

ANTECIPAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE PARTO: MUDANÇAS DESENVOLVIMENTAIS AO LONGO DA GRAVIDEZ

Alexandra Pacheco*, Bárbara Figueiredo**, Raquel Costa* e Álvaro Pais***

Resumo

Este estudo foi desenvolvido com o intuito de: 1) conhecer o modo como durante a gravidez a mulher antecipa algumas dimensões relevantes da experiência de parto tais como: a) planeamento e preparação; b) expectativas quanto ao medo, confiança, controlo e intensidade da dor; c) preocupação com o bem-estar próprio e do bebé; d) suporte esperado por parte de pessoas significativas; e) antevisão dos cuidados maternos; 2) averiguar a presença de mudanças na antecipação do parto, em dois momentos sucessivos da gravidez (no 2º trimestre e no 3º trimestre); 3) identificar diferenças na antecipação da experiência de parto, atendendo a características sociais e demográficas das participantes.

A amostra é constituída por 163 grávidas primíparas, utentes da Mater-

nidade Júlio Dinis (Porto), e foi seleccionada aleatoriamente, tendo em conta os seguintes critérios: saber ler e escrever, primiparidade, gestação entre as 20 e as 24 semanas. Entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez administrou-se a Parte Social e Demográfica da Versão Portuguesa da Contextual Assessment of the Maternity Experience (CAME, Bernazzani, Marks, Siddle, Asten, Bifulco, et al., 2003), composta por 45 questões abertas, focadas na recolha de dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro, bem como história obstétrica e psicopatológica da utente. Em dois momentos sucessivos, entre a 20ª e a 24ª semanas de gestação (2º trimestre) e entre a 30ª e a 36ª semanas de gestação (3º trimestre) as participantes preencheram o Questionário de Antecipação do Parto (QAP, Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, in press), constituído por 58 questões de auto-relato relativas à antecipação da experiência de trabalho de parto, parto e pós-parto.

Os resultados indicam que no 2º trimestre a generalidade das grávidas planeia e antecipa suporte por parte de pessoas significativas no parto, tem uma visão positiva das suas competências maternas e está moderadamente preocupada com o bem-estar próprio e o do bebé.

* Licenciada em Psicologia. Investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e na Maternidade Júlio Dinis (Porto).

** Professora Associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

*** Médico Anestesiologista. Director do Serviço de Anestesiologia da Maternidade Júlio Dinis (Porto).

A maioria antevê, contudo, uma experiência de parto dolorosa, as previsões dividem-se entre o medo, a confiança e o controlo. A comparação entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez revela que, no 3º trimestre, a mãe está mais focada no parto, tem níveis superiores de planeamento e conhecimento acerca da situação, mas antecipa a experiência como mais dolorosa, assim como prevê menor confiança e controlo e, mais medo no parto, preocupa-se mais com possíveis consequências negativas no seu bem-estar e no do bebé. Simultaneamente podemos averiguar algumas características sociais e demográficas que resultam em maiores dificuldades para a mãe na adequada antecipação do parto, no 2º e 3º trimestres de gestação, tais como menor idade, baixo nível de escolaridade, profissões de reduzida qualificação, agregados familiares alargados ou no qual o companheiro esteja ausente.

Em conclusão, entre outros aspectos, este estudo dá conta de mudanças desenvolvimentais que ocorrem durante a gravidez e alerta para a necessidade de dedicar mais atenção à preparação para o parto, sobretudo junto de grávidas pertencentes a determinados estratos sociais e económicos, sugerindo ainda áreas relevantes para essa preparação.

Palavras-chave: Gravidez; Experiência de parto; Tarefas desenvolvimentais da maternidade; Antecipação do parto.

1 - INTRODUÇÃO

1.1. Antecipação da experiência de parto

A experiência que a mulher antecipa vir a ter durante o parto é determinada por um vasto e diverso conjunto de factores, os quais têm a ver com as normas que vigoram na cultura e sociedade à qual pertence, mas também com dimensões de ordem individual, particularmente relacionadas com a experiência de cada mulher, ou com a experiência de pessoas que lhe são próximas.

O parto em si não é um acontecimento exclusivamente biológico, é também um processo social e cultural (Figueiredo, 2000). Em algumas sociedades o nascimento de uma criança consoma o casamento e, em muitas partes do mundo, a rapariga só atinge o estatuto de adulta depois de dar à luz. O parto é um processo social também porque afecta a relação entre homem e mulher, entre grupos de descendência e porque define a identidade da mulher de uma nova forma (Kitzinger, 1978).

Por sua vez, o modo como a grávida antecipa o parto, determina muitas dimensões importantes do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência, nomeadamente os seus medos e receios, assim como o tipo de preparação que irá realizar, o local que irá escolher, o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, as pessoas que irá ou não desejar ter presentes, entre outros aspectos. Dado que muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência, importa saber e perceber melhor a forma como a grávida antecipa o parto, nomeadamente

para a ajudar a preparar-se e a participar mais adequadamente no parto.

