ ou ‘nenhuma’ confiança durante o trabalho de parto (36,0%) e parto (35,5%). Quanto ao sentimento de controlo, as expectativas são mais positivas para o trabalho de parto do que para o parto, sendo que mais de metade da amostra pensa sentir ‘bastante’ ou ‘muito’ controlo durante o trabalho de parto (54,8%), embora algumas pensem sentir um ‘pouco’ (37,6%) ou ‘nenhum’ controlo neste período (7,6%). Já durante o parto, menos de metade da amostra considera vir a sentir ‘bastante’ ou ‘muito’ controlo (46,7%), uma parte considerável pensa vir a sentir pouco controlo (42,6%) e algumas pensam não sentir controlo nesta altura (10,7%).

Quando questionamos as participantes acerca da sua capacidade para aproveitar plenamente o primeiro contacto com o bebé, a maioria responde ‘muito’ (63,5%) ou ‘bastante’ (32,0%) embora algumas considerem que vão ter ‘pouca’ (4,0%) ou ‘nenhuma’ (0,5%).

No que respeita à sub-escala *preocupações com a saúde e consequências adversas do parto*, constatamos que o valor mínimo é 16 e o máximo 51, sendo a média de 38,10 valores. As respostas aos itens mostram que a preocupação com o estado de saúde próprio está presente nalgum grau, principalmente em relação ao parto (87,8%), mais do que em relação ao pós-parto (78,7%) sendo que a intensidade da preocupação é ‘bastante’ ou ‘muito’ com maior frequência no parto (54,3%), do que no pós-parto (38,6%). Não obstante, uma pequena parte da amostra pensa ‘muito’ (6,6%) ou ‘bastante’ (6,6%) que pode morrer no parto, enquanto a maioria pensa ‘pouco’ (24,4%) ou ‘nada’ (62,4%) que pode morrer no parto. A preocupação com as consequências físicas que o parto pode ter em si própria está presente nalgum grau em 74,1% (sendo que 13,7% se preocupam muito e 20,8% bastante) da amostra, dado que apenas 25,9% da amostra não mostra preocupação com este aspecto. As participantes preocupam-se, normalmente, com sequelas físicas (60,9%) mais do que com sequelas psicológicas (50,8%) decorrentes do parto. Para a maioria, o regresso a casa após o parto vai demorar ‘pouco’ (64,0%), embora algumas considerem que vai demorar ‘bastante’ (19,3%) ou ‘nada’ (14,7%) e uma pequena parte que pode demorar ‘muito’ (2,0%).

As preocupações com o estado de saúde do bebé durante o parto e com as consequências do parto para o bebé estão presentes numa parte significativa da amostra. Apenas 22,3% das participantes acham que o parto não vai interferir no estado de saúde do bebé, 41,1% consideram que pode interferir ‘pouco’, 23,9% ‘bastante’ e ‘12,7%’ muito. Cerca de metade da amostra não pensa que o bebé possa morrer durante o parto (50,8%), no entanto a outra metade pensa ‘um pouco’ (29,4%), ‘bastante’ (15,7%) ou ‘muito’ (4,1%). A inquietação com as consequências que o parto possa ter no bebé está presente na maior parte das grávidas (89,9%), sendo que em 25,9% preocupa-se ‘muito’, 25,4% ‘bastante’ e 38,6% ‘um pouco’. Constatamos igualmente que a apreensão com as sequelas físicas do parto no bebé está presente com maior frequência (64,0%) do que a apreensão com as sequelas psicológicas

(44,7%). A preocupação com o peso do bebé à nascença está também presente, sendo que é ‘muita’ para 24,9%, ‘bastante’ para 22,8% e ‘pouca’ para 26,9% da amostra.

No que concerne às *expectativas quanto ao pós-parto*, verificamos que a média obtida nesta sub-escala é de 19,00, sendo os valores mínimo e máximo de 7 e 24, respectivamente. Considerando as respostas item a item, observamos que a intensidade de dor que se espera sentir após o parto aumenta desde os momentos imediatos ao parto até ao primeiro dia do pós-parto e, a partir dessa altura diminui até ao primeiro mês após o parto. Logo após o parto, mais de metade das participantes pensa vir a sentir ‘pouca’ dor (50,2%), outras ‘bastante’ (38,6%) e uma pequena parte ‘muita’ (4,1%) ou ‘nenhuma’ dor (7,1%). A percentagem de grávidas que pensam vir a sentir ‘pouca’ ou ‘nenhuma’ dor aumenta desde o primeiro dia após o parto (72,6%), segundo dia (81,2%), terceiro dia (88,4%), primeira semana (90,3%) e primeiro mês (91,4%).

