

TERCEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ: EXPECTATIVAS E EMOÇÕES SOBRE O PARTO

Marta Pedreira¹✉, & Isabel Leal^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal; ² William James Center for Research.

RESUMO- A mudança na forma como a gravidez é vivenciada pela família juntamente com a facilidade de acesso à informação sobre esta temática, têm desafiado a perceção do parto como sendo unicamente um ato médico, o que implicou alterações nas representações sobre a gravidez. Deste modo, pretende-se analisar as vivências emocionais e as expectativas que a grávida no terceiro trimestre tem relativamente ao parto. Consiste num estudo qualitativo descritivo e exploratório, baseado numa amostra de 30 grávidas, de nacionalidade portuguesa, cuja média de idades é de 32 anos. Realizou-se um questionário sociodemográfico e uma entrevista semi-directiva intitulada *Interview of Maternal Representations During Pregnancy – Revised Version* (IRMAG-R, Ammaniti & Tambelli, 2010). Os resultados demonstram que nesta fase da gestação há uma envolvimento afetiva intensa com o bebé, que se projeta nas preocupações relativas ao seu bem-estar no pós-parto e em menor número nas preocupações durante o parto. As expectativas são positivas. A grávida espera ter um parto rápido, fácil, com pouca intervenção médica, em que a dor é percebida como um fator intrínseco ao acontecimento. Apresenta uma postura de confiança, em que a ansiedade é caracterizada pelo desejo de querer conhecer o bebé real. Pretende que o pai do bebé esteja presente durante o parto e refere a sua mãe como figura principal de suporte no pós-parto. Torna-se fundamental ajudar a mulher ao longo da gestação a lidar com estas questões e a formular expectativas saudáveis de modo a adaptar-se à nova fase da sua vida.

Palavras-chave- Terceiro trimestre de gravidez; Parto; Expectativas; Vivência Emocional; Preocupações; Rede Social

THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY: EXPECTATIONS AND EMOTIONS CONCERNING THE CHILDBIRTH

ABSTRACT- Transformations in the way of how pregnancy is experienced in the family, along with the facility of access to information on this subject, have challenged the perception of childbirth as being merely a medical act. This implies alterations on the representations of pregnancy. Consequently, we intend to analyze the emotional experiences and the expectations that the pregnant woman has in relation to childbirth in the third trimester. It consists of a qualitative, descriptive and exploratory research based on a sample of 30 pregnant Portuguese women whose average age is 32 years old. A socio-demographic

✉ ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal. Avenida Via Láctea, nº23, 3ºA, Serra das Minas, 2635-582 Rio de Mouro. Telef.: 968025161. E-mail: marta15ornelas@gmail.com

questionnaire and a semi-directive interview entitled *Interview of Maternal Representations During Pregnancy – Revised Version* (IRMAG-R, Ammaniti & Tambelli, 2010) were carried out. The results show that on this stage of pregnancy there is an intense emotional involvement with the baby, which is projected on concerns regarding his well-being in the postpartum and, on a smaller scale, on concerns during childbirth. The expectations are positive. The pregnant woman expects a fast and easy childbirth, with little medical intervention, and pain is perceived as an intrinsic factor. She shows a confident posture, in which the experienced anxiety is characterized by the desire to know the real baby. She desires the baby's father to be present during birth and refers her mother as the main figure of support during the postpartum period. It is fundamental to help women during pregnancy in dealing with these issues and formulating healthy expectations in order to adapt to the new phase of her life.

Key-words- Third Trimester of Pregnancy; Childbirth; Expectations; Emotional Experience; Concerns; Social Network

Recebido em 02 de Setembro de 2014 /Aceite em 29 de Junho de 2015

Durante a gestação a mulher elabora um conjunto de expectativas relativas ao momento do parto. Estas expectativas têm sido influenciadas pela percepção de que o parto resume-se a uma intervenção médica, à qual está associada maior segurança tanto para mulher como para o bebé (Inhorn, 2006; Kitzinger, et al., 2006). Este tipo de percepção dá primazia à dimensão fisiológico em detrimento da dimensão psicossocial do parto, contribuindo para que a mulher tenha menor controlo no processo, passando de uma posição de sujeito para uma posição de objeto (Johanson, Newburn, & MacFarlane, 2002) Contudo, esta perspetiva tem sido desafiada pelas mudanças ocorridas na sociedade.

Tem-se observado a tendência em interpretar-se a vivência da gravidez como um acontecimento privado, dando enfoque ao núcleo familiar e à sua dimensão emocional (Nascimento, 2003). Por outro lado, o conhecimento proveniente da partilha de experiências foi substituído pela facilidade de acesso à informação especializada nestas temáticas (Nascimento, 2003), o que permitiu à mulher recuperar algum do controlo e poder de decisão. Deste modo, parece existir indícios de estar a ocorrer, progressivamente, a inversão da preponderância da perspetiva fisiológica para uma perspetiva psicossocial do parto. Estes desafios implicam que haja redefinições nas vivências e expectativas associadas ao parto. Tornando-se relevante aprofundar esta temática através da perspetiva da grávida no terceiro trimestre de gestação.

