

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, têm ocorrido mudanças profundas na realidade social das famílias e, mais concretamente das mulheres, onde se inclui o papel de mãe.

No entanto, o nascimento de um filho continua a ser uma hora mágica, para sempre marcada na memória dos pais e frequentemente celebrada em alegria pela família e amigos. É descobrir um novo caminho para viver sentimentos e experiências muito profundas, ir de encontro a desejos e anseios, sentimentos vivenciados no passado, no presente e com perspectiva do futuro. Um novo bebé é um sinal de esperança, de certeza de estar a investir no futuro e um prolongamento da sua identidade.

Por outro lado, o nascimento de um filho provoca grandes alterações físicas e psicológicas na mulher.

A gravidez, enquanto período de transformação, acarreta inseguranças, medos e receios. No entanto, se estes factores parecem à partida motivadores da procura de informação, nem sempre esta procura é feita da melhor forma, levando a que muitas grávidas cheguem ao momento do parto com pouca informação quer em relação ao que ocorrerá no seu corpo, quer ao comportamento que devem adoptar na fase de trabalho de parto e que consequências poderão ter as suas atitudes nesta fase, para si e para o bebé. Embora não se tenha encontrado dados na bibliografia que confirmem estas afirmações, a prática diária da prestação de cuidados faz surgir a convicção de que na maioria das vezes, o tipo de analgesia de que poderão ou não usufruir durante o trabalho de parto, não faz parte dos seus conhecimentos ou foi falado por familiares e amigos, com todos os mitos associados pela sociedade, o que dificulta a tomada de decisão da grávida quanto à utilização destes recursos.

Contudo e apesar da Direcção Geral de Saúde (2006) referir que continuam a ocorrer gravidezes não planeadas que resultam, muitas vezes, em início tardio ou mesmo ausência da vigilância pré-natal, actualmente muitas gravidezes são vigiadas pelo que se pensa que o acesso a profissionais de saúde não será um

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

problema, pese embora nem todos os profissionais de saúde que vigiam a gravidez abordem nas suas consultas, temas de educação para a saúde relativos ao parto (Couto, 2003), nem as grávidas os questionem em relação a esta matéria, podendo isto contribuir para o aumento da ansiedade e descontrolo que, tantas vezes se observa e se vive no parto.

Sabendo que a gestação dura, previsivelmente, quarenta semanas e é um período caracterizado por forte motivação dos pais para aderirem a comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, surge a dúvida e a reflexão acerca das razões que permitem que o quase total desconhecimento em relação ao parto seja, com frequência, uma realidade.

Que informação de saúde se encontra acessível? Que expectativas têm em relação ao parto e como se preparam para esse momento? Que apoio social têm as novas mães e que influência pode ter esse factor na forma como a grávida vive esta fase da sua vida?

Foi no sentido de dar resposta a estas questões e por se sentir que muitas grávidas atendidas no momento do parto não realizaram qualquer tipo de preparação para enfrentarem esse momento, nem esclareceram as dúvidas que eventualmente tivessem de forma a poderem participar mais activa e tranquilamente num momento tão crucial da vida como este, que se optou pelo tema “Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto”, uma vez que se pensa ser uma forma de permitir não só a reflexão sobre os factores que podem influenciar a vivência da gravidez e, posteriormente, do parto, mas também permitir a reflexão e mudança do tipo de cuidados que são prestados em saúde materna, no que diz respeito à educação para a saúde, onde está inserida a vigilância da gravidez.

Este estudo tem dois objectivos principais:

- Investigar a influência das características sociais, demográficas e obstétricas da grávida, do apoio social e da preparação para o parto na antecipação e satisfação com o parto, numa amostra final de 100 participantes primíparas;

- Conhecer a actual preparação para o parto, em termos de acessibilidade, da opinião das grávidas acerca da sua utilidade e do tipo de informação que é fornecida durante as consultas de vigilância da gravidez, de forma a conhecer o contributo destes cursos nas expectativas e satisfação com o parto das primíparas e conseqüentemente, o possível contributo para a qualidade dos cuidados de saúde.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

A preparação para o parto pode ser definida como um treino físico e psicológico que tem como principal objectivo, por um lado, mobilizar a força interior existente em cada mulher para que aumente o seu auto-conhecimento e auto-controlo e, por outro, dotá-la de competências físicas e mentais para poder cooperar e participar de forma adequada durante a gravidez e o parto. Esta preparação tem várias vantagens para a grávida, nomeadamente na forma como pode encarar o momento do parto (Roura, 2003).

Domingues, Santos e Leal (2004) afirmam que o grau de informação recebida durante a gravidez, na fase de trabalho de parto, ou no parto, tem sido referido por muitas mulheres como factor determinante no seu grau de satisfação com o parto, na medida em que lhes possibilita maior capacidade de percepção, controlo interno (no que se refere ao seu comportamento) e externo (relacionado com o ambiente e interacção com a equipa que lhe presta cuidados) e, conseqüentemente, maior competência para participar no processo de decisão sempre que necessário.

O facto da mulher ter a percepção que conseguiu ter um bom desempenho no parto, bem como a atenção e acompanhamento que teve, vão influenciar também, a percepção que a nova mãe adquire da sua identidade feminina, sendo particularmente importante nas suas relações futuras, principalmente com o marido e os filhos (Colman & Colman, 1994).

O estudo desenvolvido, não sendo totalmente inovador, pretende adicionar informação útil à já obtida em estudos anteriormente realizados.

Este tema enquadra-se no âmbito da Psicologia da Saúde por consistir numa intervenção preventiva nesta área da Psicologia, uma vez que é uma forma de educação para a saúde que visa a promoção da saúde física e psíquica durante a gravidez e parto, permitindo facilitar a adaptação a este período caracterizado por permanentes estados de desequilíbrio devido às constantes alterações físicas e psíquicas que vão surgindo.

É um estudo longitudinal, descritivo e correlacional, abrangendo sujeitos que realizaram preparação para o parto e outros que não o fizeram, sendo que se acedeu aos mesmos no último trimestre da gravidez e no período de puerpério, no sentido de poder reflectir acerca das diferenças que a preparação para o parto poderá trazer ou não relativamente à forma como a grávida antecipa o seu parto e, posteriormente, ao seu grau de satisfação com o mesmo.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos. No primeiro apresenta-se a revisão da literatura realizada relativamente ao processo de transição para a maternidade, gravidez, parto e preparação para o parto, sendo ainda apresentadas as relações entre as principais variáveis de acordo com a literatura. No segundo capítulo expõe-se os objectivos e questões de investigação do presente estudo e no terceiro apresenta-se a metodologia utilizada, a caracterização da amostra, dos instrumentos e dos procedimentos utilizados. Seguidamente apresenta-se os resultados encontrados e a análise e discussão dos mesmos. Por último, no quarto capítulo, apresenta-se as principais conclusões e deixa-se algumas sugestões para investigações futuras.

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1 - O processo de transição para a maternidade

Para compreender melhor esta fase da vida do casal, pareceu pertinente abordar primeiramente, a família, uma vez que esta é um elemento influente na forma como é vivida esta fase.

A família pode descrever-se como “um sistema auto-organizado que evolui ao longo do tempo, perseguindo dois objectivos fundamentais (tarefas/funções da família): por um lado, a criação e reconhecimento de um sentimento de pertença e, por outro, a possibilidade de desenvolvimento/individuação de cada um dos seus membros” (Canavarro, 2006, p.107).

Ao longo da existência de cada família vão surgindo várias fases denominadas de transição porque implicam uma mudança, transformação e, conseqüentemente, uma crise para esses indivíduos, enquanto não se adaptam à nova realidade.

Cada fase de transição pode sempre ser vista de duas perspectivas: como uma oportunidade de mudança ou evolução ou como um risco de bloqueamento/dificuldade ou perturbação evolutiva (Canavarro, 2006).

A forma como a família nuclear vive e enfrenta as fases de transição que vão surgindo é influenciada, quer pelas características pessoais de cada um (factor que também influencia a qualidade da relação conjugal), quer pelo padrão que cada elemento do casal conhece da sua própria família (Hidalgo, 1998).

Esta fase de transição para a parentalidade é vista como uma crise maturacional e situacional em simultâneo uma vez que implica, respectivamente, uma mudança de papéis e estatutos de cada elemento do casal e tem como base um acontecimento, a chegada de um novo elemento (Bobak, Lowdermilk, Jensen & Perry, 1999).

A parentalidade é um desses momentos de grande dificuldade ou evolução que cada família enfrenta, principalmente quando se trata do primeiro filho. É, sem

dúvida, uma das fases mais relevantes e cruciais que o ser humano encara, sendo que existem diferenças na forma de viver e de se adaptar a esta fase, consoante se é homem ou mulher.

Uma vez que este estudo se centra na mulher primípara, reportar-se-á essencialmente à maternidade e às alterações sentidas pelas mulheres, apesar de se considerar que o homem é um elemento valioso e essencial nesta fase de mudança familiar, pelo que o termo parentalidade, enquanto transição no casal, não pode deixar de ser, por vezes, utilizado.

A maternidade é um processo único, para toda a vida, envolvendo um compromisso real e efectivo. Começa muito antes da concepção, quando surgem as primeiras expectativas e planos sobre esta experiência, como por exemplo, se e quando ter filhos. Estas expectativas, embora distantes, vão influenciar a experiência de transição para a maternidade (Oliveira, Pedrosa & Canavarro, 2006).

Para Leal (2005), mais do que desejar ter um filho, a maternidade significa querer ser mãe. A organização inconsciente da maternidade realça dois aspectos fundamentais: a perda da sua infância, do objecto materno e do seu bebé imaginário e, por outro lado, a nova vivência de afectos, representações e traumatismos infantis vividos no período da gravidez e durante o parto, reportam para a nova vivência, múltiplos sentimentos de angústias e conflitos da sua infância (Dayan, 1999 cit. por Bayle 2006).

Não menosprezando a satisfação e efeitos positivos que advêm da maternidade e paternidade e que fazem desta fase uma experiência vital no ciclo familiar, tem que se pensar neste período como o início de um processo composto por alterações, tensões e redefinições da própria vida e das relações pessoais significativas (Hidalgo, 1998).

A transição para a parentalidade é um processo potencialmente stressante, na medida em que, tanto enquanto casal como enquanto indivíduos, pai e mãe terão que lidar com um conjunto de alterações a nível pessoal, familiar e profissional que se impõem como exigências a que terão que dar resposta. Assim, esta fase é vista como uma transição pessoal e familiar, em que se propiciam mudanças nas relações existentes entre os vários elementos da família e na relação que esta mantinha com o contexto social até à chegada de um novo elemento (Cowan, Cowan, Henning, Garret, Coysh, Curtis-Bowles & Bowles, 1985).

Os vários autores que consideram a transição para a parentalidade como um momento de “crise” ou de transição psicológica como defende Parkes, 1971 (cit

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

por Oliveira, Pedrosa & Canavarro, 2006), baseiam-se na presença de mudanças negativas no quadro do relacionamento conjugal (Belsky, Spanier & Rovine, 1983, cit. por Figueiredo, Pacheco & Costa, 2006) e de níveis elevados de sintomatologia psicopatológica em ambos os membros do casal (Figueiredo, 2003).

Na verdade, vários estudos realizados registaram um declínio na qualidade da relação conjugal entre o início da gravidez e o pós-parto, que se traduz por: uma diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos e um aumento dos conflitos e da ambivalência entre os elementos do casal, levando a uma diminuição da satisfação conjugal (e.g., Belsky et al. 1983; Cox, Paley, Burchinal, & Payne, 1999; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990; Gloger-Tippelt & Huerkamp, 1998; Ruble, Fleming, Hackel, & Charles, 1988; Waldron & Routh, 1981 cit. por Figueiredo et al, 2006).

De acordo com Hidalgo (1998), a fase de transição para a parentalidade inicia-se quando o casal tem conhecimento do facto de se irem tornar pais, uma vez que é a partir deste momento que se inicia todo o processo de alterações acima mencionado. Tem uma duração variável e termina quando cada elemento conseguir alcançar um novo estado de equilíbrio a nível pessoal e familiar. Contudo, é relativamente consensual, que esse equilíbrio é atingido, de forma geral, por volta dos dois anos da criança.

Embora não haja muitos estudos que o possam comprovar, crê-se que o período de espera pelo primeiro filho tenha maior impacto e consequências mais acentuadas para os pais do que a espera dos filhos seguintes (Hidalgo, 1998; Oliveira et al., 2006).

No entanto, mesmo que existam diferenças entre pais primíparas e múltiparos, existe um conjunto de factores que influenciam sempre a adaptação à maternidade e paternidade. Esses factores são: as características pessoais, as relações significativas e o apoio social de que o casal dispõe.

Para uma melhor compreensão da influência de cada um destes factores, abordar-se-à, seguidamente, cada um deles.

## 1.1- Factores Que Influenciam A Transição Para A Maternidade

### 1.1.1 - Características Pessoais

Segundo Hidalgo (1998), existem algumas características dos pais que, obviamente diferem de situação para situação, e que influenciam o processo de transição para a parentalidade em cada casal. Essas características são: o sexo, a idade e a personalidade.

De acordo com estes parâmetros, o impacto da transição para a maternidade é maior para as mulheres do que para os homens. Da mesma forma, pais mais jovens são mais imaturos e poderão ter uma adaptação mais difícil a esta fase. A capacidade de adaptação depende do tipo de personalidade de cada indivíduo.

Para a mesma autora, também as características do bebé (temperamento mais difícil e necessidade de cuidados especiais pode gerar mais tensão para os pais), as características da relação conjugal (qualidade da relação, apoio percebido por parte de cada cônjuge, tipo de comunicação existente), e o apoio social existente (emocional, económico ou informacional) podem influenciar esta fase.

As maiores preocupações do casal durante a fase de transição para a parentalidade residem na actual gravidez, na condição económica e social, na vida profissional, familiar e interpessoal (Conde & Figueiredo, 2007).

Segundo Canavarro (2006), quando existe um projecto adaptativo de maternidade, o período de gravidez permite a preparação psicológica da mulher para assumir o seu novo papel – o de mãe, ou seja, à medida que os trimestres da gestação vão passando, a mulher vai, progressivamente, ensaiando cognitivamente papéis e tarefas maternas, iniciando o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, aumentando a sua vinculação à criança e começando por incorporar a existência desta última na sua identidade até aprender a aceitá-la como pessoa única, com vida própria.