Quando nos reportamos às *expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro*, verificamos que a pontuação obtida oscila entre 7 e 16 (mínimo e máximo, respectivamente), com média na sub-escala de 13,12. Relativamente aos itens, constatamos que a maior parte da amostra antecipa que a dor que possa vir a sentir não interferirá na relação com o bebé (61,4%) ou com o companheiro (50,8%), embora algumas admitam que possa interferir ‘um pouco’ na relação com o bebé (25,9%) e com o companheiro (41,1%) e poucas que possa interferir ‘bastante’ ou ‘muito’ na relação com o bebé (12,7%) e com o companheiro (8,1%). Na sua maioria as grávidas esperam que vão ser ‘bastante’ ou ‘muito’ capazes de amamentar (76,1%) e cuidar (80,2%) do bebé, no entanto algumas consideram que vão ser ‘pouco’ ou ‘nada’ capazes de amamentar (23,9%) e cuidar (19,8%) do bebé logo após o parto.

No que respeita às *expectativas quanto ao suporte proporcionado por figuras significativas*, verificamos que os valores obtidos nesta sub-escala variam entre 11 e 28, sendo a média de 21,41. De um modo geral, as participantes esperam contar ‘bastante’ ou ‘muito’ com o apoio do companheiro e de alguém significativo (familiar ou amigo), quer durante o trabalho de parto (78,1% e 65,5%), quer durante o parto (72,6% e 60,9%), mas principalmente no pós-parto (95,4% e 89,9%).

Finalmente, a pontuação obtida na *Escala Global* dá-nos uma ideia da Antecipação Global da Experiência de Parto e oscila entre 87 e 173 pontos, sendo a média de 140,54. Metade da amostra (50%) tem pontuação entre 87 e 141 e, as restantes superior a 141 e inferior ou igual a 173.

### **Experiência Emocional de Parto**

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto permite-nos avaliar a experiência de parto da mulher em termos de: 1. Condições e Cuidados, 2. Experiência Positiva, 3. Experiência Negativa, 4. Relaxamento, 5. Suporte Social, 6. Suporte do Companheiro, 7. Preocupações, 8. Pós-Parto e 9. Experiência Global de Parto.

Quando analisamos as *condições e cuidados* proporcionados pela Instituição de Saúde, verificamos que a média da pontuação obtida é de 49,13, sendo o valor mínimo 22 e o máximo 64. As respostas aos itens mostram que as expectativas quanto às condições físicas da maternidade são confirmadas com maior frequência durante o trabalho de parto (75,5%) do que no parto (70,6%) ou pós-parto (56,6%). Algumas consideram que as condições físicas foram ‘pior’ ou ‘muito pior’ do que o esperado, ou que foram ‘melhor’ ou ‘muito melhor’ do que o esperado durante o trabalho de parto (6,3% e 18,2%, respectivamente), parto (5,6% e

23,8%, respectivamente) e pós-parto (33,6% e 9,8%, respectivamente). No que respeita aos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde, verificamos que as expectativas são confirmadas com maior frequência durante o parto (65,0%) do que durante o trabalho de parto (62,2%) ou pós-parto (60,8%). As restantes avaliam os cuidados dos profissionais de saúde como 'pior' ou 'muito pior' (8,4%, 16,8% e 21,7%, respectivamente) ou 'melhor' ou 'muito melhor' do que o esperado (26,6%, 21,0% e 17,5%, respectivamente).

O tempo que demorou o parto vai mais de encontro com as expectativas das participantes (39,2%) do que o tempo que demorou o trabalho de parto (30,1%). A maioria das mulheres acha que o trabalho de parto demorou 'mais' ou 'muito mais' (51,7%) e apenas 18,2% considerou que demorou 'menos' ou 'muito menos' do que o esperado. Já o parto, demorou 'menos' ou 'muito menos' para muitas mulheres (34,2%), embora 26,6% tenham considerado que demorou 'mais' ou 'muito mais' do que o esperado.

A satisfação com as condições físicas da instituição após o parto é nula ou reduzida para mais de metade das participantes (51,8%), no entanto, as restantes estão 'bastante' ou 'muito' satisfeitas (48,2%). Já no que respeita à satisfação com a qualidade dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde após o parto, a maioria das participantes estão 'bastante' ou 'muito' satisfeitas (68,6%), embora algumas estejam pouco (22,4%) ou nada (9,0%) satisfeitas.

A satisfação com os cuidados e condições proporcionados pela instituição está presente nalgum grau na maioria das participantes quer durante o trabalho de parto (93,0%), quer durante o parto (93,0%), assim como a satisfação com os cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde no trabalho de parto (92,3%) e parto (94,4%).

Quando nos reportamos à *experiência positiva*, constatamos que o valor mínimo obtido nesta sub-escala é de 22 e o máximo de 81, sendo a média de 53,33. As respostas aos itens mostram que, para a maior parte das mulheres o trabalho de parto e parto não decorre de encontro com as suas expectativas prévias (69,9% e 68,5%, respectivamente), sendo que para muitas delas corre 'pior' ou 'muito pior' (46,9% e 35,7%, respectivamente) e para algumas 'melhor' ou 'muito melhor' (23,0% e 32,8%, respectivamente) do que o esperado. Nomeadamente, no que respeita à dor sentida, a maior parte das mulheres não confirma as suas expectativas prévias durante o trabalho de parto e parto (66,4% e 62,9%, respectivamente), sendo que durante o trabalho de parto a dor é 'pior' ou 'muito pior' do que o esperado (42,0%) para a maioria e apenas para algumas é 'melhor' ou 'muito melhor' (24,4%); no entanto, a maioria avalia o parto como 'melhor' ou 'muito melhor' (33,5%) e apenas algumas consideram que foi 'pior' ou 'muito pior' (29,4%).