O parto não sendo um acontecimento neutro, implica vivenciar um conjunto complexo de sentimentos, que não se cingem ao acontecimento em si, mas que também englobam as expectativas sobre a vivência prévia ao parto como também em relação ao período de pós-parto. De acordo com esta perspetiva procuramos, em seguida, analisar a complexidade destes sentimentos.

Apesar da satisfação vivenciada pela mulher por estar a terminar uma gestação bem-sucedida, não invalida a que perceciona um elevado nível de ansiedade (Figueiredo, 2000). A ansiedade centra-se no receio de não ser capaz de identificar atempadamente os primeiros sinais de trabalho de parto e assim colocar em risco a vida do bebé (Brazelton & Cramer, 2004). Este sentimento também é referido quando perceciona que não existe uma forma fácil de ultrapassar o parto bem como ao acontecer, irá implicar e consolidar inúmeras transformações na sua vida, às quais questiona a sua capacidade de adaptação (Brazelton & Cramer, 2004; Conde & Figueiredo, 2003). Deste modo, a ansiedade vivenciada reflete a pressão sentida em confirmar a sua competência feminina de gerar, de cuidar e de nutrir um outro ser (Stern, 1997).

Com o final da gestação a grávida vivencia um período de tristeza associado à perda do estatuto de grávida. Este estatuto pressupõe a vivência de um conjunto de particularidades que modificaram por completo a sua posição perante a sociedade, perante a sua rede social e perante si própria (Canavarro, 2006). Apesar da tristeza, paradoxalmente, a grávida é impelida a querer usufruir de forma energética de todas as regalias associadas ao seu estatuto (Raphael-Leff, 2005).

A elaboração do processo de luto não se centra unicamente em relação ao estatuto de grávida, mas também em relação ao bebé imaginário, que ao longo dos nove meses teve um papel de destaque no seu pensamento e comportamento (Raphael-Leff, 2005). Nesta fase, passa a existir um menor número de representações sobre o bebé. De acordo com a literatura existente, ao realizar este processo de luto a grávida estará a proteger-se de possíveis deceções que possam surgir quando ocorrer a confrontação com o bebé real (Ammaniti, 1991; Vizziello, Antonioli, Cocci, & Invernizzi, 1993).

O medo de ter prejudicado o desenvolvimento do bebé ao longo da gravidez por algum tipo de comportamento inapropriado também tem um papel de destaque (Brazelton & Cramer, 2004; Melender, 2002b). Para que este sentimento não seja bloqueador na vivência dos últimos meses, a grávida tem a necessidade de sobrevalorizar as interações do bebé e assumi-lo como um ser separado de si (Brazelton & Cramer, 2004). Contudo, o medo vivenciado também é direcionada para si própria. No seu caso, existe o medo de castração, o medo de após o parto percecionar um vazio interno e o medo da morte (Raphael-Leff, 2005). Todos estes medos não são resultado apenas da experiência presente, podem refletir também experiências passadas, interpretadas como eventos negativos (Raphael-Leff, 2005).

Além dos medos identificados anteriormente, existe um ao qual as investigações têm dado grande enfoque – medo da dor durante o parto (e.g. MacLean, McDermott, & May, 2000). Segundo a literatura, verificou-se que este medo é mencionado pela grávida de forma intercultural, variando apenas o grau de importância atribuído (Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002). Tende a ser percecionado como sendo um dos poucos dados concretos que a grávida reconhece relativamente ao momento do parto, perante a imprevisibilidade inerente ao acontecimento (Figueiredo, et al., 2002). Também reflete o paradoxo entre o medo da morte e a curiosidade de conhecer uma nova vida.

A vivência intensa destes sentimentos define as expetativas sobre o parto. Deste modo, a grávida tende a percecionar como sendo um acontecimento difícil; algo que será doloroso; em que a mulher não terá confiança e controlo bem como terá medo de possíveis consequências negativas para si como para o bebé (e.g. Figueiredo, et al., 2002; Hofberg & Brockington, 2000; Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005). Estas expetativas menos positivas fazem com que a grávida necessite de recorrer a estratégias, que proporcionem um contexto de ordem e de previsibilidade, de forma a controlar a complexidade destes sentimentos (Pacheco, et al., 2005; Raphael-Leff, 2005).

O apoio percecionado dos profissionais de saúde materna é retratado como fundamental pela capacidade que têm de responder às necessidades físicas e psicológicas da grávida relativamente ao parto como também ao período do puerpério (Bowers, 2002; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Raphael-Leff, 2005; Records & Wilson, 2011). A mulher nesta fase assume uma posição de mediadora entre as indicações destes profissionais e o bebé, numa constante auto-observação (Raphael-Leff, 2005). Este tipo de suporte pretende ajudar a mulher a adaptar-se às exigências do novo papel (Phipps, Charlton, & Diez., 2009), desenvolvendo expetativas reais e saudáveis sobre o parto (Goodman, et al., 2004). Existindo suporte durante o processo de parto por estes profissionais, a mulher tende a experienciar o momento com maior satisfação (Green & Baston, 2003; Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000).