No entanto, quando factores cruciais para enfrentar e lidar com esta fase, falham, este processo de transição torna-se muito mais difícil de viver.

### 1.1.2 - Relações Significativas

Mais do que provocar alterações espectaculares e inexplicáveis, a chegada de um filho vai, acima de tudo, acentuar tendências que já existiam em cada um dos elementos do casal e na relação entre os dois, o que explica o facto de uns casais terem mais dificuldade que outros para se adaptarem a esta fase (Hidalgo, 1998).

Conforme a capacidade que cada casal tenha para lidar com todas estas alterações na sua vida, assim os seus níveis de satisfação enquanto indivíduos e enquanto casais, se poderão manter, deteriorar ou aumentar.

Um casal que desenvolveu fortes laços de cumplicidade, afecto, capacidade de negociação e flexibilização tem maiores probabilidades de ser também, um sistema parental competente sem deixar de ser um casal funcional. O nascimento de um filho até poderá, a médio prazo, intensificar a intimidade do casal, que se realizou em termos reprodutivos, dando continuidade à família (Canavarro, 2006).

Contrariamente, pode afirmar-se que a falta de intimidade entre o casal, comporta um maior risco de disfuncionamento. O facto de um filho surgir, em grande parte, para encher o vazio entre o casal, aumenta a probabilidade de ambos os cônjuges se centrarem no bebé após o nascimento, esquecendo-se de si enquanto casal e deteriorando a relação.

Assim, alguns autores afirmam que embora factores como o stresse, estratégias individuais de coping e o apoio social influenciem a vivência desta fase, têm baixo impacto na sua explicação, uma vez que o tipo de relação conjugal que já existia anteriormente é que permite aos indivíduos ajustarem-se ou não a esta fase (Lewis, 1988; Belsky et al, 1983, cit. por Menezes & Lopes, 2007).

Verifica-se de forma homogénea, um declínio da vida sexual do casal e das actividades que costumavam praticar juntos antes de engravidar, pelo menos durante o primeiro ano de vida do bebé (Menezes & Lopes, 2007).

No entanto, apesar de se aperceberem do declínio da sua relação, em termos de romance, alguns casais percebem também que há um aumento do companheirismo nesta fase, pelo que se considera que não é a parentalidade em si, a responsável pelo declínio da relação conjugal mas todo o conjunto de características do casal que lhes permite adaptar-se melhor ou pior às exigências

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

impostas pela nova realidade (Huston & Vangelisti, 1995 cit. por Menezes & Lopes, 2007).

Actualmente, os homens são mais participativos no quotidiano dos seus filhos. Muitos já acompanham as mulheres nas consultas de vigilância da gravidez e nas ecografias, assistem ao parto, prestando apoio à mãe e tocando no filho logo após o nascimento. Embora, empiricamente se saiba que muitos ainda se recusam a participar nos primeiros cuidados ao bebé, por medo de magoar e/ou não saber fazer, actualmente são estabelecidas relações mais próximas entre pai e filhos, o que promove um desenvolvimento mais saudável das crianças e melhora o relacionamento conjugal (Menezes & Lopes, 2007).

. Para isso, muito têm contribuído também as mudanças nos serviços de saúde no sentido de integrar e acolher o pai desde a gestação.

De forma geral, o companheiro (pai da criança ou não) é o elemento que assume maior importância para a grávida durante a gestação (Richardson, 1983 cit. por Bobak et al, 1999).

A qualidade da relação conjugal, ainda que em pequena escala, é afectada com a chegada de um filho, sendo que são as mulheres que se sentem mais insatisfeitas, talvez pelas exigências e tarefas mais impostas à mãe que ao pai, nesta fase da vida (Hidalgo, 1998).

Num estudo de Figueiredo e cols. (2006), concluiu-se que a maioria das grávidas tem um relacionamento classificado como médio quer com o companheiro, quer com outra pessoa significativa (muitas vezes, a mãe). No entanto, as características observadas numa e noutra relação não foram as mesmas. Com o companheiro, a grávida tem elevada confiança e sentimento de ligação mas partilha poucas actividades, obtém menos suporte emocional e tem interacções mais negativas do que com o outro elemento significativo, ou seja, durante a gravidez o relacionamento com o companheiro não é tão positivo como a relação estabelecida com outra pessoa significativa. Deste modo, as autoras sugerem que diferentes relações significativas podem ter diferentes funções e objectivos no que se refere às necessidades da grávida.

Porém, a qualidade dos relacionamentos não se consegue explicar de forma tão simples. No que concerne ao relacionamento com o companheiro, verifica-se que este depende de um conjunto de factores como características sociais e demográficas (grávidas com maior idade, solteiras e que não vivem com o companheiro, apresentam piores relacionamentos com o mesmo), a paridade

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

(mulheres primíparas e que desejaram a gravidez apresentam maiores níveis de satisfação conjugal), a qualidade do relacionamento com e entre os pais durante a infância (relações lembradas como não harmoniosas ou o divórcio parental influenciam a forma como a mulher se relaciona com o companheiro originando relacionamentos discordantes), o estilo de vinculação (uma vinculação insegura na infância, por cuidados parentais inadequados, piora o seu relacionamento com o companheiro) e a presença de sintomas psicopatológicos (a depressão de algum dos cônjuges diminui a satisfação conjugal) (Rodrigues, Figueiredo & Pacheco, 2004; Figueiredo et al, 2006).

Embora, como se tem vindo a referir, alguns autores considerem que as características da relação conjugal são o pilar principal da resposta às exigências desta fase, para outros é inegável que o apoio social se reveste de grande importância na transição para a maternidade. Dessa forma e principalmente quando se trata do primeiro filho, verifica-se uma maior aproximação do casal com as suas famílias de origem e até mesmo com os amigos e vizinhos que dão apoio emocional e material (Hidalgo, 1998).

### 1.1.3 - Apoio social

Conjuntamente com os aspectos anteriormente referidos, o apoio social, quer informal (proveniente de familiares e amigos), quer formal (de instituições e profissionais de saúde), emocional ou material, é um dos factores mais determinantes para que a transição para a maternidade seja vivida de forma satisfatória (Hidalgo, 1998).

Com base nestas características que têm sido descritas, a mesma autora distingue quatro tipos de transição para a parentalidade: Transição satisfatória, moderadamente satisfatória (semelhante à primeira mas com níveis mais baixos de satisfação com o cônjuge e de apoio), solitária (grande implicação e identificação do novo papel apenas por parte da mulher que não compartilha com o homem) ou homem tradicional, pouco implicado.

Para a autora, a transição satisfatória é, como o próprio nome indica, aquela que se reveste de mais êxito, uma vez que se caracteriza essencialmente por ser uma fase de transição partilhada com o cônjuge e onde o casal conta com uma

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

maior variedade de recursos a todos os níveis. Dispõem de elevado apoio social e do cônjuge, valorizam a relação conjugal, partilham tarefas, em termos de personalidade predomina o locus de controlo interno e o nível de estudos é médio/alto.

No extremo oposto, existem casais em que o homem se envolve muito pouco no seu novo papel de pai, o que coincide com níveis baixos de satisfação conjugal e de apoio tanto social como de cada cônjuge, não existindo partilha de tarefas.

Na tentativa de perceber as pessoas que possam ser mais importantes em termos de apoio social, nesta fase de transição, fez-se alguma revisão da literatura sobre esta temática.

Embora o conceito de suporte social seja muito amplo e complexo, pode ser definido como uma relação entre indivíduos, em que se verifica a existência de afecto (ligação, admiração, respeito ou amor), afirmação (acordo ou conhecimento sobre a correcção de determinado comportamento do outro) e ajuda (assistência directa sobre a forma de oferta de coisas, dinheiro, informação, tempo ou respeito social) (Kahn & Antonucci, 1980 cit. por Canavarro, 1999), implicando uma interacção entre estruturas e relações sociais e atributos pessoais (Heller & Swindle, 1983 cit. por Sarason, 1999).

Por apoio social entenda-se fonte de suporte, podendo surgir da família, amigos e outros elementos significativos como o companheiro ou os profissionais de saúde (Bobak et al., 1999).

Assim, com base na definição de suporte social apresentada por Kahn e Antonucci (1980, cit. por Canavarro, 1999), pode afirmar-se que os profissionais de saúde que vão interagindo com a grávida ao longo das 40 semanas e no momento do parto, podem prestar apoio informativo (educação para a saúde e promover a tomada de decisão da grávida), físico (apoio na amamentação) e emocional (promoção da relação de vinculação com o bebé).

Consoante a qualidade da relação existente entre o indivíduo que dá apoio e o que recebe, assim o apoio social se pode considerar nocivo (se, por exemplo, existe uma relação de sobreprotecção por parte de quem dá o apoio, não deixando espaço a quem o recebe para o integrar e com ele ultrapassar o momento de crise da sua vida) (Roales-Nieto, 2004) ou se considera claramente associado à promoção da saúde física e psicológica (Sarason, 1999), revestindo-se de maior

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

importância quando surge numa fase em que o indivíduo passa por uma crise de vida, como a transição para a maternidade.

O modelo de suporte social em comboio (Antonucci, 1976 cit. por Canavarro, 1999) refere que desde o início da vida, cada indivíduo está envolvido num conjunto de relações sociais que têm uma função protectora, possibilitando trocas de suporte entre o indivíduo e os restantes membros do comboio. Os elementos mais próximos do indivíduo estabelecem com o mesmo maiores níveis de intimidade, no entanto, o número de pessoas que estabelecem uma relação de suporte com o indivíduo e a proximidade dessas pessoas, varia de indivíduo para indivíduo (Canavarro, 1999).

Deste modo, espera-se que na fase de transição para a maternidade, o suporte social possa existir tanto por parte dos pais, irmãos, avós, como dos amigos, vizinhos ou profissionais de saúde, dependendo da intensidade e proximidade das relações existentes, bem como do tipo de apoio procurado pelo indivíduo.

Quando o indivíduo necessita de apoio informativo e de esclarecimentos como redutores da ansiedade, pode procurar os profissionais de saúde antes de recorrer aos familiares, por considerar que os primeiros são uma fonte de apoio mais adequada, apesar da relação que tem com os últimos ser mais íntima (Sarason, 1999).

Por outro lado, a mesma autora afirma que as fontes de apoio social se encontram mais frequentemente dentro da família e principalmente, nos elementos femininos, à excepção da fase de transição para a parentalidade em que o apoio dado pelo companheiro se reveste de particular importância como redutor da probabilidade de depressão no período pós-parto.

De acordo com a mesma autora, a percepção de apoio emocional por parte da grávida funciona como amortizador do stresse, ajudando na prevenção de complicações comuns da gravidez, tais como desequilíbrios emocionais e depressão pós-parto (apesar desta última depender mais da satisfação da mulher com o parto do que com o apoio social recebido).

Vários autores concluíram que o apoio social recebido durante a gestação por parte de membros da família, companheiro (sendo o pai do bebé ou não) e amigos se relaciona também com o índice de Apgar do bebé (avaliação de um conjunto de parâmetros físicos que traduzem o bem-estar do bebé ao 1º e 5º

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

minuto de vida) (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993 cit. por Sarason, 1999).

Num outro estudo, constatou-se que o apoio essencialmente material e de ajuda real na realização de tarefas é tido como mais importante para as mães mais jovens, solteiras e de baixos recursos económicos (Cutrona, 1989 cit. por Sarason, 1999). Contudo, tem que se ter sempre em conta que a qualidade do apoio recebido depende, em grande escala, da qualidade das relações estabelecidas e das características pessoais do receptor (a visão que tem de si mesmo e a percepção que tem do apoio recebido), pelo que estar rodeado de pessoas não significa necessariamente ter um bom suporte social, emocional e/ou material.

## 2 – A GRAVIDEZ

Do ponto de vista fisiológico, a gravidez pode ser definida como o período que decorre entre a concepção e o nascimento da criança, durando cerca de 40 semanas, no ser humano (Graça, 2000).

Esta fase da vida da mulher, do casal, da família, sempre esteve associada à expansão e evolução humana. Apesar da forma como é encarada pela sociedade, ter vindo a mudar ao longo dos tempos, conforme os valores culturais e históricos vigentes em determinada época, a espera de um filho, em particular do primeiro, é um dos acontecimentos mais significativos da vida da mulher, constituindo um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade.

Segundo Leal (2005), a gravidez é definida como um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que nele contém vida.

Uma gestação traz à tona toda a vivência anterior da grávida: as experiências anteriores com as figuras paternas, as vivências e capacidade de adaptação dentro da família nuclear com mais ou menos êxito e a fase de separação dos pais (Brazelton & Cramer, 1989).

Para Colman e Colman (1994, p.19) “a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, torna-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros. O modo como a sociedade a olha pode afectar profundamente a sua experiência (...)”.

Também Canavarro (2006, p. 18) defende que os padrões que imperam em termos sociais têm grande impacto na experiência de gravidez e maternidade da mulher como pessoa única. Actualmente, “o que sobretudo marca a diferença da experiência da gravidez e maternidade da mulher pós-moderna, ocidental e de classe média é a possibilidade de opção. Numa época caracterizada pelo acesso a vários métodos anticoncepcionais; tecnologias de fertilização; monitorização do

desenvolvimento fetal e analgesia; acesso a quase todas as carreiras do mercado de trabalho; flexibilização dos valores sobre a sexualidade e as relações íntimas (...), os percursos pessoais podem assumir as mais diversas constelações”.

O filho de um casal já existe em termos mentais, muito antes de existir no útero (Leal, 2005). Os (futuros) pais elaboram e guardam dentro de si, desde muito cedo, a representação do filho que desejariam ter um dia, com base na projecção da história anterior de cada um, nomeadamente, a relação de cada elemento com os seus próprios pais e conflitos subjacentes a essa relação (Sá, 1997; Colman & Colman, 1994; Brazelton & Cramer, 1989). E se, por um lado, desejam ver e receber o seu filho, por outro, têm sempre presente o receio de que o bebé possa nascer com alguma malformação e/ou que, enquanto pais não possuam as competências necessárias para responder a todas as necessidades do novo ser. Neste sentido, a gravidez pode ser vista como uma fase de preparação indispensável para a adaptação à chegada do novo elemento da família e para o desempenho do papel de pais. Para a mulher grávida esta fase é vivida como uma das mais importantes da sua vida, associando a gestação ao aumento da sua auto-estima e satisfação pessoal.