A capacidade de controlo durante o trabalho de parto e parto é para a maioria das mulheres nula ou reduzida (78,4% e 79,1%, respectivamente), assim como a confiança durante o trabalho de parto e parto (56,5% e 62,8%, respectivamente) e a capacidade para sentir prazer ou satisfação durante o trabalho de parto e parto (88,8% e 76,9%, respectivamente), já que durante o trabalho de parto e parto apenas uma pequena parte da amostra sentiu 'bastante' ou 'muito' controlo (21,6% e 20,9%) confiança (43,5% e 37,2%) ou prazer e satisfação (11,2% e 23,1%).

A maioria das mulheres afirma ainda desconhecer de todo ou conhecer pouco os procedimentos envolvidos no trabalho de parto, parto ou pós-parto (70,0%, 74,2% e 71,3%, respectivamente) pois apenas algumas dizem ter 'bastante' ou 'muito' conhecimento acerca desses procedimentos (30,0%, 25,8% e 28,7% respectivamente). Não obstante, a maioria considera que foi 'bastante' ou 'muito' útil e cooperativa com os profissionais de saúde

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (58,8%, 55,3% e 68,6%, respectivamente), algumas pensam que foram ‘pouco’ ou ‘nada’ úteis e cooperativas (41,2%, 44,7% e 31,4%, respectivamente).

A generalidade das participantes encontra-se satisfeita nalgum grau com a forma como decorreu o trabalho de parto, parto e pós-parto (80,4%, 86,0% e 81,8%, respectivamente), mas uma considerável parte não está de todo satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto, parto e pós-parto (19,6%, 14,0% e 18,2%, respectivamente). De igual forma, as participantes encontram-se satisfeitas nalgum grau com o tempo que demorou o trabalho de parto, parto e pós-parto (67,1%, 83,2% e 80,4%, respectivamente), no entanto algumas não estão de todo satisfeitas com o tempo que demorou o trabalho de parto, parto e pós-parto (32,9%, 16,8% e 19,6%, respectivamente).

No que respeita à *experiência negativa*, verificamos que a média das pontuações obtidas se posiciona nos 29,33 e que o valor mínimo obtido nesta sub-escala é de 13 e o máximo de 48. De um modo geral, observamos que a maioria das mulheres sente algum grau de medo no trabalho de parto (80,4%) e parto (70,6%), sendo que apenas algumas não sentem medo no trabalho de parto (19,6%) e parto (29,4%). Verificamos igualmente que no trabalho de parto e parto, a maioria das participantes sente mal-estar nalgum grau (86,0% e 65,7%, respectivamente), embora algumas não sintam qualquer mal-estar nesta altura (14,0% e 34,3%, respectivamente).

A maioria das mulheres recorda o trabalho de parto e parto como doloroso (83,9% e 62,2%, respectivamente) dado que somente 16,1% das participantes no trabalho de parto e 37,8% no parto, os recordam como períodos ausentes de dor. A intensidade média e máxima de dor sentida no trabalho de parto foi considerada ‘extrema’ (24,4% e 43,3%, respectivamente) ou ‘moderada’ a ‘muita’ (44,1% e 35,7%, respectivamente) na maior parte dos casos, mas algumas relatam ter sentido ‘muito pouca’ a ‘alguma’ dor (14,7% e 7,0%, respectivamente) ou dor ‘mínima’ ou ‘nula’ (16,8% e 14,0%, respectivamente). Já no parto, a intensidade média e máxima de dor sentida foi avaliada como ‘mínima’ ou ‘nula’ (42,7% e 42,0%, respectivamente) na maior parte dos casos, embora haja quem relate ter sentido ‘muito pouca’ a ‘alguma’ dor (12,5% e 7,7%, respectivamente), ‘moderada’ a ‘muita’ (27,3% e 23,0%, respectivamente) ou ‘extrema’ (17,5% e 27,3%, respectivamente).

Não obstante, a satisfação com a dor sentida, tanto no trabalho de parto como no parto esteja presente nalgum grau (62,9% e 76,9%, respectivamente), uma percentagem significativa de participantes considera estar ‘nada’ satisfeita com a dor sentida durante o trabalho de parto (37,1%) e parto (23,1%).

No que se refere ao *relaxamento*, verificamos que, o valor mínimo obtido nesta sub-escala é de 2 e o máximo de 22, sendo a média das pontuações nesta sub-escala de 7,57. As respostas aos itens mostram que, durante o trabalho de parto e parto, grande parte das mulheres não utiliza métodos de respiração e relaxamento (46,9% e 60,8%, respectivamente), embora algumas recorram a estes métodos (53,1% e 39,2%, respectivamente), sendo que 74,3% e 81,7% (respectivamente) das participantes afirma que ‘pouco’ ou ‘nenhum’ relaxamento foram capazes de alcançar durante o trabalho de parto e parto, e apenas 25,7% e 18,3% julga ter sido capaz de alcançar ‘bastante’ ou ‘muito’ relaxamento. Assim sendo, na sua maioria, as mulheres avaliam que o relaxamento ajudou ‘pouco’ ou ‘nada’, quer durante o trabalho de parto (67,6%) quer durante o parto (63,3%), sendo que as restantes (32,4% e 36,7%) referem que ajudou ‘bastante’ ou ‘muito’.