O suporte da rede social também tem um grande impacto na forma como esta lida com as vivências físicas e emocionais (Pacheco, et al., 2005). Estudos realizados nesta área verificaram que relativamente ao suporte no momento do parto a mulher é bastante seletiva, dando enfoque à mãe, à irmã e à sogra (Figueiredo, Costa, & Morais, 1982). Cada vez mais o pai do bebé começa a ser mencionado como sendo a figura principal de apoio no parto (Relvas & Lourenço, 2006). A reflexão sobre o suporte da rede social da grávida não é realizada exclusivamente sobre o momento do parto, também é feita relativamente ao

pós-parto, uma vez que há um redimensionar de todas as relações, a nível dos papéis e tarefas que cada um desempenha (Canavarro, 2006; Relvas & Lourenço, 2006).

Devido ao impacto que o parto tem na vida da mulher e em todos os envolventes, é importante garantir a promoção de expectativas realistas e desse modo, ajudar a mulher a conseguir uma experiência satisfatória perante a separação física entre si e o bebé. Deste modo, a presente investigação, definiu como objetivo de estudo compreender as vivências emocionais e as expectativas da grávida, no terceiro trimestre de gravidez, sobre a temática parto.

MÉTODO

A presente investigação consiste num estudo qualitativo exploratório descritivo. Esta metodologia não procura verificar hipóteses, mas analisar um conjunto de dados subjetivos, que serão descritos de forma rigorosa, sem existir manipulação da informação a fim de uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Participantes

Através de um processo de amostragem não probabilístico de conveniência foi possível aceder a 30 grávidas de nacionalidade portuguesa (20 primíparas e 10 múltíparas) no terceiro trimestre de gravidez (entre 28 e 41 semanas). Com idades entre os 27 e os 42 anos ($M=32$ anos, $DP=4,0$ anos). Maioritariamente católicas (90%) e casadas ou a viver maritalmente (90,0%). Os graus de escolaridade mais frequentes são ensino secundário (37%) e licenciatura (37%). Todas as gestações são desejadas (100%) e essencialmente planeadas (83%). A maioria sem complicações (77%) e designadas por gestações normais (93%). Até ao momento da participação tinham realizado, em média, 5 ecografias ($DP= 2,9$ ecografias). Durante o acompanhamento da gravidez a presença do pai nas consultas foi expressiva (73%). Metade das grávidas recorreu a instituições de saúde pública (50%), uma outra parte significativa a instituições de saúde privada (40%) e uma minoria a ambas (10%).

Material

Questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para a investigação a fim de caracterizar a amostra. Este material pretende identificar a idade, as habilitações literárias, a profissão, o estado civil, a nacionalidade, a naturalidade e o número de filhos. Em relação ao processo gravídico questiona-se se foi uma gravidez planeada, se foi desejada, se houve complicações, que tipo de gravidez (de risco ou normal), número de semanas, número de ecografias realizadas, a presença do pai nas idas ao médico e a instituição de saúde onde é acompanhada.

Interview of Maternal Representations during Pregnancy – Revised Version (IRMAG-R; Ammaniti & Tambelli, 2010) consiste numa entrevista semi-diretiva que tem como objetivo aceder às representações da grávida durante o terceiro trimestre sobre esta fase da gestação. Foi traduzida para língua portuguesa. A entrevista é constituída por 41 questões, organizadas em sete partes, com objetivos distintos. A primeira parte permite analisar a forma como a grávida organiza e expressa a sua vivência. A segunda parte centra-se na temática do desejo de maternidade enquadrada na história pessoal e conjugal da grávida. A terceira parte nas reações à notícia da gravidez. A quarta parte é sobre as emoções e mudanças que ocorreram em todas as áreas da sua vida. A quinta parte destina-se a analisar as perceções, as emoções, as fantasias e o espaço mental destinado ao bebé. A sexta parte apresenta questões sobre as expectativas relativas ao futuro e às possíveis mudanças. Por último, procura-se aprofundar a história de vida da grávida. Como se observa, na descrição realizada anteriormente, não existe um conjunto de questões dirigidas exclusivamente às temáticas relacionadas com o parto e sendo as perguntas de resposta aberta, implicou que a análise de conteúdo às entrevistas fosse realizada na íntegra.

Procedimento

No primeiro contacto com as grávidas era explicado o objetivo do estudo e o tipo de participação. Concedida a autorização para participar no estudo era marcado um novo encontro, respeitando os princípios éticos recomendados na declaração de Helsínquia. Nesse encontro as grávidas assinavam o *Consentimento informado*, preenchia-se o *Questionário sociodemográfico* para caracterização da amostra e realizava-se a entrevista intitulada *Interview of Maternal Representations during Pregnancy – Revised Version* (IRMAG-R; Ammaniti & Tambelli, 2010). O facto de ser uma entrevista semi-diretiva possibilitou fazer diversos reajustamentos ao guião pré-estabelecido a fim de se obter uma resposta aberta e exaustiva sobre as temáticas. A duração variava entre 30 a 60 minutos de acordo com o tipo de resposta da grávida. É importante ressaltar, que a utilização deste material só foi possível no presente estudo após a autorização dos autores ao pedido realizado. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Garantiu-se o critério de anonimato e de confidencialidade das participantes ao longo do processo, sendo atribuída a cada entrevista um código (e.g. E1). Estes procedimentos permitiram realizar a análise de conteúdo, que será descrita na secção de tratamento de dados.