A maior parte das mães descreve um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da experiência de gravidez e parto (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002). Com efeito, existem dimensões que estão sempre presentes e são universalmente reconhecidas como parte integrante da experiência de parto, em todas as sociedades, nomeadamente, a elevada preocupação com a dor e com a morte associadas ao parto (Lozoff, Jordan & Malone, 1988).

O medo é a resposta mais prevalecente quando a mulher é questionada acerca da experiência de parto. Este medo refere-se sobretudo à dor e ao mal-estar que pode vir a sentir durante o parto (Figueiredo, Mendonça, Costa, Pedroso, Leite *et al.*, 1982; Westbrook, 1978), assim como ao risco de vida que o parto pode implicar, quer para a mãe quer para o bebé (Matthews, 1964). Embora a importância que é dada à dor no parto varie de sociedade para sociedade, a dor é uma experiência reconhecida como intrínseca e esperada durante o parto, em todas as sociedades (Figueiredo *et al.*, 2002).

Por outro lado, a antecipação da dor e o medo associado ao parto são reconhecidos como algumas das causas que justificam o estado de maior ansiedade que vulgarmente é descrito na grávida (Cox, 1978, Figueiredo *et al.*, 1982; Kumar & Robson, 1978; Zajidek & Wolking, 1978). Astbury (1980) refere que a antecipação do parto representa uma situação particularmente ansiógena, implicando aumento de ansiedade até um nível máxi-

mo no final da gravidez, ansiedade essa que diminuiu no pós-parto para níveis inferiores aos verificados na gravidez. Outros autores têm verificado uma fraca variabilidade nos valores da ansiedade ao longo da gravidez, mas todos concordam que a gravidez se caracteriza pela presença de níveis particularmente elevados de ansiedade (Figueiredo *et al.*, 1982; Figueiredo, 2000).

A importância desta evidência resulta do facto de que níveis elevados de ansiedade da mulher estão associados a piores resultados obstétricos, nomeadamente à ocorrência de parto prematuro e de complicações médicas, assim como ao aumento da mortalidade e morbidade da mãe e do bebé (*e.g.*, Crandon, 1979; Erikson, 1975; Glover & Connor, 2002; Hedegaard, Henriksen & Sabroe, 1993; Lou, Nordentofi, Jenen, Pryds, Nim & Hemmingsen, 1992; McDonald, Gynter & Chisthakos, 1963). Supõe-se que esses efeitos ocorram através de mediadores hormonais, como os níveis de cortisol maternos, que são susceptíveis de ultrapassar a barreira placentária e alterar, de forma significativa, as circunstâncias do bebé (*e.g.*, Gitau, Fisk, Teixeira *et al.*, 2001).

Por outro lado, são os níveis elevados de ansiedade na gravidez e não no parto que se associam ao *stress* parental durante as primeiras semanas do pós-parto (*e.g.*, Younger, 1991), assim como a ansiedade na gravidez parece relacionar-se com o surgimento de depressão pós-parto (*e.g.*, Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst & Priest, 1985; Pitt, 1978), cuidados maternos desadequados e dificuldades no temperamento e comportamento da criança (Connor, Heron, Golding, Beveridge,

Glover, 2002; Martin, Noyers, Wisenbaker & Httunen, 1999). Na verdade, o risco psicopatológico associado à maternidade tem sido descrito e verificado empiricamente por muitos autores e em muitos trabalhos, observa-se, entre outros, a associação entre a desadaptação à gravidez e o risco de emergência de perturbação psicopatológica (*e.g.*, Affonso, Lovett, Paul, Arizmendi, Nussbaum, Newman & Johnson, 1991; Areskog, Kjessler & Uddenberg, 1984; O'Hara, Neunaber, Zekoski, 1984; O'Hara *et al.*, 1991; Ryding, Persson, Onell & Kvist, 2003) ou de cuidados maternos inadequados no pós-parto (para uma revisão ver Figueiredo, 2001).

Desde há muito que se tem procurado proporcionar uma vivência mais positiva da experiência de parto, particularmente a diminuição da intensidade de dor envolvidas, através da redução dos níveis de ansiedade, o que é conseguido, por exemplo, pelo aumento da informação e pela promoção do contacto com pessoas significativas no parto (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

O desejo de reduzir a ansiedade e o mal-estar associado ao parto, no sentido de minimizar os seus efeitos adversos, nomeadamente na qualidade da relação da mãe com o bebé, conduziu também ao desenvolvimento de diferentes métodos de preparação para o parto e de controlo da dor, tal como a analgesia de parto e a prática de relaxamento, cujos efeitos positivos foram já testados (*e.g.*, Felton & Segelman, 1978; Leventhal, Leventhal, Shacham & Easterling, 1989; Manning & Wright, 1983; Tanzer & Block, 1976; Zax, Sameroff, Farnum *et al.*, 1975). No entanto, a aceitação destas práticas depende do

modo como a grávida concebe que o parto se deve realizar e a eficácia que ela lhes atribui (Davis & Robbie, 1992; DiMatteo, Morton, Lepper, Damush, Carney, Pearson & Kahn, 1996).