No que respeita ao *suporte social*, constatamos que os valores mínimos e máximos obtidos são 3 e 12, sendo a média de 7,80. Os resultados mostram que o apoio é mais evidente durante o pós-parto, seguido pelo trabalho de parto e parto, dado que a maioria das mulheres contam com ‘bastante’ ou ‘muito’ apoio de familiares ou amigos durante o pós-parto (77,6%) e trabalho de parto (56,5%), embora não tanto durante o parto (39,2%).

Quando nos reportamos ao *suporte do companheiro*, observamos valores mínimos e máximos de 12 e 32, respectivamente, com média na sub-escala de 24,58. Durante o trabalho de parto, mais de metade da amostra afirma ter contado com ‘bastante’ ou ‘muito’ apoio do companheiro (69,9%), no entanto, durante o parto apenas 45,5% contaram com ‘bastante’ ou ‘muito’ apoio e, após o parto novamente uma grande maioria (89,5%) contou com ‘bastante’ ou ‘muito’ suporte por parte do companheiro. Assim durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, algumas mulheres dizem que não contaram ou contaram com pouco apoio por parte do companheiro (30,1%, 54,5% e 10,5%, respectivamente). A utilidade do suporte do companheiro está em consonância com a intensidade, sendo que é considerado com maior frequência ‘bastante’ ou ‘muito’ útil após o parto (91,6%) e no trabalho de parto (73,4%) do que no parto (46,9%). Apenas 11,9% das mulheres não conversaram com os companheiros acerca da experiência de parto, pelo que a maioria conversou (88,1%); das que conversaram, grande parte (73,2%) sente-se ‘bastante’ ou ‘muito’ melhor depois de o fazer.

A média obtida na sub-escala *preocupações* com a saúde própria e do bebé é de 35,48, sendo o valor mínimo 15 e o máximo 55. Verificamos que a preocupação com o estado de saúde próprio é nula com maior frequência durante o trabalho de parto, parto, pós-parto e no momento de preenchimento do questionário (39,2%, 37,1%, 30,8% e 30,1%, respectivamente), do que a preocupação com o estado de saúde do bebé (11,5%, 16,8%, 11,2% e 8,4%, respectivamente). Assim, a percentagem de mulheres que estão nalgum grau preocupadas com o seu estado de saúde durante o trabalho de parto, parto, pós-parto e no momento do preenchimento do questionário, embora elevada, é menos frequente (60,8%, 62,9%, 69,2% e 69,9% respectivamente), quando comparado com a percentagem de mulheres que se preocupam com o estado de saúde do bebé (88,5%, 83,2%, 88,8% e 91,6%, respectivamente).

A preocupação com as consequências do parto em si são igualmente menos prevalentes do que a preocupação com as consequências do parto no bebé, já que a preocupação com as consequências do parto em si é nula em 28,0% dos casos, reduzida em 49,7% dos casos e bastante ou muita nos restantes casos (22,3%), enquanto que a preocupação com as consequências do parto para o bebé é nula em apenas 25,9% dos casos, reduzida em 28,6% dos casos e bastante ou muita em quase metade dos casos (45,5%).

A maior parte das mulheres está de alguma forma preocupada com as dificuldades em amamentar e com o ganho de peso do bebé (73,4% e 81,1%, respectivamente), embora algumas não estejam de todo preocupadas com esses aspectos (26,6% e 18,9%, respectivamente).

Na sua maioria, as mulheres consideram que os companheiros estão ‘bastante’ ou ‘muito’ preocupados com a dor por elas sentida (82,5%), no entanto, algumas acham que estão ‘pouco’ (10,5%) ou ‘nada’ (7,0%) preocupados com a sua dor.

Finalmente, apenas algumas mulheres estão ‘bastante’ (17,5%) ou ‘muito’ (11,2%) preocupadas com o regresso a casa, visto que a maioria das mulheres está ‘pouco’ (29,3%) ou ‘nada’ (42,0%) preocupada com esse aspecto.