Tratamento de dados

Todas as transcrições das entrevistas das grávidas, no terceiro trimestre, foram analisadas a nível do seu conteúdo (Bardin, 1994). As seis categorias e as respetivas subcategorias foram criadas de acordo com a literatura existente sobre a temática em estudo (e.g. Figueiredo, et al., 2002; Goodman, et al., 2004; Melender, 2002b; Raphael-Leff, 2005) bem como através das particularidades que emergiram das respostas das grávidas. Na análise de conteúdo não se considerou a frequência das respostas de cada grávida, uma vez que o peso de uma narrativa ou de várias narrativas sobre uma determinada categoria e/ou subcategoria têm igual relevância. Assim, considerou-se apenas a frequência do número de grávidas. A fim de garantir a validade e fiabilidade da análise, esta foi realizada por dois juízes independentes, que analisaram separadamente as entrevistas e cada juiz analisou em dois momentos distintos. Em caso de discordância recorria-se a um terceiro juiz. Realizada a categorização do conteúdo os dados foram interpretados segundo o conhecimento existente.

RESULTADOS

De forma analisar as expetativas e as emoções relativas ao parto, segundo a perceção da grávida no terceiro trimestre, foram criadas seis categorias. A categoria que é mencionada pelo maior número de grávidas é designada por *Envolvência afetiva com o bebé* (96%) e em seguida surge a categoria *Expectativas sobre o parto* (70%). A categoria *Preocupações após o parto* (63%) bem como *Suporte da rede social* (63%) são temáticas mencionadas pelo mesmo número de grávidas. Por último, com menor representatividade, surge a categoria *Sentimentos em relação ao parto* (53%) e a categoria *Preocupações sobre o momento do parto* (47%). Em seguida, serão apresentadas e analisadas segundo a ordem de representatividade.

Envolvência afetiva com o bebé

Esta categoria analisa o grau de investimento emocional mencionado pela grávida no terceiro trimestre em relação ao bebé. No Quadro 1 estão presentes as três subcategorias que têm como objetivo caracterizar a relação. A subcategoria com maior representatividade é *Singularidade da relação* (97%). Nesta subcategoria, observa-se que a grávida no terceiro trimestre percebe a existência de uma relação entre si e o bebé, com uma dimensão emocional intensa, diferenciada de qualquer outro tipo de relação e vivenciada de forma satisfatória (*“É engraçada! (...) Tranquila e amorosa. Uma coisa mais quentinha!”*,

E5; “*Nem sei como hei te explicar, acho que só sentindo.*”, E4; “*É diferente de qualquer outra relação que tenha tido.*”, E23). Em seguida, surgem as subcategorias que evidenciam particularidades através das quais a grávida percebe e define a relação. Prevalecendo a comunicação verbal (62%; “*Eu falo muito com ele! Estou sempre a falar com ele, é normal! É uma ligação!*”, E7; “*Falo com ela todos os dias, várias vezes...*”, E23), em seguida os movimentos fetais (41%; “*O mexer é muito giro...*”, E15; “*...se eu acordo de manhã e ele não está a mexer e eu puser a mão na barriga e dizer “Olá! Bom dia! Mexe lá e dá bom dia à mãe!*”, ele mexe. *É giro essa sensação!*”, E17) e em menor número as ecografias (7% “*...é giro! (...) Eu acho que a expectativa está toda agora.*”, E20; “*É emocionante!*”, E16).

Quadro 1.

Frequência do número de grávidas para a categoria Envolvência afetiva com o bebé

Envolvência afetiva com o bebé (N = 29)	
	Número de grávidas
<i>Singularidade da relação</i>	97% (28)
<i>Impacto da comunicação verbal</i>	62% (18)
<i>Impacto dos movimentos fetais</i>	41% (12)
<i>Impacto das ecografias</i>	7% (2)

Nota. Cada grávida pode ter apresentado respostas classificadas em mais que uma categoria

Expectativas sobre o parto

Esta categoria analisa a forma como a grávida imagina o momento do parto, explorando um conjunto de detalhes, presentes nas narrativas das grávidas e que se traduzem em seis subcategorias. Das 30 grávidas entrevistadas apenas 21 grávidas apresentam narrativas que se enquadram nesta categoria temática. Observa-se no Quadro 2 que as expectativas são principalmente em relação à *Duração* do momento do parto (48%). Esta subcategoria tem a particularidade de a grávida mencionar preferencialmente a expectativa de ser algo rápido e fácil (“*...eu prefiro pensar que vai ser super fácil (...) que eu vou dar um suspiro e a miúda vai sair cá para fora, prefiro ter este tipo de pensamento!*”, E9; “*Ai, imagino que seja ... parto normal, rapidinho, assim pouco tempo lá dentro, pronto.*”, E29). Em seguida, a subcategoria *Tipo de Parto* (38%), em que se observa a expectativa de ser um processo com pouca intervenção médica, apenas a necessária (“*...para mim deveria ser um parto mais natural possível (...) com poucas intervenções...*”, E6). Em terceiro lugar, surge as expectativas em relação à *Dor* no parto (33%). Neste caso as grávidas percebem como algo inevitável e à qual atribuem sofrimento (“*Que vai doer, acho que dessa parte não me vou livrar...*”, E19; “*Eu acho que também se a gente não sentir essas pequenas coisas não...é como se a gravidez ficasse a meio, não fosse completa*”, E20). Em quarto lugar, observa-se um conjunto de grávidas que assumem que não querem imaginar o momento do parto (33%; “*... acho que nem consigo imaginar (...) quando imagino que estou lá, nem quero imaginar (...) Acho que não dá para imaginar! Não consigo!*”, E15). Por fim, verifica-se que a *Influência dos cursos de preparação para o parto* (29%) e a *Influência do acompanhamento médico* (10%) têm um impacto pouco significativo nas descrições das expectativas sobre o parto em comparação com as restantes subcategorias.

