

Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas (*)

BÁRBARA FIGUEIREDO (**)

RAQUEL COSTA (**)

ALEXANDRA PACHECO (**)

1. ENQUADRAMENTO SOCIAL E CULTURAL

«*Childbirth is an intimate and complex transaction whose topic is physiological and whose language is cultural. Neither element is available without the other*» (Lozoff, Jordan, & Malone, 1988, p. 37).

Na maior parte das sociedades, considera-se que o parto e o pós-parto imediato são períodos de risco para a mãe e o bebé, pelo que se produziu um sistema de crenças e de práticas bastante uniformes e ritualizadas, para lidar com o perigo e a incerteza ligados ao parto. Este sistema específica a forma de enfrentar os aspectos psicológicos e sociais do parto, pelo que, embora as práticas relativas ao parto sejam bastante distintas entre culturas, não são grandes as variações sus-

ceptíveis de serem observadas no quadro de uma mesma cultura.

A visão do parto, nomeadamente enquanto fenómeno natural ou médico, varia muito de cultura para cultura, assim como varia o lugar que é dado à dor neste processo. A forma como o parto é considerado determina muitas outras diferenças que são também observadas, *inclusive* nas sociedades ocidentais (por exemplo, entre os EUA, a Alemanha, a Holanda e a Suécia), em importantes aspectos do parto – como seja, no tipo de preparação, local (casa ou hospital), pessoas que assistem e que estão envolvidas (técnicos ou pessoas significativas), recurso à tecnologia médica e à medicação e participação da mulher nas decisões a tomar (Lozoff et al., 1988) – fazendo com que a experiência de parto seja culturalmente determinada. Para além disso, como veremos ao longo deste artigo, a visão acerca do modo como o parto deve decorrer mudou radicalmente nos últimos tempos, o que igualmente se traduziu em mudanças muito significativas nos aspectos acima assinalados (Figueiredo, 2000).

Mesmo assim, em todas as sociedades, *inclusive* nas não industrializadas, existe elevada preocupação com a dor e a morte associadas ao parto, dimensões que são sempre reconhecidas

(*) Este estudo foi desenvolvido com o apoio do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian.

(**) Departamento de Psicologia da Universidade do Minho. Maternidade Júlio Dinis (Porto).

das como integrantes da experiência de parto (Lozoff et al., 1988). Em função disso, todas as sociedades procuraram produzir métodos com vista à redução da dor e do perigo de morte envolvidos no parto.

Em Portugal, por exemplo, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direcção Geral de Saúde contempla especificamente a dor de parto. Este documento recomenda a utilização de anestesia epidural e aponta a necessidade de informar as futuras mães acerca desta técnica, no sentido de proporcionar uma escolha consciente. Apresenta ainda as vantagens e riscos da analgesia epidural e dá indicações particulares para a sua utilização. Considera que «*a analgesia do parto, adquire contornos de um direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e direito de opção consciente perante este acontecimento tão importante*» (Direcção Geral de Saúde, 2001).

2. A EXPERIÊNCIA DE PARTO

A maior parte das mães descreve um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da sua experiência de gravidez e parto. No entanto, se as mães tendem a falar da sua vivência de gravidez, o parto em si, geralmente considerado como uma experiência difícil, não parece ser um acontecimento que espontaneamente apontem como importante, embora o momento em que contactam pela primeira vez com o bebé seja referido como significativo por quase todas as mães.

Lee (1995), por exemplo, conduziu um primeiro estudo sobre uma amostra de 36 mulheres (80% caucasianas, 20% afro-americanas), primíparas (42%) e múltiparas (58%), com idades entre os 18 e os 41 anos, as quais foram entrevistadas acerca da sua experiência de gravidez e parto, durante o primeiro ano do puerpério. Os resultados desta investigação mostram que, embora alguns acontecimentos sejam referidos por apenas algumas mães, existe uma concordância substancial nos seguintes oito aspectos, assinalados como os mais importantes acontecimentos da gravidez por uma elevada percentagem de sujeitos da amostra: saber que está grávida (100%), dizer que está grávida (100%), sentir os

movimentos do bebé (100%), comprar roupas de grávida (100%), realizar testes pré-natais (ultra-sons e amniocentese) e receber os resultados dos mesmos (92%), frequentar aulas de preparação para o parto (84%), ruptura das membranas (92%), ver o bebé pela primeira vez (100%). Este investigador salienta que apenas algumas mães falam do parto (17%), e um reduzido número (8%) refere os aspectos negativos da experiência de parto (tais como, a longa duração e o desconforto sentido).

Numa segunda fase deste mesmo estudo, Lee realiza uma entrevista estruturada a uma amostra de 63 mulheres (82% caucasianas, 18% afro-americanas), primíparas (49%) e múltiparas (51%), com idades entre os 20 e os 45 anos. Com base nesta entrevista concluiu que os acontecimentos seleccionados na fase anterior podem realmente ser considerados significativos para a grande parte das mulheres, mesmo que alguns sejam mais significativos que outros, em termos do seu impacto emocional. Por ordem decrescente de importância, os acontecimentos foram ordenados do seguinte modo pelas participantes no estudo, no que se refere à primeira gravidez: ver o bebé pela primeira vez, saber que está grávida, realizar testes pré-natais (ultra-sons e amniocentese) e receber os resultados dos mesmos, sentir os movimentos do bebé, ruptura das membranas, dizer que está grávida, comprar roupas de grávida, frequentar aulas de preparação para o parto. Ligeiras diferenças na ordenação foram contudo observadas quando as mães foram inquiridas no que se refere à sua segunda gravidez. O autor considera que, tendo em conta o seu impacto emocional, os acontecimentos assinalados referem-se aos mais importantes marcos dos processos psicológicos relativos à gravidez e ao parto.

No que diz mais propriamente respeito ao parto, que é o principal alvo do nosso interesse, a maior parte das vezes a experiência de parto é, sob diversos aspectos, relatada como uma experiência difícil, sendo que quanto mais difícil é a experiência de parto pior é o ajustamento emocional da mulher no puerpério, assim como menos adequada a relação que estabelece com o bebé.

Thune-Larsen e Pedersen (1988), por exemplo, estudaram a experiência de parto numa amostra heterogénea de 161 mulheres norueguesas: casadas (86%), a viver em regime coabita-

ção (12%), ou solteiras (2%), primíparas (39%) ou múltiparas (61%). No dia seguinte ao parto, entrevistam as mães no que se refere à dificuldade, dor, ansiedade, perda de controlo, confusão e emoções sentidas durante o parto, bem como à cooperação com o companheiro e com a equipa médica. Mais tarde, no 5.º dia após o parto, as participantes foram novamente entrevistadas (por exemplo, quanto à relação com o bebé) e uma avaliação global do seu funcionamento emocional foi efectuada. Os resultados obtidos neste estudo mostram que a maior parte das mães considera a experiência de parto como difícil (60%), mas está satisfeita ou muito satisfeita com a forma como lidou com o parto (71%). Durante o parto, a maior parte das mães sentiu: muita dor (80%) (para 47% a experiência foi realmente dolorosa e para 33% a dor foi insuportável), alguma ou muita ansiedade (58%), alguma ou muita falta de controlo (74%), perda da noção de tempo e de lugar (50%), e alguma ou muita emocionalidade negativa, mais frequentemente tristeza e zanga (87%).