Os valores mínimos e máximos obtidos na sub-escala relativa à vivência do *pós-parto* são de 38 e 104, respectivamente. Constatamos que o pós-parto não decorre na maior parte dos casos de encontro com as expectativas prévias (59,4%) da mulher, sendo que na maior parte das vezes corre ‘pior’ ou ‘muito pior’ (44,8%) e noutras ‘melhor’ ou ‘muito melhor’ (14,6%). Assim, apenas 40,6% confirmam as suas expectativas prévias acerca da forma como decorre o pós-parto. A dor sentida é também ‘pior’ ou ‘muito pior’ do que o esperado para muitas mulheres (41,3%), embora algumas vejam as suas expectativas confirmadas (37,1%) ou superadas (22,6%). Já no que respeita ao tempo que demorou a recuperação, a maior parte das mulheres vêm as suas expectativas confirmadas (51,0%) mas algumas consideram que demorou ‘mais’ ou ‘muito mais’ (36,4%) e poucas superem as suas expectativas (12,6%). Já em relação ao tempo que demorou a tocar e pegar no bebé após o parto, grande parte das mães vê as suas expectativas confirmadas (49,7 e 48,3%, respectivamente), muitas pensam que demorou ‘mais’ ou ‘muito mais’ (35,0% e 39,9%, respectivamente) e algumas que demorou ‘menos’ ou ‘muito menos’ tempo do que o esperado (15,3% e 11,8%, respectivamente).

A generalidade das mulheres sente algum grau de controlo (79,0%), confiança (90,2%), prazer (86,0%), mas também medo (59,0%), mal-estar (82,5%) e dor (86,0%) após o parto, apesar de algumas não sentirem qualquer controlo (21,0%), confiança (9,8%), prazer (14,0%), medo (41,0%), mal-estar (17,5%) ou dor (14,0%).

A intensidade de dor sentida é classificada como sendo de ‘muito pouca’ a ‘muita’ pela esmagadora maioria das mulheres, quer durante o pós-parto imediato, quer no 1º dia, 2º dia ou no momento do preenchimento do questionário (75,6%, 71,4%, 74,9% e 66,5%, respectivamente). Algumas avaliam a dor sentida como ‘nula’ ou ‘mínima’ (16,7%, 9,7%, 13,2% e 29,2%, respectivamente), enquanto outras classificam a dor como ‘extrema’ (7,7%, 18,9%, 11,9% e 4,3%, respectivamente). A satisfação com a dor sentida após o parto é nula (28,7%) ou reduzida (37,1%) para a maior parte das mulheres, mas poucas estão ‘bastante’ (26,6%) ou ‘muito’ (7,6%) satisfeitas com a intensidade de dor sentida.

A dor experienciada não interfere, na maior parte dos casos, nos cuidados proporcionados ao bebé (55,2%) ou na relação com o companheiro (72,0%), algumas mulheres relatam contudo que interfere de algum modo nos cuidados proporcionados ao bebé (44,8%) ou na relação com o companheiro (28,0%). No entanto a dor parece interferir mais na realização das actividades do dia-a-dia (82,5%) e nas actividades sociais (59,4%) para a maior parte das mulheres, pelo que apenas algumas afirmam não interferir de todo quer nas actividades do dia-a-dia (17,5%) quer nas actividades sociais (40,6%).

Os equipamentos médicos utilizados não causam mal-estar à maioria das participantes (60,8%) embora muitas sintam algum grau de mal-estar provocado pelos equipamentos médicos (39,2%).

A maior parte das mulheres aproveitaram ‘bastante’ ou ‘muito’ o primeiro contacto com o bebé (68,6%), embora algumas aproveitassem ‘pouco’ (27,2%) ou não tivessem sido de todo capazes de aproveitar esse momento (4,2%). No entanto, na sua maioria estão satisfeitas nalgum grau com o tempo que demorou a tocar e a pegar no bebé após o parto (85,3% e 81,1%, respectivamente); contudo uma percentagem significativa não está de todo satisfeita com o tempo que decorreu entre o parto e poder tocar e pegar no bebé (14,7% e 18,9%, respectivamente).

A maioria das mulheres não expressa qualquer tipo de dificuldade em cuidar do bebé (60,8%), no entanto, algumas expressam ‘um pouco’ (34,3%), ‘bastante’ (3,5%) ou ‘muita’ (1,4%) dificuldade na prestação destes cuidados.

Finalmente, analisando a *Escala Total*, verificamos que os valores oscilam entre 189 e 371 (valor mínimo e máximo, respectivamente), sendo a média de 282,07.

### **Antecipação e Experiência de Parto**

Pretendemos agora analisar a relação entre a antecipação e experiência de parto. Para tal, recorreremos ao teste paramétrico de correlação de *Pearson* que permite analisar a relação entre variáveis para uma mesma amostra. Desta forma, estudamos a relação entre as expectativas quanto ao parto avaliadas durante a gravidez (QAP) e a percepção da experiência efectiva de parto avaliada na primeira semana que se segue ao parto (QESP) (cf. Quadro 3).

#### Quadro 3

Dimensões de antecipação e experiência de parto analisadas

<b>Antecipação de Parto</b>	<b>Experiência de Parto</b>
Planeamento e preparação para o parto	Condições e Cuidados
Expectativas quanto ao parto	Experiência Positiva
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Experiência Negativa
Expectativas quanto ao pós-parto	Relaxamento
Expectativas quanto à relação com o e com o companheiro	Suporte Social
Expectativas quanto ao suporte social	Suporte do Companheiro
Escala Total	Preocupações
	Vivência de pós-parto
	Escala Total

Verificamos que as dimensões de antecipação do parto relacionadas com o *planeamento e preparação para o parto*, as *expectativas quanto ao parto*, *expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro* e *quanto ao suporte social*, bem como a *antecipação global* não se correlacionam significativamente com a experiência de parto em nenhuma das dimensões consideradas no estudo.