Rautava (1989) num estudo com uma amostra de 1443 mulheres múltiparas fez uma descrição de algumas das características de um grupo de grávidas com bom conhecimento sobre o parto em comparação com um grupo de grávidas com fraco conhecimento sobre a situação. Verificou que as características demográficas da grávida influenciam o nível de conhecimento, e que este, se relaciona com aspectos da adaptação à gravidez. Em termos sociais e demográficos, as mulheres desempregadas, mais novas, com um mais baixo nível educacional e cultural e que vivem com os pais ou perto deles, apresentam menos conhecimentos acerca do parto. Em termos da adaptação à gravidez, as mulheres com menos conhecimentos acerca do parto têm um menor nível de informação sobre questões de desenvolvimento, desvalorizam a importância dessa informação, são mais descuidadas com a alimentação, com o exercício físico e com o uso de medicamentos e, estão emocionalmente mais ligadas às próprias mães.

Por sua vez, Keen-Payne e Bond (1997) ao estudarem dimensões relacionadas com a saúde materna, constataram que o suporte e a informação acerca do parto e o apoio de pessoas significativas no parto são necessidades básicas referidas não só pelas mulheres grávidas como também pelas equipas de enfermagem. Figueiredo *et al.* (1982) acrescentam a existência de grande selectividade da grávida na procura de pessoas significativas para lhe prestarem ajuda no parto, nomeadamente a mãe, a irmã

e a sogra. Vários outros 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 Hedhal & Pegg, 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). Ter o companheiro ou outra pessoa significativa junto de si durante o parto, assim como poder ver e tocar no bebé logo a seguir ao parto, são pois os aspectos que hoje em dia a mulher mais valoriza e geralmente considera como determinantes para uma boa experiência de parto (Cranley *et al.*, 1983; Figueiredo & Alegre, *in press*).

1.2. Mudanças ao longo da gravidez

Os receios e as preocupações da mulher, que estão presentes ao longo de toda a gravidez e acompanham as mudanças habituais da evolução da gestação, refletem-se especialmente na antecipação da experiência de parto.

O 1º trimestre de gravidez corresponde ao início da gestação e caracteriza-se pelo conhecimento e aceitação da gravidez, quer pela grávida quer pelo meio social que a rodeia (*e.g.*, Figueiredo, 2000). Por esta altura, dão-se discretas alterações corporais que são frequentemente acompanhadas por náuseas e vômitos, desejos alimentares, aversão a determinados alimentos, oscilações de humor, aumento da sensibilidade e medo de

abortar (Soifer, 1980). Segundo Colman e Colman (1994), o 1º trimestre de gravidez corresponde a uma primeira fase da gestação que designaram de "integração". Neste período, a mulher deve aceitar que está grávida, mudar hábitos de vida e preparar-se a si e à família para o nascimento do filho.

Geralmente descrito como o período mais estável em termos psicológicos, o 2º trimestre de gravidez caracteriza-se pela percepção dos movimentos fetais e decorrente reconhecimento do feto como ser separado da mãe (Field & Widmayer, 1982). A grávida passa a sentir-se fortemente investida pelo feto, que pelos seus movimentos, lhe comunica o seu bem- ou mal-estar (Cordeiro, 1987). Também neste momento se verifica um aumento das contracções uterinas fisiológicas da gravidez (Soifer, 1980). Colman e Colman (1994) designaram o 2º trimestre de fase de "diferenciação", pois neste período a grávida começa a aperceber-se da sua incapacidade para controlar o processo de desenvolvimento do feto, compreendendo a sua autonomia.

O 3º trimestre caracteriza-se pela satisfação em terminar uma gestação bem sucedida e pela ansiedade resultante da antecipação do parto. Para Colman e Colman (1994), o 3º trimestre corresponderia à fase de "separação", em que a grávida percebe o parto como o processo a partir do qual se irá desligar da gravidez.

Ao longo dos 9 meses que geralmente dura a gravidez, a mulher sabe que o seu estado vai culminar com o nascimento do bebé, mas é sobretudo no final da gravidez que a sua preocupação e preparação

se focam no trabalho de parto, no parto e no bebé (Colman & Colman, 1994). Por volta dos 7 meses e meio, o bebé coloca-se na posição de nascer. No início do 9º mês, há um maior aumento do peso e volume do bebé, bem como há um aumento das contracções uterinas. Os últimos dias antes do parto caracterizam-se essencialmente pelo medo da dor, da morte no parto (própria ou do filho) e pelo receio de complicações no parto, tais como o recurso a fórceps ou cesariana (Soifer, 1980).