A gravidez é um período em que a mulher experiencia para além dos sintomas físicos, toda uma adaptação psicológica ao longo da gestação, sendo sempre um momento de crise enquanto desequilíbrio emocional e psicológico. A gestante vai ter que desenvolver e integrar várias adaptações psicológicas no decorrer do desenvolvimento do feto, permitindo deste modo, incorporar o bebé no seu mundo pessoal, familiar e social (Mendes, 2002).

Uma gravidez bem sucedida é um processo irreversível que permite o início da vida de outra pessoa, o bebé, modificando também irremediavelmente a identidade, papéis e funções da mulher e de toda a família (Canavarro, 2006).

Uma gravidez planeada e desejada tende a ser uma experiência de alegria e optimismo para o casal. Contudo, em busca da necessária adaptação ao longo da gravidez, existem muitas vezes, dúvidas, incertezas, ansiedades e medos.

## 2.1 - Ansiedade relacionada com a gravidez e tarefas desenvolvimentais da gravidez

As grandes preocupações que perseguem a mulher ao longo de toda a gestação, reflectem-se, essencialmente, na forma como a grávida antecipa a sua experiência de parto, influenciando posteriormente a forma como a mesma o vai viver e participar nele (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Serão descritas algumas das causas de ansiedade e medo durante a gravidez para, posteriormente, tornar mais clara a importância da educação para a saúde nesta fase da vida.

O primeiro trimestre da gravidez caracteriza-se, essencialmente, pela acomodação do conhecimento de estar grávida e da aceitação desse facto, que marca uma fase importante da vida, tanto em termos pessoais como sociais. Daí que Colman e Colman (1994), se refiram ao primeiro trimestre de gestação como a fase de “integração”, quer da realidade de estar grávida, como da adopção de novos hábitos de vida, quer de alterações familiares importantes para receber um novo elemento. Nesta fase, verifica-se um retraimento da mulher. A grávida diminui o seu investimento no meio para investir mais em si própria.

Para Soifer (1992), os vómitos e náuseas que surgem neste trimestre podem ter origem na incerteza da existência da gravidez.

O segundo trimestre, não tendo um impacto psicológico tão forte, é também um período importante, na medida em que se caracteriza pela percepção de movimentos fetais, o que permite que a mãe tenha consciência de que o seu feto é um ser diferente dela própria. É um ser que se desenvolve dentro do seu útero, mas de forma autónoma. Colman e Colman (1994), designam esta fase como a de “diferenciação”.

Neste trimestre, a grávida antecipa o suporte no parto por parte de pessoas significativas, sente que tem competências maternas mas prevê o parto como uma experiência dolorosa (Pacheco et al., 2005).

A ansiedade, nesta fase, tem origem no temor de malformações do feto, de morrer no parto, das alterações que surgem no próprio corpo e no medo que elas se mantenham (Soifer, 1992).

No último trimestre recupera-se alguma ansiedade relativa ao momento do parto, tendo como causa o temor da dor e da morte no parto (própria ou do filho),

receio de complicações no parto por incompetência própria ou da equipa médica, eventual necessidade de se proceder a um parto distócico (cesariana, ventosa ou fórceps) e estar sozinha num ambiente estranho (Soifer, 1992 e Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2006). Essa ansiedade contrasta com o sentimento de satisfação por terminar uma gravidez bem sucedida.

Este período corresponde à fase de “separação”, percebido pela grávida como o processo a partir do qual se irá desligar da gravidez e do bebé que imaginou para se confrontar com o bebé real (Colman & Colman, 1994).

Na fase final da gravidez, a mulher tem mais conhecimentos acerca do parto, mas antecipa esta experiência como mais dolorosa do que anteriormente, sentindo menor confiança e controlo em si própria e mais medo de possíveis consequências negativas (Pacheco et al., 2005).

As mulheres que apresentam níveis mais elevados de medo, são mais sensíveis à dor, mesmo em circunstâncias que não o parto. (Costa et al., 2006).

A ansiedade sentida durante a gravidez contribui para que a mulher se adapte às alterações que lhe são exigidas no seu novo papel: o de mãe. No entanto, se os níveis de ansiedade registados forem demasiado elevados, podem levar a maus resultados obstétricos, tais como: parto prematuro e/ou distócico (Pacheco et al., 2005).

Também Areskog e cols. (1983, cit. por Costa et al., 2006), referem que o medo excessivo existente antes do parto, contribui para que se verifiquem dificuldades no processo de vinculação no período pós-parto imediato.

Cada fase de ansiedade pode durar dias ou semanas, aumentando com a aproximação da data do parto. Por vezes este sentimento pode manifestar-se através de sintomatologia física, provocando mesmo um aborto ou parto prematuro (Soifer, 1992).

Estas fases de ansiedade caracterizam-se por fantasias específicas, influenciando a forma com a mulher antecipa o seu parto, o que por sua vez tem um peso significativo no desenrolar do parto e na forma como a mulher irá interiorizar esta experiência de vida (Costa et al., 2006).

Para lidar com os medos desta fase da vida, as mulheres recorrem à rede de suporte social, aos profissionais de saúde ou a revistas e livros, em busca de relatos de experiências positivas que lhes possam servir como referência positiva,

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

esclarecendo-as e procurando aumentar a sua sensação de segurança (Costa et al., 2006).

Actualmente, os profissionais de saúde tendem a dar mais importância à segurança da mãe e bebé do que propriamente ao significado que cada mulher dá à fase de gravidez e parto (Domingues et al., 2004).

Assim, parece oportuno referir que cabe ao profissional de saúde, estar desperto para as alterações mentais e emocionais relacionadas com a gravidez para que possa ajudar a grávida a ultrapassá-las atempadamente, prevenindo agravamentos da situação, que muitas vezes se manifestam, objectivamente, apenas no momento do parto.

Para uma prestação de cuidados mais eficaz, é fundamental ter em conta a importância de alguns factores na forma como é vivida cada gravidez. Esses factores são: história pessoal da grávida (antecedentes psicosssexuais, ginecológicos e obstétricos), contexto existencial da gravidez (se existe uma vinculação estável, se a gravidez é tardia ou não), características da evolução da gravidez (gestação normal ou de risco) e contexto social, económico e assistencial da gravidez (Mexia, 1987).

Também Nascimento (2003), refere que a maternidade se desenvolve no contexto das famílias e do seu enquadramento social e cultural, pelo que para que os profissionais de saúde possam compreender a atitude da mulher face à gravidez e a importância que esta atribui a esta fase da vida tem que conhecer esse enquadramento. Estes factores adquirem tanto mais importância quanto mais se percebe a realidade actual, em que a preparação dos novos pais é feita em grande parte pelos profissionais de saúde em detrimento das famílias, como era antigamente.

### 3 – O MOMENTO DO PARTO

O momento do parto sempre se revestiu de imensa importância para a sobrevivência de cada sociedade, pelo que desde as mais ancestrais às mais modernas todas assinalam este momento com determinados rituais. “As culturas variam imenso na natureza dos seus hábitos e práticas face ao parto, mas quase todas as sociedades fazem algo especial” (Colman & Colman, 1994, p. 89).

Ainda hoje se verifica a preocupação com o momento do nascimento, apesar do avanço que tem tido a Medicina na área de Obstetrícia.

Se antigamente o parto ocorria em casa, em ambiente familiar, sendo as parturientes ajudadas por mulheres da comunidade com experiência nesta área, actualmente o parto decorre em ambiente hospitalar, com assistência de médicos ou enfermeiras obstetras, recorrendo, na maioria dos casos a técnicas analgésicas.

Kitzinger (1996), refere que o momento do parto, à semelhança de muitos outros momentos da vida humana, não se pode definir simplesmente por processos fisiológicos. É também um processo social e cultural, na medida em que a parturiente verá as relações que tinha com outros elementos da sociedade (onde se inclui a família) para sempre alteradas devido à sua nova posição: a de mãe.

A mulher que dá à luz vive um momento intenso de angústia, vive todas as histórias que foi ouvindo sobre as dores de parto e as complicações inerentes (Bobak et al. 1999).

A experiência de parto varia também de mulher para mulher, consoante a sua história de vida, história do casal, personalidade da mãe, contexto da gravidez e vinculação anterior à sua mãe.

Contudo, “(...) quanto mais o parto for controlado por especialistas (...), maior será a probabilidade de que o comportamento da mãe seja afectado por factores externos e sociais e não por factores internos provenientes do seu próprio corpo” (Kitzinger 1996, p.92).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Mesmo que uma mulher pretenda ter o seu filho num local isolado e sem a presença de mais ninguém, o seu próprio comportamento e forma como percebe o momento do parto, está já condicionado por todas as aprendizagens que fez ao longo da sua vida, no seio da sociedade em que está inserida. E ainda assim, cada pessoa também é influenciada por um conjunto de factores, (referidos no capítulo anterior) que interferem na sua percepção em relação a uma determinada situação, diferindo da percepção de outros, mesmo que façam parte da mesma sociedade.

Independentemente de todos os rituais, crenças e comportamentos que possam existir numa ou noutra sociedade, o parto pode sempre comparar-se a “(...) uma viagem ao desconhecido, uma viagem cujo fim é simultaneamente incerto e irrevogável”, sendo que “a reacção da mulher ao desconforto do parto vai reflectir os valores da sua cultura e os seus sentimentos sobre as expectativas dos outros” (Colman & Colman, 1994, p. 81 e 90). A corroborar, Moreira (2001, cit. por Couto, 2003, p.35), diz que o parto “(...) é o momento, onde desembocam todas as vivências anteriores da gravidez, expectativas, ansiedades, medos e apreensões”, pelo que será sempre difícil prever o sentimento da mulher no parto.

Tecnicamente falando, designa-se por parto “o término normal da gestação, com o nascimento de uma criança”, a partir da 23<sup>a</sup> semana de gestação (Duncan, 1995, p.727).

A fase que antecede imediatamente o parto é o trabalho de parto e consiste no conjunto de fenómenos, activos e passivos, que preparam e realizam a expulsão do feto e dos anexos ovulares, podendo durar de 2 a 24 horas. O tempo médio, para uma primípara, é de 12 a 14 horas (Colman & Colman, 1994).

Segundo os mesmos autores, o trabalho de parto divide-se em quatro estádios, que vão desde as primeiras contracções que originam dilatação uterina (1<sup>o</sup> estádio), passando pela expulsão do bebé (2<sup>o</sup> estádio) e da placenta (3<sup>o</sup> estádio), até às primeiras horas pós-parto em que se verifica o restabelecimento do tónus uterino permitindo a sua involução e se promove a manutenção da relação mãe-filho (4<sup>o</sup> estádio).

Quando o trabalho de parto se instala, prevê-se que ocorra uma sequência de etapas já conhecidas, no entanto, até ao final do puerpério imediato várias alterações podem ocorrer.

É precisamente esta falta de controlo implícita em relação a todos estes fenómenos que ocorrem no organismo de cada mulher, de forma autónoma e

quase indiferente ao que ela possa ou não fazer, que caracteriza melhor o sentimento das mulheres na fase de trabalho de parto (Colman & Colman, 1994).

Assim, verifica-se que tal como a gravidez também o parto se caracteriza pela ocorrência de mudanças e ansiedade. Porém, as mudanças ocorridas no momento do parto são muito mais intensas e bruscas do que as que surgem na gravidez que se vão instalando lenta e gradualmente, permitindo que a grávida as integre e se adapte a elas.

### 3.1 - Ansiedade inerente ao momento do parto e como influenciadora da progressão do mesmo

Na altura do nascimento, a parturiente sente que o seu tempo de preparação se “esgotou” e que a partir deste momento tem que se sentir e mostrar preparada para um conjunto de tarefas importantes, que segundo Brazelton e Cramer (1989) se traduzem por: aceitar a separação anatómica, adaptar-se ao filho como ele é na realidade e não como a mãe o imaginava, adaptar-se a uma nova relação que terá que ter em conta não só as suas próprias necessidades como também as do novo ser, dominar o medo de fazer mal ao seu bebé e aprender a desfrutar e a tolerar as suas exigências.

Por todos estes motivos, podemos compreender o parto como um momento de dúvidas, medos e inseguranças e, para muitas mulheres também é um momento de ambivalência, à semelhança da fase de gravidez.

Para Coelho (2002), nos últimos dias antes do parto até ao parto ocorrer, a ansiedade que se verifica na grávida deve-se à incerteza. A preocupação da parturiente divide-se entre o seu próprio estado de saúde e o estado do seu bebé.

Neste período podem reaparecer crises intensas de ansiedade, de duração variável, uma vez que, apesar de nenhum parto ser igual, há um conjunto de sentimentos que as mulheres associam ao momento do parto, de forma invariável, tais como o medo da dor, da morte (própria ou do filho) e do parto traumático podendo acarretar problemas para o bebé (Pacheco et al., 2005).

Segundo Soifer (1992), o confronto com o mundo hospitalar, com um vasto conjunto de procedimentos técnicos e com pessoas totalmente desconhecidas, são factores geradores de ansiedade.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Talvez devido a estes momentos de ansiedade, verificamos na experiência diária de prestação de cuidados na área de Saúde Materna, que muitas grávidas, nos últimos dias de gravidez, referem não sentir o bebé há várias horas ou durante um dia, recorrendo ao serviço de urgência, pois a falta desta percepção é associada à possível morte do filho.

Outro motivo que faz com que muitas grávidas se dirijam à urgência na fase final da gravidez é o chamado “falso alarme”, ou seja, acharem que já têm muitas contracções mas não estarem efectivamente em trabalho de parto. Este facto também pode ser visto como a necessidade que a mãe sente de ensaiar a forma como se deve comportar no momento de ir para o hospital (Coelho, 2002).

A evolução do parto é influenciada pela forma como o parto e o bebé são simbolizados pela parturiente. O momento do parto transporta a mulher para o traumatismo do seu nascimento, bem como a sua própria angústia de separação com a sua mãe. Durante a gravidez a mulher vai construir um objecto imaginário que se substitui em proveito do reconhecimento do recém-nascido (Maldonado, 1985).