No entanto, a subescala das *preocupações com a saúde e consequências adversas do parto* relaciona-se de forma estatisticamente significativa com o *suporte social* durante a experiência de parto ( $r=0,17$ ,  $p=0,048$ ), dado que menores preocupações com a saúde e consequências adversas do parto durante a gravidez se relacionam com maior suporte social durante o parto. Por seu turno, as *expectativas quanto ao pós-parto* relacionam-se positiva e significativamente com a *vivência efectiva do pós-parto* ( $r=0,17$ ,  $p=0,047$ ), dado que expectativas mais positivas relativas ao pós-parto se relacionam com uma vivência efectiva mais positiva deste período (cf. Quadro 4).

## Quadro 4

Teste de correlação de *Pearson* para analisar a correlação entre as subescalas de antecipação de parto e as subescalas de experiência de parto

Experiência de Parto	QAP1		QAP2		QAP3		QAP4		QAP5		QAP6		QAPtotal	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Condições e Cuidados	0,08	ns	0,02	ns	0,02	ns	0,02	ns	0,01	ns	0,07	ns	0,03	ns
Experiência Positiva	0,04	ns	0,01	ns	0,08	ns	0,01	ns	0,08	ns	0,00	ns	0,02	ns
Experiência Negativa	0,01	ns	0,01	ns	0,14	ns	0,04	ns	0,06	ns	0,05	ns	0,08	ns
Relaxamento	0,12	ns	0,07	ns	0,10	ns	0,09	ns	0,06	ns	0,01	ns	0,03	ns
Suporte Social	0,11	ns	0,02	ns	0,17	ns	0,03	ns	0,10	ns	0,08	ns	0,04	ns
Suporte do Companheiro	0,04	ns	0,08	ns	0,08	ns	0,03	ns	0,11	ns	0,08	ns	0,03	ns
Preocupações	0,06	ns	0,08	ns	0,03	ns	0,10	ns	0,02	ns	0,11	ns	0,11	ns
Pós-Parto	0,10	ns	0,08	ns	0,13	ns	0,17	ns	0,04	ns	0,03	ns	0,10	ns
Escala Total	0,08	ns	0,03	ns	0,08	ns	0,03	ns	0,07	ns	0,05	ns	0,01	ns

Legenda: QAP1 – Planeamento e preparação para o parto; QAP2 – Expectativas quanto ao parto; QAP3 – Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto; QAP4 – Expectativas quanto ao pós-parto; QAP5 – Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro; QAP6 – Expectativas quanto ao suporte social; QAPtotal – Antecipação de parto; ns-não significativo

## DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo mostram que a maioria das mulheres não planeou ainda o seu parto ao 2º trimestre de gravidez, uma vez que, na sua generalidade, ainda não escolheu como quer que o seu parto ocorra, desconhece os procedimentos médicos relativos ao trabalho de parto e parto e, embora considere importante, ainda não treinou métodos de respiração e relaxamento. Apesar do sentimento de confiança ser elevado, as expectativas são de vir a sentir muita dor e medo e, conseqüentemente, são diminutas as expectativas de controlo. Em consonância com este resultado estão os encontrados por vários outros investigadores que relatam a antecipação de medo durante a experiência de parto (*e.g.*, Areskog, et al., 1981; Heymans & Winter, 1975, Hofberg & Brockington, 2000) e por Ip et al. (2003) que verificaram que as mulheres têm expectativas reduzidas no que toca às suas próprias capacidades para lidar com as exigências do parto. De uma forma geral, estão presentes preocupações com o estado de saúde própria e do bebé, tal como tínhamos já anteriormente verificado (Pacheco et al., 2003) e como relatam outros investigadores que constatarem que o medo de parto se relaciona essencialmente com a percepção do risco para a saúde da mulher e do bebé (*e. g.*, Melender, 2001; Saisto et al., 2001a; Sjogren, 1997). No entanto, as expectativas quanto à capacidade de proporcionar cuidados ao bebé e respeitantes à relação com o bebé e com o companheiro são positivas, tal como as de suporte por parte do companheiro, familiares ou amigos. Também Beaton e Cupton (1990) verificaram que as

expectativas das grávidas no que respeita ao suporte de pessoas significativas são positivamente elevadas.

Quanto à avaliação da experiência de parto, as expectativas são confirmadas em relação às condições físicas e cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde sendo que, apesar da satisfação com o primeiro aspecto não ser elevada é-o em relação ao segundo aspecto. O trabalho de parto e parto decorrem de forma pior do que o esperado para a maioria das mulheres, particularmente no que respeita à dor sentida. Os sentimentos de controlo, confiança, prazer e satisfação são reduzidos durante a experiência, tal como os conhecimentos relativos aos procedimentos médicos. Por seu turno, a experiência de medo, mal-estar e dor está presente. Este resultado está em consonância pelo obtido por DiMatteo, Kahn, e Berry (1993) e por Fridh e Gaston-Johansson (1990) que verificaram que para além das mulheres sentirem mais dor do que o esperado durante a experiência de parto têm também reacções emocionais inesperadas.