EXPETATIVAS E EMOÇÕES SOBRE O PARTO

Quadro 2.

Frequência do número de grávidas para a categoria *Expectativas sobre o parto*

Expectativas sobre o parto (N = 21)	
	Número de grávidas
<i>Negação</i>	33% (7)
<i>Tipo de parto</i>	38% (8)
<i>Duração</i>	48% (10)
<i>Dor</i>	33% (7)
<i>Influência do acompanhamento médico</i>	10% (2)
<i>Influência dos cursos de preparação para o parto</i>	29% (6)

Nota. Cada grávida pode ter apresentado respostas classificadas em mais que uma categoria

Preocupações após o parto

Pretende-se analisar se durante o terceiro trimestre existem preocupações sobre o período após o nascimento do bebê tanto em relação à capacidade que a grávida terá em desempenhar o papel de mãe bem como em relação ao bem-estar do bebê. O que se observa no Quadro 3 é que a maioria tem preocupações relativas ao bem-estar do bebê nos primeiros meses de vida (84%; “*E depois essa sensação de é tão pequenino que se pode partir (...) aqueles problemas que eles às vezes podem ter de digestões...*”, E11; “*Há sempre aquela preocupação que se ouve falar, que o bebê deixa de respirar quando está a dormir...*”, E17). Em menor número, observa-se nas narrativas das 19 grávidas preocupações relativas à capacidade de fornecer cuidados maternos ao bebê (42%; “*E depois quando o bebê nascer se vou conseguir cuidar dele?!*”, E 19; “*...há sempre a preocupação de estarmos preparadas a nível emocional para receber este bebê.*”, E22).

Quadro 3.

Frequência do número de grávidas para a categoria *Preocupações após o parto*

Preocupações após o parto (N = 19)	
	Número de grávidas
<i>Cuidados maternos</i>	42% (8)
<i>Bem-estar do filho</i>	84% (16)

Nota. Cada grávida pode ter apresentado respostas classificadas em mais que uma categoria

Quadro 4.

Frequência do número de grávidas para a categoria *Suporte da rede social*

Suporte da rede social (N = 19)	
	Número de grávidas
<i>Durante o parto</i>	26% (10)
<i>Após o parto</i>	100% (19)

Nota. Cada grávida pode ter apresentado respostas classificadas em mais que uma categoria

Sentimentos em relação ao parto

Quando analisados os sentimentos mencionados nas entrevistas, observou-se que se organizam principalmente em três subcategorias: *Medo*, *Ansiedade* e *Confiança*. A subcategoria *Ansiedade* (63%) é a mais representativa entre as três subcategorias. A ansiedade mencionada pela grávida é dominada pela curiosidade em querer conhecer o bebé (“...estamos desejosos de lhe ver a cara...”, E4; “Estou ansiosa para o ver, mas tento controlar-me mais para não estar muito a pensar.” E16). Contudo, também se observou, em menor número, a ansiedade relativa ao modo como irá decorrer o parto (“...aquela ansiedade de “Será que eu vou perceber quando é que tenho que ir para a maternidade?!” “Acho que a necessidade é mais saber a altura certa, reconhecer os sinais ...”, E21). Em seguida, surge a subcategoria *Confiança* sobre o decorrer do parto (“Toda a gente consegue, eu também ei de conseguir...”, E12; “...já houve tanta mulher que foi mãe (...) não há de ser assim uma coisa tão má.”, E25) e em menor número o sentimento de *Medo* (“... nessa altura com certeza que estarei com medo...”, E3; “... tenho um bocado de receio...”, E10).

Quadro 5.

Frequência do número de grávidas para a categoria Sentimentos em relação ao parto

Sentimentos em relação ao parto (N = 16)	
	Número de grávidas
<i>Medo</i>	19% (3)
<i>Ansiedade</i>	63% (10)
<i>Confiança</i>	38% (6)

Nota. Cada grávida pode ter apresentado respostas classificadas em mais que uma categoria

Preocupações sobre o momento do parto

As preocupações sobre o momento do parto centram-se nas consequências negativas para a saúde da mulher como para a saúde do bebé. Nesta fase da gravidez as preocupações partilhadas pela grávida são dirigidas principalmente ao bebé (86%; “Que nasça bem... hoxa lá que tenha saúde.....venha com os dedos todos...que esteja tudo no sítio...”, E21; “...grande preocupação que ele venha bem, ...que venha perfeito...”, E19), em seguida são as preocupações comuns aos dois (36%; “Só que corra tudo bem...”, E14) e das 14 grávidas nenhuma menciona preocupações exclusivas à sua saúde no momento do parto (0%).