Estes autores encontram evidências de que a qualidade da experiência da mulher durante o parto se relaciona com o seu estado emocional após o parto. As mães que relatam um parto mais difícil, assim como aquelas que referem mais dor, mais ansiedade, mais perda de controlo, da noção de tempo e espaço, e aquelas que exibem uma reacção emocional mais negativa para com o parto e apontam que tiveram menos suporte por parte dos técnicos, apresentam níveis mais elevados de perturbação emocional no 5.º dia do puerpério. Embora não se verifique uma relação entre a preparação para o parto ou a presença de companhia durante o parto e a ocorrência de perturbação emocional no 5.º dia após o parto, observa-se uma relação entre a insatisfação com a capacidade própria para lidar com o parto e a presença de perturbação emocional no 5.º dia do pós-parto.

A investigação tem vindo a mostrar que as experiências relativas ao parto são de extrema importância, interferindo de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma relação adequada com o bebé. Tendo em conta o impacto da experiência de parto no funcionamento global das mães e bebés, alguns autores dedicaram-se ao estudo dos factores susceptíveis de influenciar esta

experiência, evidenciando a importância particular das seguintes circunstâncias: presença de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional, tipo de parto, dor sentida durante o parto e possibilidade de contacto imediato com o bebé. É destes e de outros factores que falaremos em seguida, tentando expor alguns dos trabalhos realizados nestes domínios.

3. FACTORES SUSCEPTÍVEIS DE INFLUENCIAR A EXPERIÊNCIA DE PARTO

3.1. *Presença de pessoa significativa durante o parto*

Poder ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o parto e poder ver e tocar no bebé logo a seguir ao parto são aspectos que, hoje em dia, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma boa experiência de parto (Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Figueiredo & Alegre, *in press*). No entanto, nas sociedades não industrializadas, os homens foram geralmente excluídos do parto, à excepção do pai que pode permanecer junto da mãe, embora em apenas um quarto das diferentes sociedades que têm sido observadas (Lozoff et al., 1988).

Por sua vez, nas sociedades industrializadas, o tipo de companhia escolhida e as expectativas quanto ao que se espera dessa companhia podem variar significativamente de uma mulher para a outra. Rofé e Lewin (1986), por exemplo, estudaram uma amostra heterogénea, constituída por 300 mulheres residentes na área de Tel-Aviv (Israel), entrevistadas, minutos antes da sua admissão no hospital e após o parto, quanto ao desejo de companhia e tipo de companhia durante o parto (por exemplo, uma enfermeira que proporcione suporte ou o marido) e quanto ao nível de ansiedade, avaliado através de 3 itens, numa escala de tipo *Likert*, de 1 a 5. No dia seguinte ao parto, as participantes preencheram a *Repression-Sensitization Scale* (RSS, Byrne et al., 1963) para avaliar o tipo de resposta emocional a acontecimentos *stressantes*.

Estes autores observam que, antes do parto, as mulheres geralmente tendem a querer ficar sozinhas e no caso de terem uma companhia prefe-

rem estar em silêncio ou a falar de temas irrelevantes para o parto; enquanto que, depois do parto, as mulheres geralmente desejam estar na companhia de outras pessoas e a maioria prefere uma companhia significativa e interessada em falar acerca de assuntos relacionados com o parto.

No entanto, esta investigação assinala diferenças individuais significativas que importa igualmente referir. Com efeito, a tendência para querer estar sozinha e não desejar a companhia de outras mulheres nos momentos que precedem o parto é mais elevada nas participantes que apresentam maior tendência para reprimir as emoções, menor ansiedade, níveis educacionais mais elevados e são primíparas. Embora este estudo verifique uma associação positiva entre o nível educacional e a preferência da mãe pela presença do companheiro durante o parto, essa associação não se mostrou significativa quando o nível de ansiedade ou a tendência da mãe para reprimir as emoções foi considerado.

Os autores concluem que, no período que antecede o parto, as mulheres evitam estar com outras pessoas e falar acerca de assuntos relacionados com o parto; esta seria uma forma de lidar com o stress gerado pela aproximação do parto, situação considerada de stress inevitável. No entanto, no período pós-parto, a presença de outras pessoas e o relato da experiência de parto são geralmente desejados pela mulher.

Contudo, vários estudos têm vindo a mostrar que a presença do pai ou de uma outra figura de suporte durante o parto tem efeitos muito positivos no bem estar físico e emocional da mulher, tanto no caso do parto normal (Brazelton, 1981; Cranley et al., 1983), como no caso do parto por cesariana (Marut & Mercer, 1979; Gainer & Van Bonn, 1977). Em particular, no caso do parto por cesariana, verifica-se que quando o pai está presente, a mãe tem mais prazer, sente-se menos sozinha e revela menos preocupação com o estado de saúde do bebé (Gainer & Van Bonn, 1977).

Mesmo assim, Keinan e Hobfoll (1989, cit. por Freitas, 2001), numa investigação realizada também em Israel, sobre 31 mulheres primíparas e 36 múltíparas, casadas e com uma média de 27 anos de idade, verificaram que apenas as mães mais dependentes e as mães primíparas revelam menor tensão emocional, especificamente,

menor ansiedade e revolta, quando o marido está presente durante o parto. Este estudo remete-nos mais uma vez para a influência de factores relacionados com as características individuais e situacionais, a ter em conta quando nos reportamos ao efeito geralmente benéfico de determinadas condições de parto, neste caso a presença do cônjuge durante o parto.

3.2. *Tipo de parto*

Tem havido um grande debate a propósito do impacto da intervenção médica durante o parto, nomeadamente na satisfação da mulher com o parto, no seu bem-estar físico e emocional e na relação que estabelece com o bebé no pós-parto, sendo que os resultados dos estudos conduzidos com o objectivo de avaliar esse mesmo impacto são por vezes contraditórios. A diversidade de resultados pode ficar a dever-se ao facto de as mães não terem a mesma concepção que os médicos quanto ao que consideram intervenção médica. Com efeito, as mães, por exemplo, dão muita importância à episiotomia que não é geralmente considerada uma intervenção médica significativa e dão igual importância à cesariana, ao fórceps e à analgesia epidural, enquanto que os médicos dão muito mais importância à cesariana (Clement, Wilson, & Sikorski, 1999).

Não obstante, a investigação realizada no sentido de perceber a influência do tipo de parto na experiência de parto e no estabelecimento da relação com o bebé, tem vindo persistentemente a assinalar que o tipo de parto interfere na experiência da mulher e, conseqüentemente, na percepção e satisfação com o parto, assim como no estabelecimento da ligação inicial da mãe ao bebé e nos cuidados que lhe dedica. Para além dos efeitos benéficos que decorrem da possibilidade de a mãe entrar e permanecer em contacto com o bebé logo a seguir ao parto, assinalados nos estudos realizados nos anos 70 por Klaus e Kennell¹, outros efeitos foram mais recentemente

¹ Na investigação de Klaus e Kennell (1976), junto das mães a quem o bebé não foi retirado e se permitiu o contacto corporal com o bebé nos momentos que se seguiram parto, verificou-se uma maior proximidade

observados, especificamente em consequência do tipo de parto, como veremos de seguida.

O estudo do impacto do tipo de parto tem sido alvo do interesse de vários investigadores, os quais, como passamos a apresentar, verificaram que geralmente as mulheres com um parto normal relatam maior satisfação, têm uma percepção mais positiva do parto, assim como estabelecem uma relação mais adequada com o bebé.

Marut e Mercer (1979), por exemplo, administraram, 48 horas após o parto, a «*Perception of Birth Scale*», com vista a avaliar as percepções acerca da experiência de parto, em dois grupos de mulheres primíparas norte-americanas (N=50): 30 que tiveram um parto normal e 20 que tiveram um parto por cesariana.