Não obstante, a satisfação com a experiência está presente na maior parte das participantes, nomeadamente com o tempo que decorreu a experiência. Também Waldenstrom et al. (1996) verificaram que a maioria das mulheres, apesar de vivenciarem elevados níveis de dor, considera que a experiência de parto é gratificante, pelo que a avaliam positivamente. Os métodos de respiração e relaxamento não são usados na maioria dos casos e, quando usados não se mostram eficazes. Útil e eficaz parece ser o apoio do companheiro, principalmente durante o pós-parto e trabalho de parto, alturas em que está mais presente. A experiência de parto é partilhada com o companheiro na maior parte dos casos e contribui para o bem-estar materno. Também outros autores constataram que o suporte emocional por parte de figuras significativas contribui para uma melhor experiência emocional de parto (*e.g.*, Cranley et al., 1983; Marut & Mercer, 1979).

A preocupação com o estado de saúde próprio e do bebé está igualmente presente no nosso estudo como noutros estudos (Saisto et al., 2001a). Alguma preocupação com as consequências do parto para a própria, mas principalmente para o bebé estão presentes; sobressaem, no entanto, as preocupações com a amamentação e ganho de peso do bebé.

O pós-parto não decorre de encontro com expectativas prévias, nomeadamente no que respeita à dor sentida, que é mais elevada. A grande maioria das mulheres sente maior capacidade de controlo, confiança e prazer nesta altura, mas sente também medo e dor. Apesar de tudo, a dor não interfere nos cuidados ao bebé ou na relação como companheiro e com o bebé; interfere, no entanto nas actividades do dia-a-dia e sociais. A satisfação com o tempo para pegar e tocar no bebé é elevada, assim como a capacidade para aproveitar o primeiro contacto com o bebé.

Foi possível constatar que algumas dimensões da antecipação do parto, avaliadas durante a gravidez, se relacionam positiva e significativamente com a experiência do parto: expectativas mais positivas no que concerne à experiência de parto relaciona-se com melhor experiência efectiva do pós-parto e menores preocupações com a saúde e consequências adversas do parto relacionam-se com maior suporte social durante o parto. Estes resultados levam-nos a pensar que provavelmente as mulheres mais preocupadas com a saúde e consequências adversas do parto são aquelas que dispõem à partida de menor suporte por parte de significativos, o que pode ocorrer por dois motivos distintos: ou porque eles não existem de facto ou porque ela não dispõe de recursos para mobilizar o suporte social disponível.

No entanto, não encontramos qualquer relação entre as restantes dimensões de antecipação do parto e a experiência efectiva de parto, nomeadamente ao nível do planeamento e preparação para o parto. Pelo contrário, Crowe e von Baeyer (1989) constataam que maior conhecimento acerca do parto se relaciona com menores níveis de dor e uma experiência de parto mais positiva. No entanto, neste estudo, os investigadores analisaram a experiência de parto em mulheres que frequentaram aulas especificamente orientadas para a educação para o parto. No nosso estudo, a preparação e planeamento do parto reporta-se à decisão acerca do local e tipo de parto, ao treino de métodos de respiração e relaxamento e ao conhecimento acerca dos procedimentos relativos ao trabalho de parto e parto que, tal como reportamos, são escassos na maior parte das mulheres da amostra, o que não seria de esperar caso elas frequentassem aulas de preparação para o parto. Na direcção dos nossos resultados Lundgren, Berg, e Lindmark (2003) constataam que o planeamento do parto não se relaciona com uma melhor experiência global de parto, apesar de ser benéfico para algumas mulheres em termos do medo, dor e preocupação em relação ao bebé.

Concluimos por isso que, há vários factores a considerar quando se pretende analisar a temática de experiência de parto, no sentido de intervir preventivamente para reduzir experiências adversas, susceptíveis de interferir no bem-estar global das mães, pais e bebés. Deste modo, a informação, o suporte emocional de profissionais e significativos (e.g. Hodnett, 2002), bem como o envolvimento em tomadas de decisão relativas a procedimentos médicos (e.g. Cranley et al., 1989), são alguns dos pontos que podem e devem ser implementados/melhorados serviços de saúde materno-infantis e que contribuiriam certamente para o melhoramento das experiências dos pais.

Dado o impacto da antecipação do parto ao nível da vivência emocional durante o período gestacional e da própria qualidade da experiência de parto, torna-se relevante perguntar à grávida acerca dos seus sentimentos e percepções quanto à gravidez actual e parto, bem como proporcionar às mulheres que expressam expectativas menos favoráveis uma oportunidade para as discutir (Melender, 2002). A detecção precoce de dificuldades ao nível da antecipação do parto constitui-se de extrema importância, uma vez que tal percepção se relaciona com a experiência de parto (Scott-Heyes, 1982). Deste modo, para o bem-estar da mulher e do bebé, é essencial que os profissionais de saúde tomem medidas especializadas apropriadas que favoreçam a antecipação positiva do parto, as quais têm vindo a ser apontados por investigações fidedignas nesta área.