Quadro 6.

Frequência do número de grávidas para a categoria Preocupações sobre o momento do parto

Preocupações sobre o momento do parto (N = 14)	
	Número de grávidas
<i>Mulher</i>	0% (0)
<i>Bebé</i>	86% (12)
<i>Ambos</i>	36% (5)

Nota. Cada grávida pode ter apresentado respostas classificadas em mais que uma categoria

DISCUSSÃO

Através da análise de conteúdo, verificou-se que as grávidas durante o terceiro trimestre elaboram um conjunto de expectativas que não se cingem ao acontecimento parto, consideram também as vivências prévias e posteriores. Salientando, deste modo, o impacto significativo que este acontecimento tem na história de vida de cada mulher.

Os resultados demonstram que no terceiro trimestre a grávida faz inúmeras referências ao bebê. Esta observação é corroborada pelo número de subcategorias centradas neste elemento bem como na representativa que estas têm face às restantes subcategorias. A presença explícita do elemento bebê é caracterizada com base numa dimensão afetiva intensa, em que é defendida a singularidade bem como a exclusividade da relação. Esta percepção é sustentada nos nossos resultados através da fraca influência que os dados concretos sobre o bebê (e.g. percepções provenientes dos movimentos fetais ou das ecografias) demonstraram ter no modo como estruturam a relação.

Esta díade é interpretada como sendo central na vida de cada mulher, fazendo com que se limitem ao mundo interno, perante a percepção e o desejo de usufruir de sentimentos nunca antes vivenciados (Smith, 1999). Esta relação ultrapassa o presente, existindo projeções relativas ao período do pós-parto, em que a temática das preocupações sobre o bem-estar do bebê é predominante. Deste modo, observa-se um processo de adaptação e de reajustamento da mulher perante a nova fase da sua vida (Canavarro, 2006).

Esta projeção no futuro pode ser compreendida por uma predisposição por parte da mulher em prolongar ao período do puerpério o desejo de ser uma *mãe suficientemente boa*, que consiga responder às necessidades do bebê, tendo uma posição ativa de resposta perante eventos negativos que possam surgir (Winnicott, 2014).

Contudo, consideramos importante referir que devido à intensidade emocional como é retratada a relação, tenhamos algumas reticências no impacto que este estado poderá ter na vivência do parto. Segundo a literatura (Stern, 1997), seria esperado que nesta fase houvesse uma diminuição das representações sobre o bebê de forma a proteger ambas as partes no momento da confrontação entre o bebê imaginário e o bebê real. Espera-se que a mulher consiga ultrapassar este momento e que a ansiedade mencionada nas entrevistas em querer conhecer o bebê real permita afastar-se da relação passada e elaborar uma relação no presente. Se assim não for, existirá consequências negativas no âmbito do desenvolvimento do bebê, na adaptação da mulher à identidade materna e na relação entre ambos (Ammaniti, 1991; Vizziello, et al., 2003). Desta forma, é necessário ao longo da gestação ajudar a mulher a lidar com estas questões e a formular expectativas reais sobre o período após o nascimento do bebê (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2007).

Através da análise aos resultados do estudo, observámos que as vivências relativas ao momento do parto estão a distanciar-se de uma percepção em que o parto é considerado como equivalente de um evento exclusivamente feminino (Peterson, 1996), para ser compreendido como a materialização da relação entre a grávida e o bebê. Esta compreensão dos dados emerge da fraca representatividade das subcategorias centradas na mulher em comparação com as subcategorias centradas no bebê e na relação de ambos.

Quando se analisa as questões mais concretas sobre o parto (e.g. expectativas, sentimentos e preocupações sobre o momento do parto), é evidente a dificuldade que a grávida tem em direcionar o seu discurso para esta temática. Segundo a literatura, o parto não é considerado pelas grávidas como um dos acontecimentos mais importantes durante a gravidez, preferindo falar da gestação enquanto experiência global (Lee, 1995). Observa-se, mais uma vez que quando o fazem, os seus discursos centram-se no bebê.

Em termos gerais, os resultados evidenciaram que a grávida apresenta expectativas positivas face ao decorrer do parto. Esta observação converge com confiança manifestada face ao que irá acontecer durante o parto e com a fraca representatividade da temática das preocupações e medos.

A confiança pode ser compreendida pelo facto de a mulher nesta fase da sua vida considerar que integra uma determinada linhagem de mulheres, cujas ancestrais foram capazes de ultrapassar o momento do parto e dessa forma também a própria conseguirá (Raphael-Leff, 2005). Segundo a literatura, esta percepção relativa ao parto contribuirá para uma vivência mais positiva do momento (Lundgren, 2005).

Os resultados indicam que a grávida no terceiro trimestre tem a expectativa de que o parto seja rápido, fácil e com pouca intervenção médica. Esta expectativa, de ter pouca intervenção médica, sustenta a mudança de paradigma relativamente ao parto. A mulher parece querer assumir maior controlo durante o processo, valorizando a dimensão psicossocial, procurando vivenciar o parto para além de um ato médico, em que este seria o único capaz de lhe permitir ter “um bom resultado” (Inhorn, 2006; Johanson, et al., 2002; Kitzinger, et al., 2006). Importa salientar que a maioria frequentou o ensino superior, apresenta estabilidade socioeconómica e dessa forma tem facilidade em aceder a várias fontes de informação a fim de consolidar as suas decisões. Fatores que a literatura relaciona com a percepção de controlo por parte da mulher no parto.