Verificam que as mulheres com um parto normal percebem de forma muito mais positiva a experiência de parto do que as mulheres que foram sujeitas a uma cesariana, as quais, entre outros aspectos, hesitam mais e demoram mais tempo a dar um nome ao bebé, tendem a ver o seu parto como não normal e a ter um estigma social. No grupo das puérperas que fizeram uma cesariana, observam que as que tiveram anestesia local têm melhor percepção do parto do que as que foram submetidas à anestesia geral, assim como verificam que a presença de uma figura de suporte durante o parto torna mais positiva a experiência da mulher.

Estes autores concluem que a cesariana tem um profundo impacto adverso sobre a percepção e satisfação da mulher com o parto, o que se repercute nos sentimentos da mãe para com o bebé, sendo que a presença do pai e o sentimento de participar na decisão tomada diminuem esse impacto negativo. Consideram que a anestesia

com o bebé um mês depois do parto, estratégias mais eficazes de apaziguamento do mal-estar do bebé ao ano de idade e mais estimulação verbal do bebé aos 2 anos de idade. Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos realizados em diversos contextos culturais (e.g., DeVries, Wellems-Camus, & Landeur-Heyrant, 1983; Windstrom, Wahlberg, Matthiesen, Eneroth, et al., 1990), designadamente no nosso país (Gomes Pedro, 1982), e mostram a importância do contacto imediato com o bebé na qualidade da interacção e dos cuidados que a mãe providencia ao bebé (para uma revisão ver Figueiredo, 2001).

geral não permite que a mulher se certifique do que se está a passar e estabeleça de imediato uma relação com o bebé, o que interfere nos sentimentos maternos para com o bebé que são neste caso menos positivos.

Também Cranley et al. (1983) estudaram a percepção e satisfação das mulheres sujeitas a diferentes tipos de parto, tendo em conta o grau em que participaram nessa decisão, o tipo de anestesia no parto e a presença do marido. Para esse efeito, avaliaram, entre o 2.º e o 4.º dia após o parto, uma amostra de 122 mulheres, das quais 40 tiveram parto normal, 39 fizeram uma cesariana de emergência e 43 uma cesariana planeada.

As respostas dadas no «*Perception of Birth Scale*» (Marut & Mercer, 1979) e na «*Leifer Scale*» (Leifer, 1977), mostram que as mulheres que fizeram uma cesariana não planeada percebem mais negativamente a experiência de parto, têm menor apetência por aleitar ao peito e exibem menor envolvimento emocional com o bebé do que as restantes, que tiveram um parto normal ou uma cesariana planeada.

Mas este estudo evidencia também que a satisfação com o parto depende da conjugação de outros factores. Principalmente, da presença de suporte emocional durante o parto – pois as mulheres que foram acompanhadas por uma pessoa significativa têm melhor percepção da experiência de parto do que as que estiveram sozinhas – e da participação da mulher nas decisões relativas ao parto dado que as mães que sentiram estar a participar na decisão quanto ao tipo de parto mostram-se mais satisfeitas e com uma percepção mais positiva do parto o que se verificou ainda mais no caso da cesariana planeada e revela a importância de a mulher ser considerada na decisão a tomar, sobretudo nesta última condição. Por último, os resultados indicam ainda que existe uma associação significativa entre a satisfação da mulher com a experiência do parto e a qualidade dos sentimentos que dirige ao bebé durante a semana que se segue ao parto, sendo que quanto maior é a satisfação da mãe, maior é o seu envolvimento emocional positivo com o bebé. Esta associação é particularmente marcada para as mulheres que fizeram uma cesariana de emergência.

Quando a mãe e o bebé ainda se encontram no hospital e se observa a interacção entre eles, ve-

rifica-se que as mães que fizeram uma cesariana, passam menos tempo, cuidam menos, pegam menos ao colo e interagem menos com o bebê, em comparação com as mães que tiveram um parto normal. Este resultado foi encontrado nos seguintes estudos: Bradley, Ross, e Warnyca (1983), que consideram 90 mães com parto normal e 25 mães que foram alvo de uma cesariana não planejada; Tulman (1986), cuja amostra é composta por 452 mães com parto normal e 36 mães com parto por cesariana; Cummins, Scrimshaw, e Engle (1988), que investigam 36 mães que fizeram uma cesariana e um igual número de mães com parto normal. Por sua vez, as mães que tiveram uma cesariana avaliam menos positivamente o bebê e exibem menor envolvimento emocional positivo com ele (Bradley et al., 1983; Cranley et al., 1983; Cummins et al., 1988; Garel, Lelong & Caminsky, 1987; Hwang, 1987), assim como aleitam menos ao peito o bebê (Bradley et al., 1983; Cranley et al., 1983; Cummins et al., 1988; Tulman, 1986).

Uma razão para estas evidências empíricas pode ser o facto de, no caso de a mãe realizar uma cesariana, ser habitualmente maior o espaço de tempo que decorre entre o parto e o primeiro contacto com o bebê, o que compromete a qualidade da interacção e o envolvimento emocional que pode ocorrer entre ambos (Kearney, Cronenwett, & Reinhart, 1990; Tulman, 1986).

No entanto, os efeitos do tipo de parto sobre a qualidade da interacção mãe-bebê, observados durante os primeiros dias, não parecem manter-se em níveis estatisticamente significativos quando a interacção mãe-bebê é avaliada mais tarde no puerpério (e.g., Tulman, 1986); pois, alguns estudos que observam a interacção mãe-bebê quando a mãe e o bebê já regressaram a casa não verificam tais efeitos.

Gottlieb e Barrett (1986), por exemplo, não encontram efeitos adversos decorrentes do tipo de parto na qualidade da interacção mãe-bebê, avaliada ao 2.º e 30.º dias do pós-parto, quando compararam um grupo de 103 mães primíparas que tiveram parto por cesariana com um grupo de 103 mães primíparas que tiveram parto normal. Garel et al. (1988) também não verificam diferenças significativas na qualidade da interacção mãe-bebê, aos 2 e 12 meses depois do parto, num estudo que envolveu uma amostra de 34 mães que fizeram ou não uma cesariana. No en-

tanto, Pederson, Zaslow, Cain, e Anderson (1981), num estudo sobre 17 mães com parto normal e 6 mães que foram sujeitas a cesariana, observam que as mães que tinham tido uma cesariana providenciam menos estimulação táctil ao bebê, numa observação realizada em casa, 5 meses depois do parto.

Em clara oposição com os resultados dos estudos apresentados no parágrafo anterior, Field e Windmayer (1980) verificam que, embora as mães com parto por cesariana percepcionem de forma mais negativa o trabalho de parto e o parto, 4 e 8 meses após o parto, estas mães percepcionam de forma mais favorável o temperamento e têm expectativas mais realistas acerca do desenvolvimento dos seus filhos, do que as mães que tiveram um parto normal.

DiMatteo, Morton, Lepper, Damush, Carney, Pearson, e Kahn (1996) realizam uma extensa revisão da literatura que inclui 358 artigos e apresentam uma meta-análise sobre 74 estudos, publicados entre 1979 e 1993, os quais examinam as diferenças entre parto normal e parto por cesariana, em termos das repercussões numa série de 23 variáveis relativas à mãe e ao bebê.