### 3.2 - A dor em obstetrícia

A dor, como vivência de algo desagradável e como experiência comum e natural ao longo do ciclo de vida do indivíduo, é uma realidade tão complexa quanto antiga.

O significado dado à experiência da dor é que se tem alterado bastante ao longo do tempo. Passou-se de um perspectiva que via sempre apenas uma causa para uma dor, para uma perspectiva mais abrangente que admite uma etiologia multifactorial para o fenómeno da dor, distinguindo-se ainda dor crónica de dor aguda e ainda a dor em obstetrícia, sobre a qual nos vamos debruçar.

Mesmo nos nossos dias e na nossa civilização, a dor é frequentemente parte integrante de momentos significativos do desenvolvimento humano ou de transformação social (Kitzinger, 1996), encontrando-se associada ao parto.

Para Figueiredo (2003), a dor é reconhecida como intrínseca à experiência de parto, sendo esperada pelas mulheres, em todas as sociedades. A forma como cada uma lida com essa dor esperada é que é variável de mulher para mulher,

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

sendo um aspecto que se pode e deve trabalhar durante a gestação, para que a mulher consiga fazer uma antecipação mais realista do parto.

A dor em Obstetrícia, referindo-se ao trabalho de parto, é uma resposta subjectiva, complexa e multidimensional, ao estímulo sensitivo gerado pelo mesmo. Ao contrário de outras situações dolorosas, agudas ou crónicas, não se relaciona com qualquer patologia, estando associada a uma das mais básicas e fundamentais experiências humanas – o nascimento (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Saias, Viana & Santos, 2007), o conceito de dor do trabalho de parto é representado por um sentimento de dor de intensidade e frequência crescentes, associadas às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante a fase de trabalho de parto.

De acordo com Mexia (2000), esta sensação dolorosa sendo um processo fisiológico, poderá ter uma explicação biológica, uma vez que constitui um sinal de alarme para que a futura mãe procure um lugar seguro, bem como algum tipo de ajuda para o parto. Para a mesma autora, a dor é uma vivência individual influenciada pela fisiologia e psicologia de cada mulher, bem como pela sociologia e cultura (crenças, religião, família, comunidade, serviços de saúde, etc.) que a rodeiam.

As descrições de partos difíceis e dolorosos que todas as mulheres ouvem desde a infância contribuem muito para o aparecimento do medo na altura do parto. Para Mexia (1987), este medo que é transmitido ao longo de gerações, em todas as sociedades, não só leva à interpretação errada das sensações como também prejudica a contractilidade uterina, através do conhecido ciclo medo-tensão-dor que é válido para todos os tipos de dor. Ao aumentar o medo e a tensão diminui a capacidade de controlo da parturiente, o que possibilita alterações respiratórias (hiperventilação e hipocapnia com consequente alcalose respiratória) e libertação de catecolaminas, com inibição e aumento da acidez gástrica, lipólise, aumento do débito cardíaco e da pressão arterial e consequente diminuição da perfusão placentária.

É a dor que muitas vezes reduz a possibilidade da grávida se sentir segura e confortável, diminuindo assim, a sua capacidade de relaxar e, consequentemente, a concentração no trabalho de parto, tornando-o numa tarefa mais intensa e difícil de suportar.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Para Melzac e Wall (1987), a incidência da dor no parto é maior para as primíparas do que para as múltiparas.

Contudo, e apesar de se ter em conta que a vivência da dor depende de experiências passadas, das expectativas da parturiente e dos valores da sociedade em que a mesma está inserida, Kitzinger (1996) defende que actualmente não existe nenhuma razão pertinente para que o parto implique necessariamente dor e sofrimento para qualquer mulher, com ou sem preparação para o parto.

Nos nossos dias, a informação e a analgesia, sob várias formas, está disponível em quase todas as sociedades, justificando que o parto, enquanto acto fisiológico não seja obrigatoriamente associado à dor.

Pela curta experiência num serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, constata-se que os partos vivenciados com mais dor e sofrimento, em que a futura mãe não tem estratégias que lhe permitam lidar com essa experiência, são aqueles que de alguma forma derivam de gestações não planeadas e talvez não interiorizadas pela parturiente/casal/família.

As boas experiências de parto estão muitas vezes associadas à capacidade da parturiente para lidar com a dor, sabendo aliviar a que resulta das contracções e eliminar a tensão proveniente do medo.

Melzack e Wall (1987), referem a existência de um vasto conjunto de factores sociais, culturais e individuais como influenciadores da percepção da dor. São exemplo: as experiências anteriores, o significado da situação e a ansiedade.

Esses factores podem dividir-se consoante a sua origem em factores fisiológicos, demográficos, psicossociais, médicos e ambientais.

### Factores Fisiológicos

A dor aumenta com a progressão do trabalho de parto, relacionando-se com a intensidade, duração e frequência das contracções uterinas (Bello s.d, cit. por Borba & Maia, 2005).

Está também directamente relacionada com o grau de dismenorreia de cada mulher e com a posição em que ela se encontra, sendo que diminui na posição supina ou de pé (Martins 2002, cit. por Borba & Maia, 2005).

### Factores Demográficos

Factores como a idade, estado civil e escolaridade também se relacionam com o grau de dor sentida no parto, sendo que as jovens primíparas, com baixo nível educacional e solteiras sentiram dor no parto com maior intensidade (Dannenbring et al., 1997; Fridh et al., 1988; Reading & Cox 1985, cit. por Luís, 2008).

### Factores Psicossociais

A cultura (experiências anteriores dolorosas são inversamente proporcionais à dor sentida no trabalho de parto; comportamentos esperados e informação obtida acerca do parto) e a etnia, são factores que se encontram associados à percepção que a grávida tem da dor (Helman 1994, cit. por Borba & Maia, 2005).

A informação e o acompanhamento da grávida também são factores importantes, na medida em que acalmam a grávida e parecem assim diminuir a dor. Após vários estudos tem-se concluído que a possibilidade de reduzir a intensidade da dor no parto reside, em parte, na diminuição dos níveis de ansiedade (Luís, 2008). Tal facto acontece quando se mantém a grávida informada, desde a gestação, acerca da sua situação e se permite o contacto com pessoas significativas no parto (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

### Factores Médicos

O facto do parto ser induzido ou de haver um prolongamento do trabalho de parto, o tipo de parto (distócico) e o uso de analgesia durante o trabalho de parto e parto relaciona-se com uma maior intensidade da dor no parto (Fridh et al., 1988, cit. por Luís, 2008).

### Factores Ambientais

O ambiente que rodeia a parturiente influencia o grau de dor sentido. São exemplo: o pessoal de saúde, o seu comportamento e forma de comunicação, a filosofia e política de atendimento da Instituição onde se encontra a parturiente, as instalações e o material, o ruído ambiente, a luz e a temperatura das instalações, bem como a privacidade e a liberdade de movimentos. (Martins 2002, cit. por

Borba & Maia, 2005).

Dannenbring e cols. (1997, cit. por Luís, 2008) estudaram a influência de todos os factores supracitados, na intensidade da dor sentida no trabalho de parto e parto e no grau de satisfação com o parto em 70 mulheres múltiparas e primíparas, tendo sido concluído que o facto do parto ser induzido e/ou muito prolongado, da gravidez não ter sido desejada e/ou da preparação para o parto ter sido pouco realista criando falsas expectativas na grávida quanto à preparação que fez e quanto ao parto e um fraco apoio por parte do companheiro, eram factores preditores de um parto com maior intensidade de dor.

Tais conclusões parecem ser importantes para uma melhor compreensão desta experiência de vida das mulheres e, conseqüentemente para uma melhor qualidade da prestação de cuidados nesta área, promovendo a satisfação com o parto, a vinculação com o bebé e o desejo de novas gravidezes.

### 3.3 – Analgesia em trabalho de parto

A dor no trabalho de parto é descrita pela maioria das mulheres como uma experiência intensa, embora se saiba que a intensidade desta dor é maior nas nulíparas do que nas múltiparas. Só 15% das puérperas referem que a dor no parto foi mínima ou inexistente (Melzack & Wall, 1987).

Por isso, actualmente, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direcção Geral de Saúde (2001) contempla especificamente a dor no parto, recomendando a utilização de anestesia/analgesia epidural.

A analgesia epidural pretende o alívio da dor provocada pelas contracções uterinas e pelo período expulsivo através da injeção de analgésicos adequados no espaço epidural por injeção única ou por perfusão contínua (Bobak et al., 1999).

A referência bíblica que condena a “parir com dor”, parece ultrapassada pelas novas técnicas de analgesia que têm evoluído muito nos últimos trinta anos, no sentido de causar cada vez menos efeitos nefastos ao bebé e, em simultâneo, promover a maior participação da mãe no parto.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Apesar de haver estudos que defendem que a utilização de analgesia epidural tem efeitos negativos no estado neonatal (Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS cit. por Figueiredo, 2003) e na vinculação materna (Muhlen et al., 1986 cit. por Figueiredo, 2003), constata-se que “não há nenhuma evidência que prove que a dor de parto é benéfica para a grávida ou para o feto” (Graça, 2000, p.402). Sabe-se ainda que a ansiedade, o stress e a dor prejudicam a parturiente e, conseqüentemente o feto, podendo alterar a normal evolução do parto.

Nesse sentido, defende-se actualmente, que as mulheres em trabalho de parto devem ter a oportunidade de decidir livremente se desejam ou não realizar o seu período de dilatação sob o efeito de analgesia epidural. Mas também é verdade que para que tal se cumpra é necessário informar todas as grávidas acerca desta técnica, de modo a dar oportunidade a uma escolha consciente.

De acordo com um estudo efectuado por Pacheco e cols. (2005), as grávidas mais novas, com menor escolaridade e com profissões menos diferenciadas têm menos conhecimentos acerca da analgesia epidural, o que implica, frequentemente, que por medo da picada da agulha, medo de ficarem paralisadas ou de não poderem participar no parto, recusem este tipo de analgesia.

No entanto, a analgesia epidural não é a única forma de alívio da dor existente. Quando não é desejada ou está contra-indicada por qualquer motivo, existe sempre analgesia sistémica ao dispor, através do uso de hipnóticos ou narcóticos, sendo estes últimos mais utilizados. Mas, se por um lado estes analgésicos podem ajudar na progressão do trabalho de parto através do relaxamento da parturiente, provocam por outro lado, efeitos no bebé, em maior ou menor escala consoante o intervalo de tempo que decorra entre a administração da medicação e o nascimento. Por isso se utiliza principalmente a meperidina por ser o fármaco que causa menor depressão respiratória no recém-nascido (Graça, 2000).

De todos os tipos de analgesia disponíveis, a técnica epidural parece ser a mais eficaz e a que implica menos efeitos nefastos. Segundo Bonica, s.d. (cit. por Graça, 2000), a maioria das parturientes obtêm um alívio completo da dor, sendo que apenas 2 a 3% referem não ter experimentado qualquer alívio. Daqui se inferem as vantagens que esta técnica tem. Ao aliviar a dor, promove a colaboração da parturiente, facilitando as manipulações que venham a ser necessárias no parto e evita assim a anestesia geral em caso de ter que se proceder a cesariana (Graça, 2000).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Peach, 1991 e Glossten (1999, cit. por Figueiredo et al 2002) também corroboram estes dados afirmando que o alívio da dor e o nível de satisfação da parturiente com o parto eram maiores em mulheres que optaram por utilizar a analgesia epidural em relação a outras que optaram por não recorrer à analgesia ou recorreram a analgesia sistémica.

No entanto, não existe ainda consenso em relação às vantagens da analgesia epidural. Para alguns autores, este tipo de analgesia provoca um pior desempenho dos bebés ao nascer, afecta negativamente a interacção precoce entre mãe e filho (Sepkoski, Lester, Ostheimer e Brazelton, 1992 cit. por Figueiredo et al 2002), parece estar na origem de partos instrumentados, cesarianas e de trabalhos de parto mais prolongados (Walker & O'Brien 1999, cit. por Figueiredo et al 2002).

Também é certo que podem surgir complicações, quer relacionadas com a técnica, com a parturiente ou com o parto, mas em consequência da experiência nesta área, crê-se que são raras. Ainda assim, a analgesia pode ser ineficaz ou incompleta, provocar lombalgias ou cefaleias por má colocação do cateter ou por invasão de outros espaços que não o epidural (Graça, 2000).

De acordo com o mesmo autor, a analgesia epidural está indicada em situações obstétricas, anestésicas ou médicas, tais como a indução do parto, parto pré-termo, hipertensão da grávida em trabalho de parto ou cesariana desde que não seja emergente; antecedentes de entubação orotraqueal difícil e ausência de jejum e cardiopatias, asma, obesidade, alterações respiratórias, diabetes, respectivamente.

Ainda para o mesmo autor, as contra-indicações prendem-se com a infecção do local da punção, alterações da coagulação da parturiente, situações de hemorragia e choque e hipotensão acentuada, pelo agravamento que a execução da técnica pode causar. No entanto, estas complicações podem ser controladas nas maternidades, se forem detectadas precocemente.

Embora a técnica de epidural seja quase centenária e bastante divulgada, é á medida que as mulheres a vão desejando e utilizando, que se vai evoluindo na decisão da melhor altura e dose mais adequada a aplicar em cada momento, a cada mulher, sendo que actualmente, os benefícios que a parturiente obtém através desta técnica são bastante superiores aos riscos.

A realização desta técnica exige sempre a presença de um técnico diferenciado (anestésista), que nem sempre está disponível.

### 3.4 – Tipos de parto

Vulgarmente, apenas se distinguem estes dois últimos tipos de parto – eutócico e distócico.

O parto eutócico é aquele que termina sem complicações, podendo ser em simultâneo um parto espontâneo, induzido ou dirigido.

O parto distócico é aquele que deriva do aparecimento de anomalias. Incluem-se neste tipo de parto, as ventosas, fórceps e cesarianas.

O mais natural e desejável para todos, parturientes, bebé e profissionais de saúde, é que um trabalho de parto se inicie de forma espontânea dando lugar a um parto eutócico. No entanto, por variadas razões, nem sempre isso se verifica.

Na realidade actual, o número de partos distócicos tem aumentado de forma significativa nas últimas décadas, principalmente o parto por cesariana, em detrimento do fórceps ou ventosa (Graça, 2000).