A expectativa de ser rápido, fácil e com pouca intervenção médica, tem sido referida em diversas investigações realizadas com grávidas de outros países (e.g. Fenwick, Hauck, Downie, & Butt, 2005; Gibbins & Thomson, 2001). Estas características também são mencionadas como sendo responsáveis por contribuírem para uma percepção mais positiva do parto (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004).

A expectativa de sentir dor é descrita pela grávida como algo que percebe como sendo inevitável e que está intrínseco à vivência do parto. Distancia-se da representação de que um acontecimento que não provoque dor é que poderá ser compreendido como algo bom (Peterson, 1996). Os resultados indicam que existe a “naturalização do sofrimento”, em que a dor está inerente ao processo de transição para o papel de mãe. Mais uma vez, observamos a presença de um fator cuja literatura indica como potenciador para uma vivência positiva do parto (Waldenstrom, et al., 2004). Este resultado também pode ser compreendido de acordo com os dados sociodemográficos das participantes. A maioria é cristã e desse modo uma boa mãe é aquela que sofre durante o parto, estabelecendo-se uma relação linear entre parto e dor (Lopes, et al., 2005).

A predominância de expectativas positivas sobre o trabalho de parto faz-nos questionar se não existirá o risco de estas expectativas se tornarem irrealistas, pois observa-se nos resultados a tendência para uma percepção idealizada da relação grávida-bebé como também em relação ao momento do parto. Segundo Beaton e Gupton (1990) estaremos, então, perante expectativas às quais definem como “expectativas românticas”.

A emergência de fantasias, que estruturam a maioria das expectativas da grávida nesta fase da gestação, contribuem para que seja compreensível que a influência dos conhecimentos transmitidos durante o acompanhamento médico ou durante os cursos de preparação para o parto, não sejam suficientemente representativos nos resultados, como seria expectável (Bayle, 2005; Nascimento, 2003). Contudo, acreditamos que numa fase prévia estes conhecimentos tenham tido destaque e influência na postura atual da mulher. Nesta fase a mulher procura usufruir ao máximo dos últimos tempos enquanto grávida e dessa forma tende a afastar-se dos dados factuais, valorizando a dimensão emocional mais do que a dimensão fisiológico.

Algumas grávidas mencionaram de forma explícita que não desejam imaginar o momento do parto, manifestando uma postura defensiva. Contudo, este movimento defensivo também pode ser observado na análise global dos resultados pelo número reduzido de grávidas em cada categoria associada diretamente à temática parto. Esta postura é considerada como expectável (Lopes, et al., 2005) nesta fase da gestação, sendo compreendida como uma estratégia para lidar com a complexidade de sentimentos que vivencia (Figueiredo, et al., 2002).

A grávida prefere acreditar e estruturar as expetativas com base numa perspetiva positiva, de confiança e amparada pela rede social, não equacionando as consequências negativas que podem estar associadas. Esta posição alinha-se no modo como perceciona o bebé. Um bebé bastante especial, com quem tem uma relação afetiva intensa, é a materialização de uma relação de amor e poderá vir a ser o único filho, logo será a única gravidez que vivenciará. Este papel de destaque que o bebé/ a gravidez assume faz com que equacionar a possibilidade de algo correr mal seja extremamente doloroso para grávida. Por isso, apesar de todas as implicações negativas que podem surgir deste estado de idealização, defende-se ao criar uma imagem positiva e concordante entre todas as categorias equacionadas na análise de conteúdo.

A rede social da grávida durante o parto e no pós-parto é descrita nos nossos resultados como também na literatura como sendo de extrema importância, influenciando o bem-estar da grávida bem como minimizando os fatores de risco inerentes ao desenvolvimento de problemáticas psicológicas, como a depressão no período pós-parto (Waldenstrom, et al., 2004).

A perceção de suporte do pai do bebé no parto poderá ser compreendida pelo facto de a grávida interpretar o nascimento do filho como a concretização de um projeto de ambos. Esta compreensão é sustentada pelo facto de a maioria das participantes viverem um relação amorosa com o pai do bebé bem como o facto de este ter estado presente ao longo do acompanhamento da gestação. Este suporte no momento do parto contribui para uma menor perceção de preocupações (Melender, 2002a; Saisto, Kaaja, Ylikorkala, & Halmesmaki, 2001), como se verifica nos resultados do estudo.

O papel de destaque da mãe da grávida no puerpério pode ser compreendida pelo facto de a maioria das grávidas ser mãe pela primeira vez e deste modo há necessidade de esclarecer dúvidas e de apaziguar os receios relativamente à sua competência enquanto mãe. A grávida procura a figura que represente para si o modelo materno. Nesta fase da gestação e no pós-parto, considera-se que o período de confrontação com a figura materna e por sua vez o processo de luto da perda do papel exclusivo de filha para também o papel de mãe, já tenha sido elaborado de forma a consolidar a sua identidade materna (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2006). Contudo, a literatura salienta que esta necessidade de apoio deve ser transitória e breve para que cada elemento desempenhe o seu papel e por sua vez as tarefas que lhe compete (Relvas & Lourenço, 2006).