Tendo em conta esses estudos, os autores concluem que o parto por cesariana implica um vasto conjunto de consequências adversas sobre a mãe e o bebê. Os resultados mais robustos sugerem que as mães que fizeram uma cesariana, sobretudo quando a cesariana não foi planejada, quando são comparadas com as mães que tiveram um parto normal: estão menos satisfeitas com a experiência de parto, quer no imediato quer até 12 meses depois do parto; têm menos probabilidade de vir a amamentar ao seio o bebê; expressam uma reacção inicial menos positiva para com o bebê, a qual se mantém 6 semanas depois do parto; demoram mais tempo a interagir pela primeira vez com o bebê; interagem menos com o bebê em casa, por exemplo, providenciam menos estimulação táctil, prestam menos cuidados, e têm menos brincadeiras íntimas com o bebê durante os seus primeiros 6 meses de vida. As mães que tiveram parto normal têm ainda menos probabilidade de vir a ter mais filhos. No entanto, não foram observados efeitos do tipo de parto em outras importantes variáveis, como seja, nos níveis de stress no hospital e em casa, na autoconfiança materna e na incidência de depressão pós-parto.

Tendo em conta os estudos apresentados até ao momento, pode concluir-se que o tipo de parto tem efeitos claros sobre a percepção e satisfação da mulher com a experiência de parto e efeitos menos claros sobre o bem-estar físico e emocional da mãe e a qualidade da relação que estabelece com o bebé. Para além disso, são mais visíveis os efeitos imediatos do que os efeitos *a posteriori* do tipo de parto sobre a qualidade da interacção da mãe com o bebé; o mesmo sugere que, como se verifica para o efeito de outras variáveis, a título de exemplo, a prematuridade do bebé (e.g., Alfasi, 1985; Crawford, 1982), os efeitos adversos que decorrem do tipo de parto podem vir a esbater-se com o tempo, à medida que outros aspectos vão interferindo no processo que determina a qualidade da interacção e dos cuidados da mãe ao bebé.

A investigação conduzida neste domínio mostra ainda que, de acordo com as práticas que são definidas pela instituição, quanto mais a mãe está envolvida e participa nas decisões relativas ao parto e também nos cuidados a prestar ao bebé logo a seguir ao parto, melhor é a experiência da mulher e a qualidade da interacção que estabelece com a criança (e.g., Devries, Wellemans-Camus, & Landeur-Heyrant, 1983).

Como pudemos verificar, na maior parte dos estudos atrás apresentados, o parto por cesariana pode ter um impacto negativo sobre a percepção e satisfação da mulher com o parto, assim como sobre outras dimensões que se referem ao ajustamento emocional e à relação e cuidados com o bebé. Os estudos acerca das consequências psicossociais do parto por cesariana evidenciam que este procedimento é susceptível não só de atenuar a experiência de vida positiva de dar à luz, como pode ainda implicar consequências psicossociais negativas (Fisher, Stanley, & Burrows, 1990; Fraser, 1983; Oakley, 1983). Na cesariana, a experiência cirúrgica potencialmente perturbadora do ponto de vista físico e psicológico, justapõe-se com a experiência de dar à luz, o que pode interferir nas tarefas psicológicas relativas à transição bem sucedida para o papel parental (DiMatteo et al., 1996). Por sua vez, os procedimentos médicos, particularmente quando acontecem de forma intrusiva, inesperada e sem conhecimento da mulher, tal como se verifica principalmente na cesariana não planeada, limitam a capacidade da mãe para assimilar adequa-

damente a experiência a que é sujeita (Cranley et al., 1983). Assim, quando uma cesariana acontece, sobretudo no caso de não ter sido planeada, existe um impacto adverso sobre a mulher, que se verifica a nível físico e psicológico. A nível psicológico, observa-se que a mãe está menos satisfeita com o parto e com ela própria, assim como vivencia um conjunto de sentimentos negativos de culpa e receio de ter falhado (Marut & Mercer, 1979). Esta situação parece dificultar o estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé, interferindo adversamente na qualidade da relação e dos cuidados que estabelece com ele. No entanto, três factores afectam esta circunstância: o tipo de anestesia, a presença ou não de uma figura de suporte, e o nível de controlo que a mulher tem sobre a situação. Geralmente, a percepção e satisfação com o parto, tanto quanto os aspectos que decorrem ao nível da relação com o bebé, aumentam quando a anestesia é apenas local, nomeadamente porque permite um contacto imediato com o bebé; quando pai está presente, o que é sentido como uma fonte de protecção e de suporte (Marut & Mercer, 1979; Gainer & Van Bonn, 1977); e quando é maior o sentimento de controlo da mãe sobre a situação (Cranley et al., 1983).

O número de cesarianas que é hoje em dia praticado corresponde a um aumento de 25% em relação ao número de há 20 anos a esta data. Este aumento nem sempre se ficou a dever a problemas atribuíveis a mãe ou ao bebé, pelo que os autores consideram que as implicações físicas e psicológicas, bem como os benefícios e riscos, desta ou de qualquer outra alternativa em termos de tipo de parto, devem ser considerados na decisão a tomar (DiMatteo et al., 1996). Por sua vez, quando a decisão de realizar uma cesariana tem mesmo que ser tomada, importa atender a um conjunto de circunstâncias psicológicas, no sentido de atenuar o impacto negativo que pode ter sobre o bem-estar da mãe. Principalmente, é de valorizar a preparação da mãe para a possibilidade de uma cesariana, aumentando a sua participação na decisão a tomar e, por conseguinte, a sua satisfação com o parto, assim como, durante o puerpério, é de valorizar o seu acompanhamento, com vista à promoção do aleitamento materno que neste caso se verifica com menor frequência (DiMatteo et al., 1996).

Cranley et al. (1983), por exemplo, alertam

particularmente para a necessidade de reformular a preparação para o parto, de modo a que seja considerada a cesariana, dada a elevada taxa com que hoje em dia este tipo de parto é praticado. Alertam ainda para a necessidade de, no caso de uma cesariana se justificar, explicar com a maior antecedência possível a situação e preparar devidamente a mãe para o que vai acontecer, procurando minimizar a interferência negativa desta circunstância sobre a satisfação com o parto, e, por consequência, sobre o envolvimento emocional e a qualidade dos cuidados prestados ao bebé.

Os recentes avanços da tecnologia obstétrica asseguraram que a mortalidade e a morbilidade peri-natal materna e infantil seja praticamente inexistente nos dias de hoje; porém, colocam um elevado número de novas exigências, físicas e psicológicas, a todos os intervenientes no processo. Por sua vez, a preparação para o parto tem sido uma das áreas privilegiadas da intervenção do psicólogo em contextos de saúde. No entanto, continua a existir um significativo hiato entre as expectativas e valores das mães e as novas formas de parto. Muitas mulheres não têm qualquer conhecimento das opções que dispõem para o parto, nomeadamente não sabem que podem escolher uma anestesia epidural, bem como desconhecem por completo o impacto que cada uma destas opções pode ter na sua experiência física e psicológica (Cranley et al., 1983). Isto é tanto mais importante quando se sabe que o maior conhecimento da mãe quanto ao processo de parto garante o seu melhor ajustamento psicológico a este acontecimento.