Sabendo que o tipo de parto influencia a satisfação da mulher com o parto e a vinculação estabelecida entre mãe e bebé e que é o parto eutócico que traz mais benefícios nestes aspectos, as tendências evidenciadas nos dados obtidos da prática são, por vezes, motivo de reflexão (Figueiredo et al., 2002).

Que factores estão na base do aumento do número de partos por cesariana, quando há evidências comprovadas das vantagens do parto normal? Esta é uma questão actual. O parto por via alta não pode ser encarado como apenas uma opção, quando o normal é o parto por via vaginal. Tal como afirmam Curl, Davies, Lothian, Pascali-Bonaro, Scaer & Walsh (2004), isso seria o mesmo que igualar o aleitamento artificial à amamentação, quando as vantagens desta última opção em relação à primeira são sobejamente conhecidas.

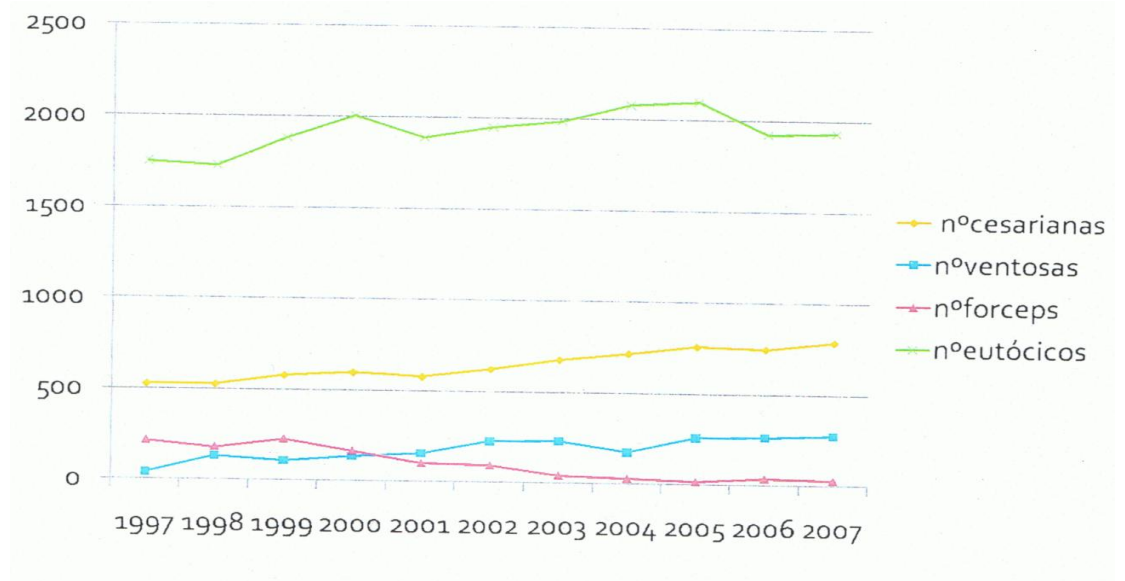
“O consenso a que se assiste em todo o mundo sobre a necessidade de serem diminuídas as absurdamente elevadas taxas de cesarianas, levou a que se reconsiderasse a reintrodução do treino e da prática clínica da utilização do fórceps e da ventosa obstétrica e que se reavaliassem as condições para o parto vaginal dos fetos em apresentação pélvica.” (Graça, 2000, p. 761).

Através da estatística do número e tipo de parto ocorrido no Hospital de Faro, verifica-se que nos últimos dez anos tem havido um aumento do número de cesarianas, sendo que a opção de parto por ventosa se tem mantido relativamente estável e o parto por fórceps tem diminuído vertiginosamente. Ainda assim, o

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

número de partos eutócicos tem-se mantido sempre claramente superior. Desta forma, embora se mantenha a consciência de que muito há fazer para melhorar os cuidados prestados, fica a noção de que os resultados da prática em Obstetrícia no Hospital de Faro não são tão dramáticos como outros autores afirmam (Figura 1 e 2).

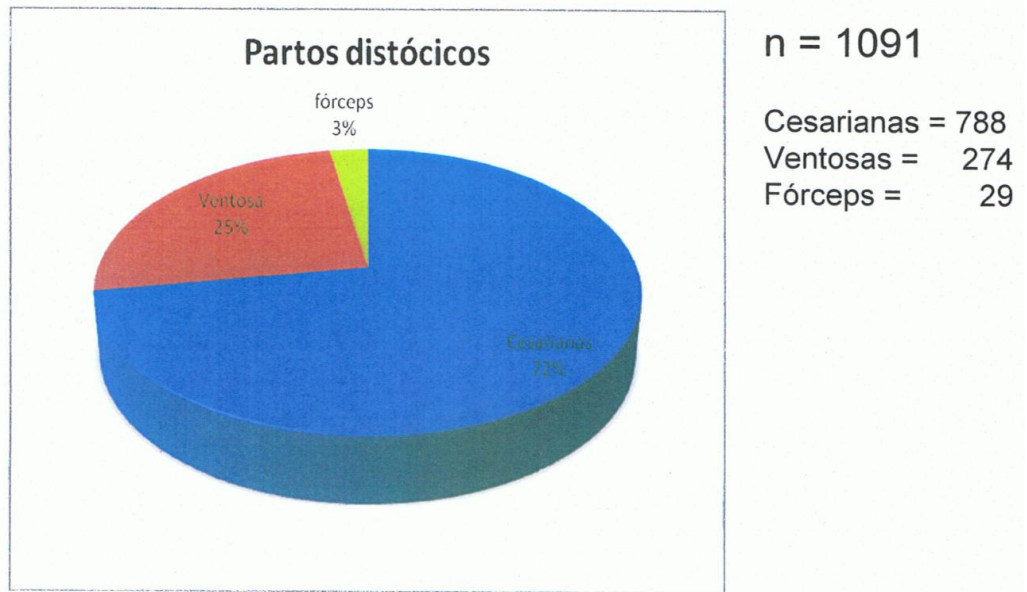
Figura 1 – Número total de partos ocorridos entre 1997 e 2007 no Hospital de Faro.



Fonte: Dados estatísticos do serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Faro (Lobo, 2008).

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Figura 2 – Distribuição dos partos distócicos decorridos em 2007 no Hospital de Faro.



Fonte: Dados estatísticos do serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Faro (Lobo, 2008).

Quando se observa o total de partos ocorridos, verifica-se que mais de metade são eutócicos. Entre os partos distócicos é que o número de cesarianas é maior (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição do total de partos ocorridos no Hospital de Faro.



Fonte: Dados estatísticos do serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Faro (Lobo, 2008).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Actualmente, no hospital de Faro, a maioria dos trabalhos de parto são induzidos, havendo muito mais partos distócicos (principalmente ventosas e cesarianas) do que há alguns anos atrás. É certo que a mortalidade e morbilidade materna e infantil diminuíram bastante nos últimos anos, com o avanço da medicina que veio permitir uma melhoria da vigilância obstétrica e uma evolução enorme a nível dos cuidados neonatais, mas pensa-se que é extremamente necessário ter precaução para não se cair no extremo oposto, deixando que as regras ditadas pela evolução nos privem de bom senso...

### 3.5 - O parto como influenciador do processo de vinculação

Nos últimos anos têm ocorrido diversas mudanças na sociedade, tanto a nível social como tecnológico, o que tem levado a importantes mudanças nas relações interpessoais e, mais concretamente nas relações conjugais e parentais (Figueiredo, 2003).

Várias teorias têm surgido com o objectivo de definir e explicar a vinculação materna (Winnicot, Klaus & Kennell).

Actualmente, define-se a vinculação materna como “uma relação emocional única, específica e duradoura que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduzindo-se num processo de adaptação mútua no qual mãe e bebé participam activamente” (Figueiredo, 2003, p. 521), iniciando-se a partir do momento em que há conhecimento da gravidez e, mais concretamente no momento do parto, embora não seja consensual que o primeiro contacto da mãe com o bebé seja realmente o início de um processo de vinculação. Para a mesma autora, é essencialmente, ao longo do primeiro ano de vida da criança que a ligação mãe - bebé se fortalece (Figueiredo, 2003).

O processo de vinculação tem como pressuposto a protecção dos mais jovens de diversas vicissitudes (Canavarro, 1999).

Se há quem defenda que os primeiros momentos passados entre a mãe e o bebé são essenciais para a qualidade futura dos cuidados maternos e, conseqüentemente, para o desenvolvimento e bem-estar do bebé (Robson & Moss, 1970 cit. por Figueiredo, 2003), também existem estudos que defendem que algumas mães (a maioria primíparas) referem ter sentido alguma indiferença

quando pegaram no seu bebé a primeira vez, sendo que a sua afeição pelo filho demorou alguns dias a instalar-se, principalmente se o parto foi muito difícil ou doloroso (Robson & Kumar, 1980; Newton & Newton, 1962 cit. por Figueiredo, 2003).

Para a mesma autora, existem vários factores que podem interferir no estabelecimento desta ligação, tais como factores biológicos, psicológicos e sócio culturais. Assim, defende-se que o contexto em que decorre a gravidez e o parto, a forma como decorre o puerpério, as características dos pais e do bebé influenciam o processo de vinculação (Fleming & Corter 1988, cit. por Figueiredo, 2003).

Um nível educacional e económico baixo, pouca cooperação da mãe e dor durante o parto foram as características mais fortemente associadas a uma fraca ligação emocional da mãe com o bebé (Newton & Newton 1962, cit. por Figueiredo, 2003).

Num estudo de Figueiredo e cols. (2002), concluiu-se que a intensidade da dor ocorrida na fase de trabalho de parto, parto e puerpério imediato é a única variável que explica 12,8% da grandeza do envolvimento emocional inicial da mãe com o bebé. Compreende-se então que quanto maior a intensidade da dor no parto, menor a vinculação materna ao 3<sup>o</sup>-5<sup>o</sup> dia pós-parto.

Outros autores defendem que a vinculação materna está favorecida no parto eutócico em relação à cesariana (Bradley, 2000, Ross & Wamyca 2001, Cranley, Hedhal & Pegg, 2002, cit. por Figueiredo, 2003), sendo que no último caso, principalmente quando a cesariana não foi planeada, existe uma reacção inicial menos positiva por parte da mãe em relação ao bebé e que se mantém até às seis semanas pós-parto (Tulman, 1986; DiMateo et al., 1996 cit. por Figueiredo, 2003). Tal facto, pensa-se que se pode dever a um período mais prolongado entre o nascimento da criança e o primeiro contacto entre mãe e bebé (Kearney, Cronenwett & Reinhart, 1990 e Tulman, 1986 cit. por Figueiredo, 2003) ou ao menor nível de satisfação demonstrado pela mãe em relação à sua experiência de parto (Figueiredo et al., 2002).

Em resumo, pode dizer-se que o parto eutócico, menos doloroso e maior colaboração materna no momento do parto são as condições relativas ao parto que mais influenciam a vinculação materna.

Apesar de como já foi referido, o primeiro contacto entre mãe e bebé não ser determinante para o processo de vinculação, na prática diária tenta-se desenvolver o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), promovendo o

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

contacto precoce, imediatamente a seguir à expulsão do bebé, colocando o bebé no peito da mãe, sempre que o estado do bebé e a vontade da mãe o permitam. Esta prática também vai de encontro ao preconizado por Ainsworth (1994, cit. por Canavarro, 1999, p. 56) que refere que “toda a relação é facilitada se for dada oportunidade à mãe de, imediatamente após o parto, ter um contacto corporal com o seu filho e poder tomar conta dele”.

#### 4 – A PREPARAÇÃO PARA O PARTO

O processo de aprendizagem sobre a gravidez e o parto é feita de forma empírica, interiorizada por relatos de gravidezes e partos, pela tradição oral da cultura onde se insere a mulher (Bobak et al., 1999).

A gravidez e o parto constituem uma situação crítica, mas também um acontecimento normal no processo de desenvolvimento da espécie humana. Implica uma maior vulnerabilidade e reorganização dos padrões anteriores, das modificações fisiológicas, estados emocionais peculiares, daí justificar-se a ansiedade.

A ansiedade pode surgir como resultado de uma preocupação sobre o que irá acontecer à mãe e ao bebé durante o parto. É importante que o técnico de saúde esteja atento, mesmo que a grávida não manifeste claramente estes sentimentos (Rubin, 1975 cit. por Bobak et al., 1999).

Os mesmos autores defendem que a preparação para o parto é uma forma de contribuir para a diminuição do estado de ansiedade, tudo isto através da aprendizagem do auto-controlo e de informação e que muitas mulheres se preparam para o parto, lendo livros, revistas, vendo filmes e indo às aulas de preparação para o parto, falando com outras mães e grávidas, amigas e familiares que já tenham experiências anteriores. As mulheres procuram também os profissionais com mais reputação, para seu aconselhamento, vigilância e cuidados.

A melhor preparação para o parto é a que dá sentido real e saudável a este acontecimento, contribuindo para a consciencialização do esforço, da dor e do risco o que se contrapõe com a expectativa e o desejo do nascimento do seu bebé (Lederman, 1984, cit. por Bobak et al., 1999).

Os mesmos autores defendem que a preparação para o parto também deve incluir o companheiro da grávida, uma vez que este último irá ter um papel activo no momento do parto, devendo estar devidamente informado e ter a oportunidade de ajudar a grávida a viver o momento do parto a dois.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

A participação activa do pai da criança (biológico ou não) no momento do parto irá reforçar a sua vinculação com a criança, indo desta forma influenciar o seu percurso durante e após o nascimento.

Segundo Burroughs (1995) e Couto (2006), as mulheres que durante o curso de preparação para o parto demonstraram mais conhecimento e mais confiança, revelaram após o parto ter tido menos dor e tensão. As mulheres com elevados níveis de ansiedade antes das aulas, revelaram menor ansiedade durante o parto, dado estas se terem confrontado com suas preocupações mais cedo e serem devidamente preparadas para enfrentar a situação.

Os cursos de preparação para o parto têm assegurado à grávida maior conhecimento, autoconfiança e baixo nível de ansiedade. O saber e a prática de simular a situação com acompanhamento técnico, bem como ter um espaço partilhado para viver, verbalizar e exteriorizar todas as emoções subjacentes à situação só reforçam um maior controlo no momento do parto, a parturiente não enfrentará o desconhecido, saberá caminhar lentamente para o momento do nascimento, a par e passo para um desfecho feliz (Burroughs, 1995).