A prevalência destas duas figuras indicam que cada vez mais a vivência da gravidez é realizada num ambiente privado. Estes resultados também demonstram que o conhecimento de gerações anteriores, como a mãe da grávida, tem ainda bastante impacto na formulação das representações das grávidas, enfraquecendo o argumento da primazia pelas informações transmitidas pelos *mass media* (Nascimento, 2003).

Apesar das reflexões realizadas anteriormente, o nosso estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A amostra apresenta um número reduzido de participantes. Tem um número desigual de primíparas e múltíparas. A maioria é da mesma zona do país, o que poderá implicar fatores culturais que não foram considerados na análise. Considerou-se apenas a perspetiva da grávida relativamente à temática parto. Deste modo, seria interessante explorar junto das figuras de referência da rede social da grávida as suas representações. Estas questões servirão como base para as próximas investigações.

O parto, sendo um acontecimento biopsicossocial e de extrema importância na vida de cada mulher, recordado ao longo de toda a vida com uma elevada carga emocional, torna-se uma temática que não se esgota em si própria, pelo contrário, inúmeras questões surgem constantemente às quais se procurará dar resposta.

Agradecimentos: Agradecemos a contribuição de todas as grávidas que partilharam as suas vivências no terceiro trimestre de gravidez.

REFERÊNCIAS

- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant–mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, *12*, 246–255. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C246::AID-MHJ2280120310%3E3.0.CO;2-8
- Ammaniti, M., & Tambelli, R. (2010). Prenatal self-report questionnaires, scales and interviews. In S. Tyano, M. Keren, H. Herman, & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 109–120). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp.317-343). Lisboa: Fim de Século.
- Beaton, J., & Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*, *6*, 133–139. doi: 10.1016/S0266-6138(05)80170-6
- Bowers, B. B. (2002). Mothers’ experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *31*, 742-752. doi: 10.1177/0884217502239218
- Brazelton, T., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar
- Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, *24*, 197-203.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: Continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *8*, 49-66.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of western Australian women. *Midwifery*, *21*, 23-35. doi: 10.1016/j.midw.2004.07.001
- Ferrari, A., Piccinini, C., & Lopes, R. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. *Psico*, *37*, 271-278.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (Ed.), *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, *20*, 203-217. doi: 10.14417/ap.306
- Figueiredo, E., Costa, M. E., & Morais, M. R. (1982). Pessoas significativas na gravidez: primeiros dados. *Psiquiatria Clínica*, *2*, 151-157.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women’s expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, *17*, 302–313. doi: 10.1054/midw.2001.0263
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, *46*, 212–219. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth*, *30*, 235-247. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 83-85. doi: 10.1192/bjp.176.1.83
- Inhorn, M. C. (2006). Defining women’s health: A dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, *20*, 345-378. doi: 10.1525/maq.2006.20.3.345
- Johanson, R., Newburn, M., & MacFarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, *324*, 892–895. doi: 10.1136/bmj.324.7342.892

- Kitzinger, S., Green, J. M., Chalmers, B., Keirse, M., Lindstron, K., & Hemminki, E. (2006). Why do women go along with this stuff: Roundtable discussion part I. *Birth*, 33, 154-158. doi: 10.1111/j.0730-7659.2006.00094.x
- Lee, R. E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16, 192-205. doi: 10.1002/1097-0355(199523)16:3%3C192::AID-IMHJ2280160305%3E3.0.CO;2-D
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C., & Piccinini, C. (2005). O antes e o depois: Expetativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 247-254.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21, 346 - 354. doi: 10.1016/j.midw.2005.01.001
- MacLean, L. I., McDermott, M. R., & May, C. P. (2000). Method of delivery and subjective distress: Women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 153-162. doi: 10.1080/02646830050008396
- Melender, H. L. (2002a). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29, 101-111. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x
- Melender, H. L. (2002b). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery Womens Health*, 47, 256-263. doi: 10.1016/S1526-9523(02)00263-5
- Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 21, 47-51. doi: 10.14417/ap.118
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 7-41.
- Peterson, G. (1996). Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 11, 101-109.
- Phipps, H., Charlton, S., & Dietz, H. P. (2009). Can antenatal education influence how women push in labour? A pilot randomised controlled trial on maternal antenatal teaching for pushing in second stage of labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 49, 274-278. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.00984.x
- Raphael-Leff, J. R. (2005). *Psychological processes of childbearing*. Londres: Ann Freud Centre.
- Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2006). Uma Abordagem Familiar da Gravidez e da Maternidade: Perspectiva Sistémica. In M. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora
- Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O., & Halmesmaki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 93, 123-127. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00302-5
- Smith, J. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 281-299. doi: 10.1080/02646839908404595
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tarkka, M. T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 184-190. doi: 10.1111/j.1471-6712.2000.tb00582.x
- Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, 4-16. doi: 10.1002/1097-0355(199321)14:1%3C1::AID-IMHJ2280140102%3E3.0.CO;2-S
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31, 17 - 27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
- Winnicott, D. W. (2014). *Through pediatrics to psychoanalysis*. Routledge: Collected papers.