3.3. *Dor no parto*

O medo é a resposta mais prevalectante quando as mulheres são questionadas acerca da experiência de parto, este medo refere-se sobretudo à dor que podem vir a experimentar durante o parto, assim como ao bem-estar e sobrevivência da mãe e do bebé (Matthews, 1964). A dor parece ser uma experiência reconhecida como intrínseca e esperada durante o parto em todas as sociedades. No entanto, a importância que é dada à dor varia de sociedade para sociedade, sendo que em algumas sociedades, como por exemplo na Suécia, a experiência de dor é valorizada assim como são considerados os meios existentes para

reduzir a dor no parto. Noutras sociedades, como por exemplo nos EUA e na Alemanha, a dor é considerada como algo natural, sendo portanto minimizada a necessidade de interferir sobre este fenómeno (Lozoff et al., 1988).

A dor experimentada durante o parto não é facilmente esquecida e algumas mulheres relembram muitas vezes a dor intensa que sentiram, como se de uma situação traumática se tratasse, o que impede algumas delas de voltar a engravidar (Niven, 1988). A resposta de dor aquando do parto verifica-se, mesmo quando as mulheres são sujeitas a programas de preparação para o parto que visam reduzir essa circunstância (ver Wideman & Singer, 1984, para uma revisão) ou quando receberam analgésicos durante o trabalho de parto (Niven, 1988). Para além disso, uma experiência de parto dolorosa e complicada pode levar a problemas psicológicos adicionais no pós-parto, tais como distúrbios emocionais, problemas na amamentação e uma necessidade extra de ajuda prática em casa após a alta do hospital (Almgreen et al., 1972; cit. por Thune-Larsen & Pedersen, 1988), interferindo também de forma muito adversa na disposição positiva da mulher para se envolver emocionalmente com o bebé. Robson e Kumar (1980), por exemplo, verificaram que o envolvimento emocional da mãe com o bebé é significativamente mais demorado quando o parto é muito doloroso.

No estudo de Niven (1988), a dor sentida durante o trabalho de parto e o parto é avaliada numa amostra de 33 mulheres, das quais 17 são primíparas e 16 são múltíparas. A administração do «*McGill Pain Questionnaire*» (MPQ, Melzack, 1975) e da «*Visual Analogue Scale*» (VAS, Scott & Huskisson, 1976) permitiu estimar a percepção da intensidade da dor, em duas ocasiões distintas: na fase activa do primeiro estágio do trabalho de parto, e novamente, entre as 24 e as 48 horas que se seguiram ao parto. Três a quatro anos depois, as mães foram reavaliadas com recurso aos mesmos instrumentos quanto à dor que lembram ter experimentado durante o parto.

Os resultados mostram que apenas duas participantes nunca mais pensaram espontaneamente na dor que tiveram no parto; enquanto que a generalidade das mães pensou novamente na dor que teve no parto (85%): uma participante pensou com muita frequência, onze pensaram

com bastante frequência, nove pensaram de vez em quando e dez pensaram muito raramente.

Os resultados mostram ainda que todas as mães, passados três a quatro anos, estão capazes de recordar o parto e de completar as escalas da avaliação da dor, sendo que a memória da experiência de parto é bastante exacta e correlaciona-se altamente com o relato que se fez na altura do parto. A lembrança da dor sentida durante o parto gerou ansiedade e mal-estar em 20% das mulheres do estudo, sobretudo nos casos em que é extrema a dor relatada na altura do parto. A maior parte das mulheres que tiveram outra experiência de parto nos 3-4 anos que decorreram até à realização do follow-up relata que pensou na sua experiência prévia de parto por ocasião do parto mais recente.

As mães que experienciaram níveis mais elevados de dor durante o parto tendiam a ter expectativas irrealistas a respeito do parto e tenderam menos a ter mais filhos depois desse parto.

Mesmo assim, a maioria das participantes reconhece que a sua experiência de dor durante o parto deu também lugar a algumas consequências positivas, aumentando a sua capacidade para lidar com situações de stress e de dor.

Por sua vez, Algom e Lubel (1994) avaliam durante o parto a acuidade da percepção da dor associada às contracções uterinas, bem como avaliam a acuidade da memória da dor associada a estas mesmas contracções, depois do parto. Para esse efeito, procedem à monitorização do padrão de contracções uterinas ao longo do parto e, através de uma elaboração matemática, chegam ao nível de dor susceptível de estar associado a cada contracção. As 69 participantes no estudo (primíparas e múltiparas) são levadas a estimar a dor associada às contracções uterinas, quer durante o parto (julgamento perceptivo), quer 8, 24 e 48 horas após o parto (julgamento memorativo).

Estes investigadores observam que durante o parto as puérperas têm uma correcta apreciação da intensidade da dor associada a cada contracção que vai acontecendo, dado que esta avaliação foi funcionalmente relacionada com a magnitude da contracção objectivamente medida pelos seus parâmetros biométricos. Verificam ainda que a experiência de dor relatada através da memória é bastante semelhante à experiência perceptiva e espelha da mesma forma os dados

fisiológicos de intensidade da contracção uterina. No entanto, a experiência de dor associada a cada contracção uterina é maior quando relatada de memória do que no momento em que é sentida.

Embora a dor de parto continue a ser uma das maiores causas de ansiedade para a maior parte das grávidas, tem-se verificado que nem todas as parturientes recorrem a fármacos analgésicos durante o parto. Alguns estudos foram realizados no sentido de perceber os factores que estão na origem desta opção. Nieland e Roger (1983), por exemplo, procuraram estimar a importância das variáveis de personalidade da grávida no recurso a analgesia durante parto. Para esse efeito, administram o *Eysenck Personality Inventory* (EPI, Eysenck & Eysenck, 1964) e o *Emotion Control Questionnaire* (ECQ, Roger & Nesshoever, 1987; Roger & Najarian, 1989) a uma amostra de 55 mulheres. Estes autores verificaram que as grávidas que cotam mais elevado nas escalas de hipocondria e ruminação recorrem significativamente mais a analgesia durante o parto, mostrando a interferência de dimensões individuais na dor e capacidade para lidar com a dor de parto.

Podemos portanto concluir que a maior parte das mulheres espera vir a sentir e sente dor por ocasião do parto, sendo que a dor é uma das dimensões mais preponderantes da experiência de parto (Leventhal, Leventhal, Shacham, & Easterling, 1989), a qual não parece diminuir consideravelmente em função das técnicas de controlo de dor que têm sido usadas (Wideman & Singer, 1984). Tendo em conta os estudos que apresentámos importa também concluir que as mulheres avaliam correctamente e lembram-se com acuidade da dor que sentiram durante o parto (e.g., Algom & Lubel, 1994), assim como importa concluir que a dor durante o parto é um dos elementos que mais negativamente interfere na experiência de parto da mulher, condicionando adversamente a sua disponibilidade para se envolver emocionalmente com o bebé (Robson & Kumar, 1980) e para voltar a engravidar (Niven, 1988).

3.3.1. Técnicas de controlo da dor no parto

O parto é assim uma experiência difícil para a grande maioria das mulheres. À medida que o parto se desenrola, geralmente a parturiente sente mais dor, mais emoções negativas e mais

cansaço, embora sinta menos energia e menos emoções positivas (Leventhal et al., 1989).

O desejo de reduzir a ansiedade e o mal-estar associado ao parto conduziu ao desenvolvimento de diferentes métodos de preparação para o parto, os quais, no entanto, não foram ainda suficientemente validados. Nesse sentido, Leventhal et al. (1989) procuraram testar, sobre uma amostra de 89 mulheres com gravidez normal (a quase totalidade tinha formação académica de nível superior e estava empregada), o efeito da instrução de monitorização das contracções durante o trabalho de parto, na dor sentida e no estado emocional da mulher durante o parto. A quando da sua admissão no serviço de obstetrícia, as participantes foram distribuídas aleatoriamente por quatro grupos: o primeiro e segundo grupo assistiu a aulas de preparação para o parto (LaMaze), sendo que algumas grávidas foram e outras não foram instruídas para atender a aspectos específicos das contracções e para monitorizar cuidadosamente o trabalho de parto e as sensações associadas; o terceiro e quarto grupo não assistiu a aulas de preparação para o parto (LaMaze), sendo que a algumas grávidas foram e a outras não foram dadas sugestões de distração para lidar com as contracções de parto.