### 4.1 – Evolução histórica dos métodos de preparação para o parto

O momento do parto, desde sempre causou curiosidade e ansiedade pela incerteza e pelos riscos que lhe são inerentes.

Tem sido o interesse da sociedade e, particularmente, dos profissionais de saúde envolvidos na área da saúde materna, em melhorar a qualidade e o conforto do momento do parto que tem permitido várias mudanças, quer na mentalidade social, quer na política e na saúde.

Neste contexto, há várias décadas, emergiu a preparação para o parto tendo dois principais objectivos: abreviar e tornar menos doloroso, senão indolor o momento do parto. Assim, no século passado, surgiu a proposta da aplicação de métodos psicofísicos para atingir ambos os objectivos (Roura, 2003).

Já se conhecia na antiguidade, a influência favorável da intervenção psicológica sobre o curso do parto, mas os primeiros ensaios sistemáticos só tiveram lugar no século XIX, em França, quando se descobriu que se podia alterar a percepção dos estados dolorosos através da hipnose (Roura, 2003).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Os métodos psicofísicos têm por base antigos métodos psicológicos de modificação de percepção da dor durante o parto, aos quais posteriormente se foram associando técnicas físicas e psicofísicas de favorecimento do mesmo. Estes métodos representavam um verdadeiro progresso e um benefício incontornável, na medida em que eram inócuos, tinham amplas possibilidades de aplicação e permitiam o auto controlo através da informação e formação em saúde obtida ao longo da fase de gestação. Assentavam em três princípios terapêuticos fundamentais:

- a diminuição da dor durante o parto através da redução da afectividade, isto é, tentativa de eliminar sentimentos negativos por via racional (formação e informação previamente consolidada que permite a compreensão e aceitação de todo o processo) e/ou emocional (através do reforço do sentimento de segurança e confiança quer nos profissionais e na instituição, quer na sua própria preparação ou capacitação para o trabalho de parto);

- a diminuição da percepção da dor mediante a restrição ou alteração da consciência, com base no princípio de que uma concentração intensa (na respiração e no relaxamento) produz uma protecção relativamente aos estímulos internos e externos (dor, provocada quer pelas contracções, quer pela manipulação por parte dos profissionais);

- a facilitação do parto através da regulação da tensão (o controlo do medo e insegurança facilitam o relaxamento e, conseqüentemente, favorecem as condições fisiológicas para o parto) (Roura, 2003).

Segundo a mesma autora e com base nestes três princípios, surge a teoria de Dick Read, em 1933, que apresenta a ideia de que a dor durante o trabalho de parto é causada pelo medo, pelo que considera que para ocorrer um parto que não seja acompanhado por grande desconforto, tem que se quebrar o ciclo medo – tensão – dor. Este ciclo só se consegue quebrar com educação e preparação prévia da grávida, permitindo-lhe compreender a fisiologia da gravidez e do parto, sabendo o que esperar e a forma como se poderá ajudar a si própria durante as diferentes fases.

Ainda hoje este principio parece ser verdadeiro, no entanto, o método de Dick Read tem sofrido algumas alterações com o passar do tempo e, conseqüentemente com a mudança de mentalidades nesta área, levando a que o apoio tradicionalmente oferecido pela enfermeira possa ser prestado pelo companheiro ou outra pessoa significativa para a parturiente.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Na década de 50 do século passado, surge Lamaze, com o método psicofilático, que tem como base o princípio do condicionamento de Pavlov. Lamaze introduziu a ideia que a dor é uma resposta condicionada, pelo que as mulheres podem ser condicionadas a não sentir dor durante o trabalho de parto. “ (...) O método Lamaze condiciona as mulheres a responderem com desprezo às contracções uterinas, através do recurso a relaxamento muscular controlado e padrões respiratórios adequados em substituição dos gritos e da perda do controlo” (Lamaze, 1972 cit. por Bobak et al., 1999, p.235).

Na prática, sempre que o útero se contrai dando origem à dor, a parturiente é estimulada a relaxar um grupo de músculos não envolvidos no trabalho de parto, enquanto contrai um grupo muscular específico.

Segundo Mexia (1989), a preparação psicofilática consiste num método comportamental e cognitivo que visa alterar o comportamento da grávida em relação ao parto, através do fornecimento de informação que lhe permita entender as razões dos seus receios e ansiedades, pois só assim perceberá porque é que os comportamentos que adoptava antes eram comportamentos contra o corpo e contra o parto.

O mecanismo complexo do sistema nervoso é a chave deste método. Ensinando ao casal como funciona o cérebro e a relação deste com o seu corpo, falando-lhes das mensagens que ele recebe e envia aos diferentes órgãos, dá-se-lhe a possibilidade de entender a relação cérebro – útero, no momento do trabalho de parto (Veladas, 1997).

Segundo estudos efectuados, verificou-se que as mulheres que fizeram preparação com base no método psicofilático, “(...) mantiveram um nível de controlo neuromuscular significativamente mais elevado durante o primeiro estágio do trabalho de parto que, as mulheres que não tiveram qualquer preparação” (Bernardini, Maloni, Stegman, 1973 cit. por Bobak et al., 1999, p.235) e que a satisfação está fortemente associada à percepção da manutenção do controlo (Cronenwett & Brickman, 1983 e Mackey, 1990 citados pelos mesmos autores).

Posteriormente, surgiu o método Bradley que defendia o parto natural como um parto sem analgesia ou anestesia, apenas com recurso a técnicas de respiração, incluindo o marido como elemento fundamental.

Existem ainda outros métodos que visam a preparação para o parto, como o ensino autónomo respiratório, a sofrologia, a eutonia, a estimulação nervosa eléctrica transcutânea, a hidroterapia, yoga, aromaterapia, a hipnose, entre outros.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Contudo, todos parecem ter em comum, a importância dada ao relaxamento muscular e a um padrão de respiração adequado, como forma de promover o auto controlo.

Os vários métodos de preparação para o parto e de controlo da dor, de que são exemplo, a promoção do relaxamento e a analgesia epidural, respectivamente, têm surgido também com o objectivo de contribuir para a redução dos níveis de ansiedade e, conseqüentemente para uma melhor experiência de parto.

Domingues e cols. (2004), não abordando nenhum método em particular, referem que o grau de informação recebida tanto durante a gravidez, na fase de trabalho de parto, como no parto tem sido referido por muitas mulheres como factor determinante no seu grau de satisfação com o parto, na medida em que lhes possibilita maior capacidade de percepção e controlo interno (no que se refere ao seu comportamento) e externo (relacionado com o ambiente e interacção com a equipa que lhe presta cuidados) e, conseqüentemente, maior competência para participar no processo de decisão sempre que necessário.

Todos estes factores que se referem ao desempenho da mulher no parto, bem como a atenção e acompanhamento que teve, vão influenciar também, a percepção que a nova mãe adquire da sua identidade feminina, sendo particularmente importante nas suas relações futuras, principalmente com o marido e os filhos (Colman & Colman, 1994). Portanto, “quanto mais difícil for a experiência de parto, pior é o ajustamento emocional da mulher no puerpério, assim como menos adequada será a relação que estabelece com o bebé”. (Figueiredo et al., 2002, p. 204).

Também Stark (2006, p.4), refere as vantagens que uma preparação para o parto efectiva e eficaz pode ter, através do testemunho da sua filha que frequentou aulas de preparação para o parto durante a sua primeira gestação: “ter ido às aulas ajudou-nos realmente a expressar as nossas expectativas acerca do trabalho de parto e parto.(...) Provavelmente, a melhor parte das aulas foi que o Brad estava preparado para ser um participante activo, não só um mero observador. Frequentando essas aulas, senti-me habilitada para ter o tipo de parto que queria.”

Para Roura (2003), tendo existido pelo menos oito sessões de preparação para a maternidade, segundo o método psicoprofilático, verificam-se algumas diferenças na forma como as mulheres que realizaram preparação para o parto, experienciaram o momento do parto, em relação a mulheres que não realizaram qualquer tipo de preparação. Essas diferenças traduzem-se por:

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

- Sentimento de maternidade – paternidade mais plena;
- Diminuição da duração do período de dilatação e expulsivo;
- Diminuição do número de distócias;
- Diminuição do número de partos instrumentados;
- Diminuição do número de dias de internamento;
- Partos experienciados como “menos custosos”.

No entanto, embora não se garantam tantos benefícios, tem-se registado que mesmo em casais que não efectuaram qualquer tipo de preparação, as indicações sobre movimentos respiratórios e relaxamento, dadas pela enfermeira na fase inicial do trabalho de parto (fase em que a parturiente ainda não refere nível muito intenso de dor, conseguindo ainda concentrar-se e entender o que lhe é dito), conduzem, por vezes, a resultados satisfatórios, uma vez que a motivação e a capacidade de aprendizagem estão reforçadas pela situação real do trabalho de parto (Bobak et al., 1999). Quando não se consegue essa concentração por parte da parturiente, corre-se o risco do descontrolo da parturiente, o que pode provocar sofrimento fetal e/ou distócias (Soifer, 1992).

Por estas constatações pode afirmar-se que o benefício da preparação para o parto advém da informação que transmite segurança e possibilita o autocontrolo, não interessando assim, o tipo de método utilizado, embora o método psicoprofilático seja actualmente o mais aplicado.

Tão importante como abordar o momento do parto nos cursos de preparação para o parto, é focar outros aspectos relacionados com a maternidade, como cuidados durante a gestação e pós-parto e com recém-nascido, ajudando os pais a sentirem a responsabilidade pelo bebé, capacitando-os para lhe prestar cuidados, através do treino antecipado e da promoção do aleitamento materno. Assim e de acordo com Couto (2006), os cursos devem passar a denominar-se cursos de preparação para o parto/maternidade inserindo-se na cultura da grávida de modo a conhecer os seus valores e as representações sociais existentes em relação à gravidez e parto.

Para além das diferenças de conteúdos abordados, a preparação para a maternidade difere da preparação para o parto na duração. A primeira abarca o período de tempo que vai desde a concepção até aos primeiros meses de vida do bebé, enquanto a preparação para o parto, centrando-se mais na informação

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

acerca de posturas a adoptar no parto, se inicia por volta das 28 semanas, indo até às 38 semanas de gestação. Tanto um tipo de preparação como outro se podem desenvolver com base em diversas teorias ou métodos. E embora uma seja mais abrangente, as duas tentam dotar os pais de competências para actuarem no parto e assim se sentirem mais seguros e confiantes, o que se traduzirá por uma vivência plena e sentimento de satisfação com o momento do parto. Desta forma, não interessará o tipo de preparação que as grávidas tenham realizado, quando desenvolvermos este trabalho.

É a partir da noção de que embora a gravidez seja um acontecimento normal, exige sempre uma adaptação e reorganização de mecanismos de compensação e aquisição de novos conhecimentos e habilidades, que surge o projecto de educação ou preparação para o parto ou maternidade, no sentido de promover o acesso à informação e assim aumentar a autoconfiança e sentido de capacitação das mulheres/casais para a maternidade/parentalidade. Um dos grandes contributos deste tipo de preparação psicopedagógica consiste no facto de, quando aliado a outros factores, permitir o aumento da satisfação e vivência plena do momento do parto, visando a parturiente como principal elemento participante neste momento.

O facto de muitas mulheres não possuírem qualquer tipo de conhecimento relativamente ao que acontece no parto, bem como em relação ao comportamento que os outros esperam que ela apresente, provoca-lhes um aumento de ansiedade e medo do desconhecido. A “informação e educação realizadas pelo enfermeiro poderão aliviar estes receios” (Bobak et al., 1999, p.121).

Actualmente, os cursos de preparação para o parto ou maternidade podem ser organizados de várias formas. Existem cursos que orientam as suas sessões temáticas apenas para os assuntos e dúvidas sugeridos pelas grávidas, outros dividem-se entre a teoria e a prática de alguns exercícios, mas seja qual for o método utilizado, todos os cursos perseguem os mesmos objectivos: proporcionar à grávida a informação necessária sobre gravidez, parto e recém-nascido, diminuir senão eliminar o medo e a ansiedade sentidos pela grávida, reduzir ao mínimo a dor no parto, ensinar a colaborar com o próprio corpo para que todo o processo de trabalho de parto e parto decorra mais facilmente, proporcionar convívio com outras grávidas, o que reduz a tensão e aumenta a segurança e solidariedade, dar ao futuro pai a oportunidade para se informar e esclarecer sobre a gravidez, parto, as suas funções e cuidados a prestar ao recém-nascido, apresentar ao casal as

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

instalações em que irá decorrer o parto, reduzindo a ansiedade através da eliminação de alguns factores desconhecidos (Couto, 2006).

De uma forma ou de outra, este tipo de preparação contribui para a formação de expectativas realistas em relação ao parto e gera um sentimento de segurança que diminui a dor e o mal-estar, fazendo surgir emoções positivas na finalização do parto (Figueiredo et al., 2002).

### 4.2 - Quadro legislativo de saúde materna

Depois da realização de vários estudos que vieram comprovar o benefício da preparação para o parto, este recurso ficou recentemente incluído na legislação do Sistema Nacional de Saúde como direito da grávida e do casal.

Actualmente, o Estado prevê, através da Lei nº 142/99 de 31 de Agosto (quarta alteração à lei que surgiu primeiramente em 1984), que seja assegurado à mulher o direito de efectuar gratuitamente as consultas e os exames necessários à correcta preparação e vigilância da gravidez. Também incumbe os serviços de saúde de “incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias a pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde”. (DR, 1999:5996). A Lei nº 70/2000 de 4 de Maio vem acrescentar que “... a preparação para o parto é equiparada à consulta pré-natal” (DR, 2000:1826), justificando todas as ausências do serviço para frequência das aulas de preparação para o parto, quando esta apenas se realize em horário coincidente ao horário laboral da grávida.

Também Couto (2006), refere que a realização de preparação para o parto, sob qualquer método, implica que estes cursos sejam uma realidade em todas as maternidades e centros de saúde, tal como é previsto na lei acima mencionada.