## REFERÊNCIAS

- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12(5), 262-266.
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1983) Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 16(1), 1-12.
- Beaton, J., & Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*, 6(3), 133-139.
- Brazelton, T. B. (1981). *On becoming a father*. New York, Delacort Press.
- Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G., & Visser, G. H. (2003). Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging*, 24(1), S53-60; S67-68.

- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2005). Questionário de Antecipação do Parto (QAP). *Psicologica*, 38, 256-295.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003b). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XXVI(6), 265-306.
- Cranley, M. S., Hedahl, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32(1), 10-15.
- Crowe, K., & von Baeyer, C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16(2), 59-63.
- de Oliveira, S. M., Riesco, M. L., Miya, C. F., & Vidotto, P. (2002). Type of delivery: women's expectations. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(5), 667-674.
- DiMatteo, M. R., Kahn, K. L., & Berry, S. H. (1993). Narratives of birth and the postpartum: analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth*, 20(4), 204-211.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Camey, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303-314.
- Doering, S. G., Entwisle, D. R. (1975). Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(5), 825-837.
- Field, T. M., Windmayer, S. M., Stringer, S., & Ignatoff, E. (1980). Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. *Child Development*, 51(2), 426-436.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17(3), 140-151.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2, 13-27.
- Fridh, G., & Gaston-Johansson, F. (1990). Do primiparas and multiparas have realistic expectations of labor. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 69(2), 103-109.
- Fridh, G., Kopare, T., Gaston-Johansson, F., & Norvell, K. T. (1998). Factors associated with more intense labor pain. *Research in Nursing & Health Journal*, 11(2), 117-124.
- Gainer, M., & Van Bonn, P. (1977). *Two factors affecting the cesarean delivered mother: father's presence at the delivery and postpartum teaching*. Ann Arbor, University of Michigan (tese de mestrado não publicada).
- Garel, M., Lelong, N., & Kaminski, M. (1988). Follow-up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Human Development*, 16(2-3), 271-282.
- Gevry, H., & Goulet, C. (1994). Importance and realization of expectations of the experience of childbirth in primiparas. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13(1), 55-72.
- Glosten, B. (1999). Epidural and spinal analgesia/anesthesia. In D. H. Chestnut (Ed.). *Obstetric Anesthesia – Principles and Practice* (pp 360-385). St. Louis, Missouri. Mosby.
- Goldberg, A. B., Cohen, A., & Lieberman, E. (1999). Nulliparas' preferences for epidural analgesia: their effects on actual use in labor. *Birth*, 26(3), 139-143.

Green, J. M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth, 20*(2), 65-72.

Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., & Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery, 11*(3), 130-137.

Heaman, M., Beaton, J., Gupton, A., & Sloan, J. (1992). A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. *Clinical Nursing Research, 1*(3), 252-265.

Heymans, H., & Winter, S. T. (1975). Fears during pregnancy. An interview study of 200 postpartum women. *Israel Journal of Medical Science, 11*(11), 1102-1105.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 186*(5 Suppl Nature), S160-172.

Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry, 176*, 83-85.

Ip, W. Y., Chien, W. T., & Chan, C. L. (2003). Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing, 42*(2), 151-158.

Knight, R. G., & Thirkettle, J. A. (1987). The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *Journal of Psychosomatic Research, 31*(3), 351-357.

Low, L. K., Martin, K., Sampelle, C., Guthrie, B., & Oakley, D. (2003). Adolescents' experiences of childbirth: contrasts with adults. *Journal of Midwifery Women's Health, 48*(3), 192-198.

Mackey, M. C. (1998). Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursingconnections, 11*(3), 19-32.

Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research, 28*(5), 260-266.

McCrea, B. H., & Wright, M. E. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing, 29*(4), 877-884.

Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery Womens Health, 47*(4), 256-263.

Morgan, B. M., Bulpitt, C. J., Clifton, P., & Lewis, P. J. (1982). Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet, 2*(8302), 808-810.

Mosallam, M., Rizk, D. E., Thomas, L., & Ezimokhai, M. (2004) Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 269*(3), 181-187.

Niven, C. (1988). Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6*, 83-87.

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2003). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 7*(1), 7-41.

Paech, M. J. (1991). The King Edward Memorial Hospital 1,000 mother survey of methods of pain relief in labour. *Anaesthesia and Intensive Care, 19*(3), 393-399.

- Rondo, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 266-272.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25(4), 246-251.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201.
- Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O., & Halmesmaki, E. (2001a), Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 93(2), 123-127.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmaki, E. (2001b), Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Scott-Heyes, G. (1982). The subjective anticipation and evaluation of childbirth and anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 55(1), 53-55.
- Sjogren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18(4), 266-272.
- Thune-Larsen, K. B., & Moller-Pedersen, K. (1988). Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6(4), 229-240.
- Waldenstrom, U., Borg, I. M., Olsson, B., Skold, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 23(3), 144-153.
- Windridge, K. C., & Berryman, J. C. (1999). Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 26(1), 16-23.
- Wright, M. E., McCrea, H., Stringer, M., & Murphy-Black, T. (2000). Personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1168-1177.