Seguidamente, os autores avaliam, o tempo e a progressão no trabalho de parto, o tipo e a frequência de medicação para as dores e as complicações obstétricas; assim como, consideram o estado neo-natal e os índices de *apgar* dos bebés das participantes no estudo. As mães foram ainda entrevistadas, 8 a 18 horas depois do parto, no que se refere à experiência de parto (nomeadamente, relativa à primeira fase, à fase de transição e à fase expulsiva do parto) e ao estado de humor, avaliado através de uma checklist de 15 itens organizados em 7 medidas: dor, raiva, medo, cansaço, energia, tristeza, humor positivo.

Estes autores observam que, à medida que o trabalho de parto progride, que as contracções aumentam de intensidade e que a dilatação se torna maior, as mulheres relatam cada vez mais dor, raiva, medo, tristeza e cansaço e cada vez menos energia e emoções positivas.

Verificam um efeito geral positivo da frequência das aulas de preparação para o parto e da monitorização das contracções durante o parto, pois as mulheres pertencentes a estes grupos apresentam uma diminuição da dor e das

emoções negativas durante a fase activa do parto, que não foi observada no grupo de controlo. Mais especificamente, as mulheres que frequentaram as aulas reportam mais energia na fase 1, menos dor na fase 2, e menos medo, menos cansaço, menos tristeza em geral, pelo que os autores concluem que a preparação para o parto ajuda a mãe a formar expectativas realistas em relação ao parto e gera um sentimento de segurança que reduz a dor e o mal-estar inicial e beneficia emoções positivas na finalização do parto.

Verificam ainda um efeito específico das instruções de monitorização das contracções, pois observam que o grupo que fez monitorização demonstra menos dor e raiva e mais emoções positivas, principalmente na fase expulsiva. Nesta fase, as contracções são menos dolorosas e por isso induzem menos raiva se a mãe monitorizou as suas contracções e está capaz de assistir ao processo de forma eficiente. As mulheres que realizaram a monitorização e que foram às aulas reportam reduções substanciais no nível de mal-estar durante o trabalho de parto e são mais capazes de coordenar a respiração com as contracções e a sua participação no parto.

No entanto, a frequência das aulas tem efeitos mais vastos e mais consistentes do que as instruções de monitorização. Os autores concluem assim que, quer a instrução para monitorizar, quer as aulas de preparação, facilitam a participação activa da mulher e diminuem o mal estar e a dor que possa sentir na fase activa do parto, as classes podem ainda ter um papel importante na formação de expectativas realistas, beneficiando a energia e o humor positivo principalmente no final do parto. No entanto, não foram observados efeitos significativos em nenhuma das restantes variáveis consideradas.

Manning e Wright (1983) estudaram igualmente o efeito de uma série de variáveis susceptíveis de interferir no controlo da dor durante o parto, numa amostra de 52 mulheres primíparas, com idades compreendidas entre os 19 e os 36, que frequentam aulas de preparação para o parto.

Diversas variáveis foram consideradas neste estudo: variáveis de auto-eficácia – por exemplo, expectativas de auto-eficácia no controlo da dor, expectativas quanto ao resultado e importância do controlo da dor e de ter um trabalho de parto e parto sem analgésicos; variáveis individuais –

tais como, o locus de controlo (medido através da Escala de Locus de controlo de Rotter, 1966) e a desejabilidade social (avaliada com a Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne, 1960); variáveis de preparação para o parto – tais como, o treino de controlo da dor e a experiência no controlo da dor; e variáveis relativas ao parto – tempo de trabalho de parto e tipo de parto. Os dados foram recolhidos na semana que seguiu a última aula de preparação para o parto (1.^a fase), na fase inicial do parto (2.^a fase) e alguns dias após o parto (3.^a fase).

Estes autores observam que as expectativas de auto-eficácia da mulher, nomeadamente as suas expectativas positivas quanto à importância de controlar a dor e quanto ao facto de conseguir controlar a dor, predizem melhor a sua persistência no controlo da dor sem recorrer a medicação (percentagem de tempo no trabalho de parto sem analgésicos), do que qualquer uma outra das variáveis consideradas no estudo. Observam que as expectativas de auto-eficácia da mulher contribuem mais para explicar a persistência no controlo da dor do que as expectativas quanto ao resultado ou importância de controlar a dor. Assim sendo, assinalam a importância de implementar as expectativas de auto-eficácia nos programas de preparação para o parto, variável que pode interferir no sucesso dos mesmos, quando se considera o seu efeito sobre a dor associada ao parto.

3.3.2 Analgesia de parto pelo método epidural

A analgesia de parto pelo método epidural teve o seu início nos anos 60 (Walker & O'Brien, 1999). É a técnica mais difundida, mais indicada e mais usada de analgesia local com vista à redução da dor e compreende a administração de anestésicos por via epidural. Esta técnica constitui o melhor método para possibilitar um maior bem-estar fetal e neonatal e para aliviar a dor materna, sem risco de depressão cardiorrespiratória para o recém nascido, corrigindo, em situações de hipertensão materna, o vasoespasm das artérias uterinas (Direcção Geral de Saúde, 2001). Embora considerada por muitos como «opção de ouro» para reduzir a dor no parto, os seus riscos têm sido também largamente debatidos (Walker & O'Brien, 1999). De facto, alguns estudos apontam que esta anestesia pode inter-

ferir negativamente no progresso normal do parto em algumas pacientes, aumentando o risco de parto por cesariana, que, para além de implicar mais custos, aumenta também o risco de mortalidade e morbidade materna. No entanto, outras investigações com amostras randomizadas têm vindo a sugerir que o uso de analgesia epidural não aumenta o risco de parto por cesariana (Chestnut, 1999).

Como veremos de seguida, há ainda estudos que problematizam o efeito da analgesia de parto pelo método epidural sobre o comportamento neonatal do bebé e, por consequência, na sua disposição para interagir com a mãe.

Apesar da controvérsia existente acerca da analgesia epidural, este é actualmente considerado o método mais eficaz no alívio da dor de parto. O alívio da dor durante o trabalho de parto ajuda a evitar a sua descoordenação, bem como a diminuição do fluxo de sangue uterino, os quais condicionam prejuízos na reserva de oxigénio da placenta; mais ainda, a analgesia contribui para a melhoria da oxigenação fetal (Direcção Geral da Saúde, 2001). Outros estudos, por sua vez, mostram que a satisfação da mulher com o parto é maior no caso de ter tido uma analgesia de parto pelo método epidural.

Paech (1991), por exemplo, verificou que o alívio da dor e a satisfação com a experiência de parto eram maiores nas mulheres que optaram pela anestesia epidural. Neste estudo os autores utilizaram uma amostra de 1000 pacientes que escolheram uma variedade de técnicas de analgesia para o parto normal, incluindo métodos não farmacológicos, estimulação eléctrica dos nervos transcutâneos, meperidina intramuscular, inalação de óxido nitroso, anestesia epidural ou uma combinação destes métodos. De igual forma, outros estudos que comparam a anestesia epidural com meperidina intramuscular e/ou inalação de óxido nitroso, mostram que os níveis de dor são menores e as pacientes sentem-se mais satisfeitas com a anestesia epidural (Glosten, 1999).