É certo que muito se tem evoluído nos últimos anos em relação aos direitos concedidos à grávida e à qualidade das instalações e dos cuidados proporcionados no momento do parto e puerpério. No entanto, de acordo com Couto (2003) e Ponte (2006), no que diz respeito aos direitos do casal, parece haver a legislação necessária mas pouco controlo e avaliação relativa ao cumprimento destas leis. Este facto verifica-se quer por parte das entidades patronais que muitas vezes não concedem estes direitos às suas trabalhadoras, quer dos serviços de saúde, a

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

quem compete organizar os cursos de preparação para o parto, mas que são quase inexistentes, não promovendo portanto, a adesão aos mesmos.

O grande desconhecimento dos cidadãos em relação aos seus direitos também é ainda uma realidade.

No relatório da Direcção-Geral da Saúde (2001, cit. por Ponte, 2006) é preconizado uma maior interligação entre Centros de Saúde e Hospitais de referência, normas de bom funcionamento das unidades de bloco de partos e de sala de reanimação neonatal, dotações seguras de recursos humanos para os serviços, no sentido de adequar os cuidados e os serviços às necessidades do casal/recém-nascido.

Mais tarde, o Ministério da Saúde (2004), no Plano Nacional de Saúde para 2004/2010 (cit. por Ponte, 2006, p.7), “considera o nascimento como um momento especial de intervenção ao referir que o nascer representa a oportunidade para a educação para a saúde e para as acções de prevenção”, promovendo assim a educação para a saúde antes, durante e após o parto.

Desde então, a par das reformulações na organização e actuação dos Centros de Saúde com vista à promoção da vigilância da gravidez, também os hospitais se têm tornado mais diferenciados, de modo a poder atender situações mais específicas, diminuindo no conjunto a mortalidade e morbilidade materna e infantil.

Mas direitos e boas práticas não podem existir apenas em formato de papel, têm que se tornar uma realidade e isso é responsabilidade de toda a sociedade.

### 4.3 - A importância da educação para a saúde e da preparação para o parto em enfermagem

A educação para a saúde constitui uma das actividades fundamentais do trabalho de enfermagem. O papel de educador reveste-se de extrema importância, nesta profissão.

A prática de educação para a saúde, na profissão de enfermagem, traduz-se pela transmissão de conhecimentos, tendo como objectivo, constituir um meio eficaz para atingir o bem-estar e saúde a nível da comunidade, através de um

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

processo de capacitação de cada indivíduo, conducente à melhoria da qualidade de vida (Ponte, 2006).

A gravidez é um período em que abunda a motivação para aprender, pelo imenso desejo da mãe e/ou pais se adaptarem à nova situação através da aquisição de novas competências, pelo que se tem verificado ser uma altura muito favorável para se praticar educação para a saúde pela grande probabilidade de surtir efeito, acarretando benefícios para a saúde dos pais em primeira instância, mas também para a saúde da população (Ministério da Saúde, 1993 cit. por Ponte, 2006).

Inserida na vasta área que é a educação para a saúde encontra-se a educação ou preparação para o parto/maternidade que pode ser definida como o conjunto de intervenções (formação e informação, exercícios físicos, respiratórios e de relaxamento) dirigidas à capacitação do casal para o nascimento do seu filho, permitindo encarar a gestação e o parto, não só como actos fisiológicos, mas também como momentos de partilha e felicidade (Roura, 2003) ou como um “ programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo do parto.” (Ankrett, 1992 cit. por Couto 2003, p.66).

Segundo as enfermeiras incluídas num estudo realizado por Couto (2006 p.190) a preparação para o parto constitui “um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; de grande importância para a grávida e para a enfermeira, desenrolando-se desde o início da gravidez até ao puerpério, como um meio de alterar comportamentos errados com vistas a um resultado esperado com ganhos de saúde para a grávida e sua família”.

De acordo com o mesmo autor, a preparação para o parto pode ser feita de modo informal, formal ou misto, ou seja, através de livros, revistas, internet, documentários, conversas com outras mulheres e grávidas ou através de educação dada por profissionais de saúde credíveis ou utilizando ambos os processos, respectivamente.

Sendo a educação para a saúde, uma função implícita em todas as actividades de enfermagem, considera-se que é extremamente importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que realizam educação para a saúde na área de saúde materna e obstétrica, conheçam o sistema de valores e motivações da mulher que esteve na origem da presente gravidez,

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

factores quer psicológicos, quer sociais e culturais e até mesmo as razões que a levou a realizar ou não preparação para o parto, se escolheu ou não o local onde deseja parir, se decidiu ou não recorrer a métodos de alívio da dor do trabalho de parto e as decisões que tomou relativamente ao acompanhante que deseja ou não ter presente, uma vez que estes são factores que parecem influenciar o tipo de experiência no parto para a mulher/casal.

Só com estes conhecimentos, o profissional de saúde pode adoptar estratégias de actuação e adequá-las a cada utente.

A intervenção dos profissionais neste contexto deve inserir-se no modelo construtivista, que implica que não seja apenas o técnico de saúde a definir os comportamentos de saúde a adoptar. Para esta teoria, as significações pessoais e a cultura em que o indivíduo está inserido têm um papel importante no bem-estar do indivíduo, pelo que este se deve sentir responsável pelos seus comportamentos e atitudes, assumindo as suas opções com base em conhecimentos e informação adequados (Ponte, 2006). O profissional de saúde apenas orienta e ajuda no processo de autonomia e tomada de decisão.

Considera-se que, talvez devido à grande exigência que se tem sentido em termos legais, a mentalidade da maioria dos profissionais de saúde ainda não consegue acompanhar a evolução de muitas mulheres na sua forma de conceber o parto como um acontecimento natural não necessitando de toda a tecnologia utilizada em meio hospitalar, na medida em que, embora compreendam que nem sempre seja indispensável a aplicação de medicações endovenosas, estimulação do trabalho de parto através da administração de hormonas e vigilância contínua da monitorização cardíofetal (procedimentos que tornam difícil ou impossível a deambulação e liberdade de movimentos da futura mãe), sentem que não têm justificação plausível para se defenderem, em termos jurídicos, se algo correr menos bem, pelo que muitas vezes, ficam reticentes em aceder ao pedido de mais liberdade e naturalidade no parto. No entanto, a grande maioria promove o acesso à informação como forma de redução da ansiedade no momento do parto e permite a presença de uma pessoa significativa para a grávida, durante o trabalho de parto e parto.

Roper, Logan e Tierney (1995, cit. por Couto, 2003, p.42) referem que “ (...) quase todas as pessoas são literalmente trazidas ao mundo por um profissional de enfermagem”, o que traduz manifestamente a nossa responsabilidade e importância nesta área. De facto pode dizer-se que o enfermeiro tem um papel a assumir na

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

preparação para o parto, em vez de o descurar como tem feito até à actualidade, permitindo que profissionais de outras áreas, nem sempre tão habilitados como deviam, assegurem esta preparação. “ (...) Como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e de doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciados por outros técnicos” (Ribeiro, 1995 cit. por Couto, 2003, p.43).

Assim, cabe aos enfermeiros, consciencializarem-se da importância da sua função e promoverem o direito que assiste a todas as mulheres de terem um parto com qualidade! Para tal, defende-se que o avanço tecnológico e científico a que se chegou não são por si só suficientes, também a prestação de cuidados deve ser de qualidade de modo a corresponder às expectativas das utentes e família.

De acordo com Collière (1999, p.235) “(...) cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é primeiro que tudo um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se (...)”.

O enfermeiro deve ser capaz de criar um clima propício ao estabelecimento de uma relação recíproca desde o primeiro contacto com a grávida e em todas as fases do trabalho de parto, partilhando os seus sentimentos e ajudando-a e encorajando-a a colaborar com o seu próprio corpo e com a equipa de saúde. Também o companheiro deve ser incluído, dispondo de suporte emocional e de informação sempre que necessário.

É essencial que haja individualização dos cuidados nesta área, uma vez que cada mulher vive de forma diferente a fase de trabalho de parto e parto. Os profissionais de saúde devem ajudar cada mulher a enfrentar e falar sobre os seus medos e angústias adoptando estratégias que lhes permitam enfrentar esses receios e viver a sua experiência de parto de forma mais tranquila e satisfatória.

## 5 – AS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM A ANTECIPAÇÃO DO PARTO, A EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO E A FREQUÊNCIA DE CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO.

### 5.1 – As variáveis que influenciam as expectativas ou antecipação do parto

A preocupação da mãe com a saúde e bem-estar do bebé domina a forma como a mulher antecipa o seu parto (Conde & Figueiredo, 2007), sendo que a informação dada pelos profissionais de saúde, pela mãe, amigos e/ou família influencia bastante o tipo de expectativas que a grávida tem em relação ao parto (Bester & Nolte, 1992 cit. por Costa, 2004).

Segundo Canavarro (2006, p.20) “a forma como agimos e sentimos dependem das representações esquemáticas que temos da realidade.” Assim, para a mesma autora, a forma como são vividos os processos de gravidez e maternidade, onde está incluído o momento do parto, depende, essencialmente de factores históricos, sócio-culturais, genéticos e associados à história pessoal (como a relação da grávida com a mãe, experiências prévias de gravidez e maternidade e profissão, relações interpessoais e relação conjugal), bem como de factores associados aos processos cognitivos, como a tomada de decisão ou não de engravidar e comportamentos durante a gravidez.

Para Fridh e Gaston-Johansson (1990 cit. por Costa et al., 2006) as expectativas das grávidas, primíparas ou múltiparas, tendem a não ser realistas, não havendo consenso em relação aos factores que levam ao registo desse facto. Ainda assim é de referir que alguns estudos concluem que o tipo de parto é um mediador importante para esse facto, sendo que a ocorrência de parto eutócico com analgesia epidural promove a confirmação das expectativas que a mulher tinha em relação ao seu parto (Figueiredo et al., 2002).

### 5.1.1 – Variáveis sociodemográficas

As características pessoais da mulher (ansiedade generalizada, medo, baixa auto-estima, neuroticismo, depressão, humor negativo), características do companheiro (baixo nível de bem-estar psicológico), insatisfação com o companheiro e falta de suporte social influenciam a forma com a grávida antecipa o seu parto e a sua postura nesse momento (Costa et al., 2006).

As mesmas autoras referem que a ansiedade e menor idade da grávida, baixo nível de escolaridade, profissões de reduzida qualificação, agregados familiares alargados ou em que o companheiro está ausente, constituem factores que interferem na formulação de expectativas de parto da grávida, originando expectativas mais negativas.

Rautava (1989, cit. por Costa et al., 2006), referiu que as mesmas variáveis supracitadas se relacionavam também com menos conhecimentos acerca do parto, desvalorização da informação e mais descuido com cuidados relativos à gravidez.

### 5.1.2 – Apoio social

Como apoio social considera-se neste estudo, o apoio dos amigos, companheiro e família, pelo que se descrevem características das diferentes relações estabelecidas pela grávida.

Para Figueiredo e cols. (2006), a rede de apoio social e a qualidade das relações significativas (com o companheiro e com a sua própria mãe) são particularmente importantes em alturas da vida em que o indivíduo tem de se adaptar a situações de elevado stress e exigência desenvolvimental, tal como a fase de transição para a parentalidade.

Por outro lado, a presença de conflitos, dificuldades, falta de apoio e de intimidade conjugal durante a gravidez, que de acordo com alguns estudos efectuados, são situações que surgem na maioria dos casais, levam a uma diminuição da satisfação conjugal (e.g., Belsky et al, 1993; Cox, Paley, Burchinal, & Payne, 1999; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990; Gloger-Tippelt & Huerkamp,

1998; Ruble, Fleming, Hackel, & Charles, 1998; Waldron & Routh, 1981, cit. por Figueiredo et al., 2006).

A qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro depende de um conjunto diverso de factores, tais como: a paridade, a qualidade do relacionamento com e entre os pais durante a infância, o estilo de vinculação e a presença de sintomatologia psicopatológica. No que se refere à paridade, os estudos mostram que as mulheres primíparas revelam maior satisfação conjugal do que as múltiparas (Belsky et al., 1983; Windridge & Berryman, 1996, cit. por Figueiredo et al., 2006). O mesmo acontece quando a gravidez foi planeada em relação às gravidezes que não foram planeadas (Cox et al., 1999, cit. por Figueiredo et al. 2006) e quando a mãe tem maior idade comparativamente às mães adolescentes (Figueiredo, Martins, Matos, Jongenelen, Horta & Soares, 1988 cit. por Figueiredo et al., 2006).

A experiência do indivíduo com a sua família durante a infância (a sua relação com os pais e a relação dos pais entre si) afecta também o modo como se ajusta à transição para a parentalidade (Belsky & Isabella, 1985, cit. por Figueiredo et al., 2006). Alguns autores verificam que o facto dos sujeitos recordarem a relação conjugal dos pais na infância como não harmoniosa, é uma dimensão determinante no modo como se sentem com o companheiro durante a gravidez e pós-parto (Belsky et al, 1993 cit. por Figueiredo et al., 2006). Um estilo de vinculação inseguro associa-se igualmente a um pior relacionamento com o companheiro. (Rholes, Simpson, Campbell, & Grich, 2001 cit. pelas mesmas autoras acima referidas).

### 5.1.3 - Preparação para o parto

O medo está muitas vezes associado, entre outros factores, a histórias negativas e informação alarmante dada pelos outros, refere Melender (2002, cit. por Costa et al., 2006).

Assim, e de acordo com as mesmas autoras, a preparação para o parto serve não só para aumentar os conhecimentos da grávida, aumentando em simultâneo, os seus níveis de confiança, como também para permitir à mesma o encontro de estratégias apropriadas para lidar com o medo do parto.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Para Costa e cols. (2006), a preparação para o parto é um factor que influencia a antecipação do parto, corroborando dados referidos por Figueiredo e cols. (2002), que explicam que o aumento de informação a par do contacto com pessoas significativas no parto proporciona uma experiência de parto mais positiva, através da redução dos níveis de ansiedade.

### 5. 2 – As variáveis que influenciam a experiência e satisfação com o parto

Mesmo já sendo conhecidos muitos dos factores que influenciam a qualidade da experiência de parto e as consequências futuras que uma má experiência de parto pode acarretar, ainda se constata, actualmente, que o parto ocorre muitas vezes em circunstâncias desfavoráveis para a mulher.

A qualidade desta experiência é determinada pela cultura em que a grávida se insere, uma vez que do tipo de cultura de uma sociedade depende em grande escala as características individuais, sociais, situacionais, o tipo de apoio oferecido, o significado dado à dor e até a filosofia dos cuidados de saúde.

#### 5.2.1 – Antecipação do parto

As grávidas que apresentam maiores índices de medo e ansiedade antes do parto e menos estratégias de “coping” têm maior probabilidade de ter uma cesariana de urgência (Ryding et al., 1998 cit. por Costa et al., 2006).

O elevado sentimento de medo contribui ainda para experiências emocionais menos favoráveis após o parto (Areskog et al., 1983 citado pelas mesmas autoras acima referidas).

Ainda segundo as mesmas autoras, a associação entre medo e ansiedade severos e depressão, desequilíbrio emocional, sentimentos ambivalentes em relação à amamentação e experiências de parto mais negativas é ainda mais evidente em primíparas.

### 5.2.2 - Apoio social

O facto do companheiro ou outra pessoa significativa partilharem este momento com a mãe, bem como poderem ver e tocar logo no bebé após o nascimento, são aspectos que as mulheres também apontam como determinantes para uma boa experiência no parto (Cranley et al., 1983 e Figueiredo & Alegre, s.d). Também Pacheco e cols. (2005 p. 6), referem que “o suporte e a informação acerca do parto e o apoio de pessoas significativas neste momento são necessidades básicas referidas não só pelas mulheres grávidas como também pelas equipas de enfermagem”, sendo que a presença do pai ou outra pessoa significativa no parto normal ou cesariana, traz efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher (reduzindo a tensão e a ansiedade), revestindo-se ainda de maior importância no caso de cesariana.

No entanto, o tipo de companhia escolhida e o que se espera desse acompanhante, varia de uma mulher para outra.

Antes do parto, as mulheres preferem geralmente estar sozinhas ou se têm companhia preferem estar em silêncio ou conversar sobre temas não relacionados com o parto. Já depois do parto, tendem a desejar a companhia de outras pessoas e gostam de falar sobre a sua experiência de parto (Rofe & Lewin, 1986 cit. por Figueiredo et al., 2002).

### 5.2.3 – Preparação para o parto

As mulheres que frequentaram aulas de preparação para o parto tendem a referir menos dor, menos emoções negativas como o medo e a tristeza e mais energia e humor positivo, pelo que se considera que esta preparação ajuda a formar expectativas realistas e sentimento de segurança em relação ao parto (Figueiredo et al., 2002).

As mulheres que lembram o seu parto como pouco doloroso e como uma boa experiência, demonstram mais conhecimentos acerca do parto e um nível mais elevado de confiança após as aulas de preparação para o parto, apresentando níveis mais baixos de ansiedade (Costa et al., 2006).

#### 5.2.4 - Tipo de parto

Figueiredo e cols. (2002) defendem que o tipo de parto interfere na experiência e satisfação da mulher com o parto, bem como no estabelecimento da ligação inicial da mãe ao bebé e nos cuidados que lhe presta, sendo que o parto eutócico é o que está ligado a maiores níveis de satisfação, a uma percepção mais positiva do parto e a uma ligação mais adequada com o bebé.

Para as mesmas autoras, as mulheres submetidas a uma cesariana tendem a ver o seu parto como anormal e a ter um estigma social. Contudo, mesmo dentro do grupo de mulheres que foram cesariadas há diferentes níveis de satisfação dependendo do tipo de anestesia utilizada e do planeamento da cesariana, sendo que as mulheres que foram anestesiadas localmente têm melhor percepção do parto do que as que tiveram anestesia geral. E as mulheres que foram submetidas a uma cesariana não planeada têm uma percepção mais negativa do seu parto, têm menos tendência para amamentar e mostram menor envolvimento emocional com o bebé do que as que fizeram uma cesariana planeada.

Também Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003) concluem que a experiência de parto da mulher é mais positiva no caso de ter um parto eutócico em relação à cesariana e é significativamente mais positiva no caso de ter tido analgesia/anestesia epidural, quer no parto eutócico, quer na cesariana, respectivamente, do que não ter tido analgesia ou ter tido anestesia geral, respectivamente, pelo que se constata que a dor sentida durante o parto também é um factor importante enquanto influenciador da experiência de parto.

Mackey (1990 cit. por Costa 2004), concluiu que a maioria das mulheres refere como experiência de parto ideal, um parto curto, rápido e bem gerido pelas próprias.

O número de cesarianas tem vindo a aumentar consideravelmente nos últimos vinte anos, em detrimento dos partos instrumentados (ventosa ou fórceps), por se pensar erradamente que é a melhor forma de diminuir o sofrimento fetal e garantir a isenção de traumatismos no bebé (Graça et al., 2000). Estando conscientes destes factores e do impacto negativo que esta decisão pode ter nas futuras mães, cabe aos profissões repensarem os valores que norteiam a sua prática e, por outro lado, preparar melhor as mulheres para a eventualidade de ocorrer uma cesariana, idealmente através da preparação para o parto ou informando-as com a maior antecipação possível, aumentando a sua capacidade

de participar na tomada de decisão e valorizando desta forma a sua satisfação com o parto (Figueiredo et al., 2002).

Resumindo todos estes factores, Costa e cols. (2003, p.65) referem que “a não confirmação de expectativas prévias, a falta de preparação, de informação e de participação nas decisões médicas, a presença de níveis elevados de dor, o tipo de parto, o desconforto emocional e de sentimentos negativos durante o parto, podem ser responsáveis pela insatisfação observada” em algumas mulheres. Ressalvam ainda que a presença de uma pessoa significativa no parto tem sido referido como um factor positivo de satisfação.

A oportunidade dada à mãe para contactar de imediato com o bebé, assim que ele nasce também é vista como um factor que influencia positivamente a experiência de parto (Figueiredo et al., 2002).

### 5.3 – As variáveis que influenciam a frequência de curso de preparação para o parto

O medo, a tensão e a dor, são três aspectos importantes que são trabalhados e geridos na preparação para o parto sendo necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e criar condições para minimizar a dor, no momento do parto.

Não tendo sido encontrados dados específicos em relação a esta matéria na revisão bibliográfica, constata-se apenas que as mulheres recorrem à preparação para o parto para enfrentar o momento do parto com mais informação e confiança (Burroughs, 1995 e Couto, 2003).

Posteriormente, Couto (2006) aborda os objectivos de um curso de preparação para o parto, o que se pensa que também possa ser visto como objectivo da grávida ao decidir realizar o referido curso. Desta forma, a necessidade de informação sobre a gravidez, parto e recém-nascido, a necessidade de diminuir senão eliminar o medo e a ansiedade sentidos pela grávida, a redução ao mínimo da dor no parto, necessidade de saber colaborar com o próprio corpo para que todo o processo de trabalho de parto e parto decorra mais facilmente, conviver com outras grávidas, o que reduz a tensão e aumenta a segurança e solidariedade, promover a oportunidade do futuro pai se informar e esclarecer sobre a gravidez,

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

parto, as suas funções e cuidados a prestar ao recém-nascido, conhecer as instalações em que irá decorrer o parto, vindo reduzida a ansiedade através da eliminação de alguns factores desconhecidos são alguns factores que podem levar as grávidas a aderir aos cursos de preparação.

Green e Lewis (1996) referem que as alterações comportamentais no parto são determinadas por aspectos ambientais e demográficos, como a idade, nível social e económico, religião e por factores cognitivos como as atitudes, influência social e expectativas de auto-eficácia.

Assim, se virmos a preparação para o parto como uma oportunidade para se adoptarem comportamentos e estratégias a desenvolver no momento do parto, podemos afirmar que as características demográficas e cognitivas parecem ter algum peso na decisão de frequentar ou não um curso de preparação para o parto.

## CAPÍTULO II – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

### 1 - Objectivos do estudo

Para Pacheco e cols. (2005), o período de gestação tende a ser uma fase positiva na vida de uma mulher. No entanto, factores como o medo, a incerteza, a insegurança e a ansiedade podem tornar esta fase mais difícil de viver, principalmente no último trimestre, pela aproximação do momento do parto, altura em que a mulher sente que tem que ser capaz de corresponder às expectativas, tanto suas como às dos outros.

Muitas vezes a grávida não dispõe de toda a informação que desejaria em relação ao parto o que aumenta a sua preocupação em relação a este momento, podendo levar a que não se prepare ou se prepare de forma menos adequada para o parto, aumentando a possibilidade de se comportar de maneira menos eficaz o que aumentará o seu descontentamento ou insatisfação por não ver confirmadas as expectativas iniciais.

Posto isto, pode inferir-se que o parto é um acontecimento muito significativo na vida de uma mulher, particularmente o momento em que vê e pega pela primeira vez no bebé. De tal forma que o modo como o parto é vivido é determinante no seu bem-estar psicológico e nas relações que conseguirá estabelecer com os seus significativos, especialmente com o bebé (Costa et al., 2004).

Assim, de acordo com a revisão bibliográfica efectuada, foram traçados os seguintes objectivos:

- Identificar factores que influenciem as expectativas e satisfação em relação ao parto, em primíparas;

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

- Descrever e comparar o apoio social e familiar recebido na gravidez com o nível de expectativas e satisfação com o parto;
- Comparar o nível de expectativas e de satisfação com o parto com a realização de curso de preparação para o parto;
- Identificar razões que promovam a adesão ou não por parte das grávidas, aos cursos de preparação para o parto;

### 2 - Questões de investigação

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Talbot, 1995 cit. por Fortin, 1999). Surgem directamente dos objectivos mas são mais específicas (Fortin, 1999).

Assim, no seguimento dos objectivos estabelecidos foram definidos diferentes níveis de relações entre as variáveis a estudar, adoptando uma variável como dependente em cada grupo ou nível, uma vez que havia interesse em saber a relação de cada variável com cada variável independente.

No último grupo de questões, adoptou-se uma variável independente, relacionando-a com outros factores.

#### **Grupo I (primeiro nível)**

Neste primeiro nível, a variável dependente é a **Antecipação do parto**, uma vez que interessa saber a relação que esta variável poderá ter com as características sociodemográficas, com o apoio social existente e a frequência de curso de preparação para o parto.

Tal como é defendido por Pacheco e cols. (2005), as mulheres mais novas, com baixo nível de escolaridade, profissões de reduzida qualificação, agregados familiares alargados ou no qual o companheiro está ausente são as que têm mais dificuldade em fazer uma adequada antecipação do parto.

Um estudo de Costa e cols. (2003) conclui que o facto da grávida não se preparar nem se informar adequadamente, acerca dos diferentes tipos de parto a

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

que poderá estar sujeita, faz com que as suas expectativas possam não se confirmar.

Assim, estabeleceram-se as seguintes questões de investigação:

1 – A idade da grávida primípara influencia a antecipação que a mesma faz do parto?

2 – As habilitações literárias da grávida primípara influenciam a sua antecipação para o parto?

3 – A profissão da mulher influencia a antecipação que a mesma faz do parto?

4 - O desejo da gravidez influencia a antecipação que a grávida primípara faz do parto?

5 – Haverá relação entre o apoio social existente e a antecipação que a grávida primípara faz do parto?

6 - A frequência de curso de preparação para o parto influencia a antecipação do parto?

### **Grupo II (segundo nível)**

A variável dependente é a **Experiência e satisfação com o parto**, na medida em que se considera importante saber a relação que esta variável tem com a percepção de apoio social por parte da grávida, com as características sociodemográficas, a antecipação que faz do parto, com os conhecimentos que a grávida tem acerca do parto, com o tipo de parto ocorrido e uso de analgesia epidural.

Segundo Costa e cols. (2003), a qualidade da experiência de parto depende de vários factores, entre os quais, o tipo de parto, expectativas prévias da grávida, o nível de suporte social e o nível de participação activa da mulher nas decisões médicas, que consideramos que se verifica tanto mais quanto mais conhecimentos a mulher tem acerca da situação que está a viver.

Assim, surgiram as seguintes questões de investigação:

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

7 – A idade da grávida influencia a sua satisfação com o parto?

8 – As habilitações literárias da grávida influenciam a sua satisfação com o parto?

9 – A profissão da grávida influencia a sua satisfação com o parto?

10 – O apoio social influencia a experiência e satisfação com o parto das grávidas primíparas?

11 – A antecipação que a grávida primípara faz do parto influencia a sua experiência e satisfação no parto?

12 - O tipo de parto relaciona-se com a satisfação com o parto?

13 - A utilização de analgesia epidural influencia a satisfação com o parto?

14 – A frequência de curso de Preparação para o parto influencia a experiência e satisfação no parto?

### **Grupo III (terceiro nível)**

A variável dependente é a **Preparação para o Parto**. Considerou-se importante compreender os factores que influenciam o facto da mulher decidir realizar ou não preparação para o parto.

Segundo Couto (2006), a grávida que realiza preparação para o parto é aquela que considera importante conhecer o que se passa consigo e com o seu corpo e tem necessidade de diminuir a ansiedade, o medo e a sua expectativa de dor, através da desmistificação de preconceitos baseados em tradições e mitos.

Partindo destes pressupostos, definiram-se as seguintes questões:

15 – A idade da grávida primípara influencia a sua decisão de realizar curso de Preparação para o Parto?

16 – As Habilitações literárias da grávida primípara, influenciam a sua decisão de realizar ou não curso de Preparação para o Parto?

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

17 – O apoio social influencia a decisão da grávida primípara de realizar o curso de Preparação para o Parto?

18 – Será que a antecipação que a grávida primípara faz do parto influencia a sua decisão de realizar o curso de Preparação para o Parto?

19 – O desejo da gravidez da grávida primípara influenciará a sua decisão de realizar curso de Preparação para o Parto?

### **Grupo IV (quarto nível)**

Num outro nível, estabeleceu-se a Preparação para o Parto como variável independente e o tipo de parto com variável dependente, uma vez que a revisão bibliográfica sugere que a preparação para o parto é uma forma de contribuir para a diminuição do estado de ansiedade (Bobak et al., 1999) o que por sua vez, permite mais segurança e auto controlo à grávida ou parturiente, prevenindo partos distócicos (Soifer, 1992).

20 – Será que o facto da grávida ter realizado curso de Preparação para o Parto influencia o tipo de parto que ocorre?

21 – Será que as grávidas que frequentam o curso de preparação para o parto se sentem adequadamente preparadas para o momento do parto?