Para além disso, a investigação têm vindo a comprovar que as mulheres que recebem anestesia local têm uma percepção mais positiva e uma satisfação maior com o parto do que as que recebem anestesia geral. Tal verifica-se, pelo menos em parte, na medida em que a anestesia local garante um conjunto de condições que beneficiam que o parto se processe de uma forma

que está mais de acordo com as expectativas da mulher e possibilita a relação imediata com o bebê.

No entanto, os estudos que atenderam a qualidade da relação e dos cuidados que são oferecidos ao bebê pelas mães que foram objecto de analgesia epidural, não oferecem uma visão tão positiva do problema.

Muhlen, Pryke, e Wade (1986), por exemplo, estudam o efeito do tipo de parto (parto normal, estimulado, induzido, e por cesariana) e da anestesia epidural sobre o comportamento neo-natal do bebê. Uma amostra de 106 bebês é avaliada, através da Escala de Avaliação do Comportamento Neo-natal de Brazelton (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*, NBAS), no 1.º, 5.º e 28.º dias de vida. As mães são todas primíparas, têm idades entre os 18 e os 44 anos e são predominantemente de classe média. Os resultados mostram que as maiores diferenças, observadas no comportamento neo-natal dos bebês, se devem à analgesia epidural e não ao tipo de parto. Os bebês das mães que receberam analgesia epidural de parto exibem aos 28 dias resultados significativamente mais baixos nas seguintes escalas do NBAS: processos motores e resposta ao stress. A desorganização que observam no comportamento do bebê, na opinião dos referidos autores, em consequência da analgesia epidural, pode perturbar a relação com a mãe, o que deveria ser considerado quando a decisão de analgesia epidural é tomada. Consideram ainda necessário desenvolver drogas de baixa toxicidade e técnicas para remover a dor que não recorram a medicação.

Estes resultados foram mais recentemente replicados por Sepkoski, Lester, Ostheimer, e Brazelton (1992). Estes investigadores quiseram de igual forma estudar o efeito da analgesia epidural de parto sobre o comportamento neo-natal do bebê, durante o primeiro mês de vida. Nesse sentido, avaliam através da NBAS, administrada no 1.º, 3.º, 7.º e 28.º dias, 20 bebês que nasceram de um parto com anestesia epidural e 20 bebês cujas mães não foram medicadas durante o parto. Verificam que os bebês cujas mães tinham feito uma anestesia epidural exibem um pior desempenho na escala (e isso, sobretudo no respeitante à resposta de orientação e ao desenvolvimento motor) do que os bebês cujas mães não tinham sido sujeitas a intervenção anestésica. Conside-

ram então que os efeitos encontrados – da anestesia epidural materna sobre o comportamento neo-natal do bebê – são susceptíveis de desorganizar, e, nesse sentido, de afectar negativamente, a interacção precoce mãe-bebê.

Também mais recentemente, Walker e O'Brien (1999) pretenderam avaliar o efeito da analgesia de parto pelo método epidural sobre um conjunto de dimensões do trabalho de parto e o estado neo-natal do bebê. Para esse efeito, analisaram os processos médicos de 233 parturientes primíparas, com idades entre os 14 e os 39 anos. Quando comparam o grupo de mulheres que teve com o grupo de mulheres que não teve analgesia epidural de parto, observaram um maior número de partos instrumentais e um maior número de cesarianas no primeiro grupo. Para além disso, no grupo com analgesia epidural, a segunda fase do trabalho de parto foi significativamente mais longa do que no grupo sem epidural. Por sua vez, os índices de *apgar* do bebê ao 1.º e 5.º minutos são significativamente menos elevados no grupo com epidural do que no grupo sem epidural; mas também significativamente menos elevados no grupo em que a epidural foi administrada mais cedo (dilatação inferior a 5 cm) do que nos restantes grupos, em que a epidural foi administrada mais tarde (dilatação superior a 5 cm) ou não foi administrada.

4. CONCLUSÃO

Ao longo deste artigo, os autores procuraram descrever a experiência de parto, bem como os factores que interferem na experiência de parto da mulher. Partindo das circunstâncias sociais e culturais que determinam muito do que acontece por altura do parto, os autores pretenderam relatar o que a investigação mostra ser hoje o parto para a generalidade das mulheres.

Os estudos mostram que as mulheres tendem espontaneamente a falar mais da gravidez do que do parto, embora o momento em que viram o bebê pela primeira vez seja muito significativo do ponto de vista emocional para a maior parte delas (e.g., Lee, 1995). Geralmente referem o parto como uma experiência difícil, pautada pela dor, medo, e emocionalidade negativa (e.g., Thunelarsen & Pedersen, 1988), e têm no momento uma apreciação correcta e mais tarde uma me-

mória precisa do que aconteceu (e.g., Algom & Lubel, 1994). A dor no parto, por exemplo, é correctamente avaliada e é um dos elementos mais recordado, sendo também correctamente memorizada pela maior parte das mulheres. A dor no parto interfere muito significativamente na qualidade da experiência da mulher (e.g., Paech, 1991), assim como na sua disponibilidade para voltar a engravidar (e.g., Niven, 1988) e para se envolver emocionalmente com o bebé (e.g., Robson & Kumar, 1980), sendo por consequência uma das dimensões a privilegiar na investigação e na prática psicológica.

Para além da dor, neste artigo os autores procuraram analisar outros factores relativos às circunstâncias de parto que muito determinam a qualidade da experiência da mulher (nomeadamente a sua percepção positiva e satisfação com o parto) e que, por consequência, mais interferem no estado emocional da mulher e na qualidade da relação que estabelece com o bebé. Muito embora existam diferenças individuais que devem sempre ser consideradas, da revisão da literatura apresentada pode concluir-se que, a experiência de parto é positivamente afectada, no que se refere à percepção e satisfação da mulher, pelas seguintes condições: presença de uma pessoa significativa (e.g., Cranley et al., 1983); parto normal e não por cesariana (DiMatteo et al., 1996); anestesia apenas local e não geral, no caso do parto por cesariana (e.g., Marut & Mercer, 1979); participação activa nas decisões relativas ao parto (e.g., Cranley et al., 1983) e no trabalho de parto (Leventhal et al., 1989); parto sem dor, tal como se verifica, por exemplo, na sequência de analgesia pelo método epidural (e.g., Glosten, 1999). Todas e cada uma das circunstâncias atrás enunciadas favorecem ainda o estado emocional da mulher durante o pós-parto e, em geral, beneficiam a qualidade da relação e dos cuidados que a mãe presta ao bebé (e.g., Kearney et al., 1990). Nesse sentido, a investigação aponta que são estas as condições que a intervenção psicológica deverá geralmente favorecer para possibilitar que a mulher tenha uma experiência de parto mais positiva, que propicie o seu bem estar e o do bebé durante o puerpério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfasi, G. (1985). Mother-infant feeding interactions in preterm and full-term infants. *Infant Behaviour Development*, 8 (2), 167-180.
- Algom, D., & Lubel, S. (1994). Psychophysics in the field: perception and memory for labor pain. *Perception & Psychophysics*, 55 (2), 133-141.
- Bradley, C. F., Ross, S. E., & Warnyca, J. (1983). A prospective study of mother's attitudes and feelings following cesarean and vaginal births. *Birth*, 10, 79-83.
- Brazelton, T. B. (1981). *On becoming a father*. New York: Delacort Press.
- Chestnut, D. H. (1999). Effects on the progress of labor and method of delivery. In D. H. Chestnut (Ed.), *Obstetric anesthesia – Principles and practice* (pp. 386-407). St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Clement, S., Wilson, J., & Sikorski, J. (1999). The development of an intrapartum intervention score based on women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (1), 53-62.
- Copstick, S., Taylor, K., Hayes, R., & Morris, N. (1999). The relation of time of day to childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 4, 13-22.
- Cranley, M. S., Hedhal, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32 (1), 10-15.
- Crawford, J. W. (1982). Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Development*, 53, 957-962.
- Cummins, L. H., Scrimshaw, S. C. M., & Engle, P. L. (1988). Views of cesarean birth among primiparous women of Mexican origin in Los Angeles. *Birth*, 15, 164-170.
- DeVries, F. G., Wellemans-Camus, M., & Candeur-Meyrant, S. (1993). Influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interactions précoces entre la mère et son bébé. *Enfance*, 1 (2), 85-98.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15 (4), 303-324.
- Direcção Geral de Saúde (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001.
- Field, T. M., & Windmayer, S. M. (1980). Developmental follow-up of infants delivered by cesarean section and general anesthesia. *Infant Behaviour Development*, 3, 253-264.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (org.), *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.

- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Figueiredo, B., & Alegre, C. (in press). Motherhood experiences of portuguese women. In J. Cox, M. Marks, & M. Oates (Eds.). *Transcultural Study of Postpartum Depression*. Cambridge Press.
- Fisher, J. R. W., Stanley, R. O., & Burrows, G. D. (1990). Psychosocial adjustment to cesarean delivery: A review of the evidence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *11*, 91-106.
- Fraser, C. M. (1983). Selected perinatal procedures. Scientific basis for use and psychosocial effects: A literature review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *117*, 1-39.
- Gainer, M., & Van Bonn, P. (1977). *Two factors affecting the cesarean delivered mother: father's presence at the delivery and postpartum teaching*. Ann Arbor, University of Michigan (tese de mestrado não publicada).
- Garel, M., Lelong, N., & Kaminski, M. (1987). Psychological consequences of caesarean childbirth in primíparas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *6* (3), 197-209.
- Garel, M., Lelong, N., & Kaminski, M. (1988). Follow-up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Human Development*, *16* (2-3), 271-282.
- Glosten, B. (1999). Epidural and spinal analgesia/anaesthesia. In D. H. Chestnut (Ed.), *Obstetric anaesthesia – Principles and practice* (pp. 360-385). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Gottlieb, S. E., & Barrett, D. E. (1986). Effects of unanticipated caesarean section on mothers, infants, and their interaction in the first month of live. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *7* (3), 180-185.
- Hwang, C. P. (1987). Cesarean childbirth in Sweden: Effects on the mother and father infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, *8* (2), 91-99.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Lee, R. E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, *16* (3), 192-205.
- Leventhal, E. A., Leventhal, H., Shacham, S., & Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57* (3), 365-371.
- Lozoff, B., Jordan, B., & Malone, S. (1988). Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage and Family Review*, *12* (3-4), 35-60.
- Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45* (2), 421-431.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primíparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, *28* (5), 260-266.
- Matthews, A. E. B. (1964). Reflections on the pain of labour. *Nurs Mirror*, *118*, 550-554.
- Muhlen, L., Pryke, M., & Wade, K. (1986). Effects of type of birth and anaesthetic on neonatal behavioural assessment scale scores. *Australian Psychologist*, *21* (2), 253-270.
- Nieland, M., & Roger, D. (1993). Emotion control and analgesia in labour. *Personality and Individual Differences*, *14* (6), 841-843.
- Niven, C. (1988). Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *6*, 83-87.
- O'Hara, M. W., Varner, M. W., & Johnson, S. R. (1986). Assessing stressful life events associated with childbearing: The peripartum events scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *4*, 85-98.
- Oakley, A. (1983). Social consequences of obstetric technology: The importance of measuring "soft" outcomes. *Birth*, *10* (2), 99-108.
- Paech, M. J. (1991). The King Edward Memorial Hospital 1000 mother survey of methods of pain relief in labour. *Anaesth Int Care*, *19*, 393-399.
- Pederson, F. A., Zaslow, M. J., Cain, R. L., & Anderson, B. J. (1981). Cesarean childbirth: Psychological implications for mothers and fathers. *Infant Mental Health Journal*, *2*, 257-263.
- Pedro, J. C. G. (1982). *Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe: Contributo para a interpretação clínica da interacção da díade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Raskin, V. D., Richman, J. A., & Gaine, C. (1990). Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *American Journal of Psychiatry*, *147* (5), 658-660.
- Robson, K. M., & Kumar, R. (1980). Delay onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, *136*, 347-353.
- Rofé, Y., & Lewin, I. (1980). Affiliation in an unavoidable stressful situation: an examination of the utility theory. *British Journal of Social Psychology*, *25* (2), 118-128.
- Taylor, A., Adams, D., Doré, C., Kumar, R., & Glover, V. (in press). *Mother-baby bonding: Correlations with early mood and methods of delivery*.
- Thune-Larsen, K. B., & Moller-Pedersen, K. (1988). Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *6* (4), 229-240.
- Tulman, L. J. (1986). Initial handling of newborn infants by vaginally and cesarean-delivered mothers. *Nursing Research*, *35*, 296-300.

- Walker, N. C., & O'Brien, B. (1999). The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes. *Clinical Nursing Research*, 8 (2), 119-134.
- Wideman, M. V., & Singer, J. E (1984). The role of psychological mechanisms in preparation for childbirth. *American Psychologist*, 39 (12), 1357-1371.
- Windstrom, A. M., et al. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development*, 21 (3), 153-163.

RESUMO

Neste artigo os autores começam por fazer uma breve explanação da diversidade cultural na concepção do parto e das consequências que advêm desta diversidade, quer em termos dos métodos utilizados, quer em termos da experiência de parto proporcionada à mulher. Seguidamente, apresentam uma revisão teórica e empírica dos estudos que investigam a experiência de parto, tal como é geralmente descrita pela mulher, nomeadamente, os acontecimentos tidos como mais significativos durante o gravidez e parto. Finalmente, analisam alguns dos factores susceptíveis de influenciar a experiência de parto, o comportamento neonatal e o estabelecimento da relação mãe-bebé, dando particular atenção ao suporte emocional durante

o parto, ao tipo de parto, à preparação e participação no parto e à dor associada ao parto. São ainda propostas algumas sugestões de intervenção, no âmbito da Psicologia da Saúde, no sentido de promover e beneficiar positivamente a experiência de parto da mulher.

Palavras-chave: Experiência de parto, tipo de parto, dor, analgesia epidural, comportamento neonatal.

ABSTRACT

In this article, the authors present a brief explanation of cultural diversity concerning childbirth and its consequences regarding methods of delivery and women's experiences. They also present a conceptual and empiric framework, attending to the studies about childbirth experience as it is usually described by women, namely, the most important events regarding pregnancy and labor. Finally, they analyse some variables that might influence childbirth experience, neonatal behaviour and mother-infant relationship, such as: preparation for labour and delivery, emotional support, participation and pain during labour and delivery as well as method of delivery. Some Health Psychology suggestions of intervention are given, to promote and benefit positively the childbirth experience.

Key words: Childbirth experience, method of delivery, pain, epidural anaesthesia, neonatal behaviour.