Os níveis de ansiedade habituais na gravidez permitem à mulher adaptar-se ao seu novo papel de mãe, mas para isso é fundamental uma certa plasticidade psicológica (Brazelton, 1981). Diversos autores (*e.g.*, Bibring, 1959; Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994) conceptualizam a maternidade à luz da perspectiva desenvolvimental, como um período de desenvolvimento que implica a vivência de uma crise própria e a necessidade de resolução de tarefas desenvolvimentais específicas. Associam a maternidade a uma situação de crise porque, num curto espaço de tempo, a mãe vê-se obrigada a significativas mudanças no seu equilíbrio biológico, psicológico e social (Figueiredo, 2000). Estas mudanças podem observar-se particularmente ao nível dos papéis sociais e das relações interpessoais, as quais requerem uma renegociação consigo mesma e com os outros. A identidade da grávida é significativamente influenciada por estas mudanças, as quais podem levar à perda ou confusão do sentido do *self* e explicar a imprevisibilidade emocional presente na vivência da maternidade (Gruen, 1990). Deste modo, o processo de

gravidez e maternidade exige que a mulher desenvolva no seu repertório comportamental novas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, que visam cumprir com sucesso as exigências da gravidez e que traduzem uma reorganização intrapsíquica e relacional mais complexa (Canavarro, 2001).

1.3. Objectivos

É incontornável que a preparação para a maternidade obriga à reorganização psicológica, relacional e social da mulher, implicando a resolução de um conjunto de tarefas desenvolvimentais, como procuramos especificar anteriormente. Uma dessas tarefas é necessariamente o progressivo elaborar de uma mais correcta antecipação da experiência do parto, o qual poderá possibilitar níveis mais adaptativos de ansiedade e um comportamento mais adequado na situação de parto.

O objectivo deste trabalho é conhecer o modo como a grávida antecipa a experiência de parto no 2º e no 3º trimestres de gestação. Mais especificamente, pretende averiguar a presença ou não de mudanças no modo como o parto é percebido pela mulher nestes dois momentos. Procura ainda analisar quais as circunstâncias sociais e demográficas que mais interferem no modo como a mulher antecipa o parto.

Para tal, este estudo considera as seguintes dimensões: 1) planeamento e preparação; 2) expectativas quanto ao medo, confiança, controlo e intensidade da dor; 3) preocupação com o bem-estar próprio e do bebé; 4) suporte esperado por parte de pessoas significativas; 5) antevisão dos cuidados maternos.

2 - MÉTODO

2.1. Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 163 grávidas, utentes do Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto).

A selecção da amostra decorreu aleatoriamente, entre Outubro de 2001 a Outubro de 2002, tendo em conta os seguintes três critérios: saber ler e escrever, primiparidade e gestação entre a 20^a e a 24^a semanas.

A idade das grávidas varia entre os 15 e os 39 anos, sendo a média das idades na amostra de 25 anos (cf. Quadro 1). A grande maioria dos sujeitos ou está casado (60,1%) ou vive em regime de coabitação com o companheiro (24,5%); poucos são solteiros (15,4%) e só um número muito reduzido não tem namorado (1,2%). O agregado familiar é constituído, na maioria dos casos, unicamente pelo companheiro (69,7%), existem contudo situações em que o agregado familiar inclui para além do companheiro outros elementos da família (14%). Em 16,3% dos casos o companheiro não faz parte do agregado familiar.

Toda a amostra é alfabetizada, sendo que metade das participantes possui (48,2%) e outra metade não possui (51,8%) a escolaridade obrigatória (9º ano); existem algumas participantes que ainda frequentam o sistema de ensino (4,9%). As grávidas que se encontram empregadas (77,3%) têm profissões preferencialmente de tipo manual não especializado (52,8%), não manual não especializado (16,6%) e manual especializado (14,7%). Em relação aos

companheiros sabe-se que em termos de escolaridade mais de metade tem menos do que a escolaridade obrigatória (64,6%). As profissões que ocupam são de tipo manual especializado (38,5%), manual não especializado (33,4%) e não manual não especializado (16,0%). Um elevado número de companheiros está empregado (94,8%) em relação aos 3,9% desempregados.

Em termos religiosos, a maioria das grávidas denomina-se católica (84,1%), algumas dizem não ter religião (12,3%) e poucas dizem pertencer a outra religião que não a católica (3,6%).

2.2. Instrumentos

2.2.1. *Contextual Assessment of the Maternity Experience* (CAME, Bernazzani, Marks, Siddle, Asten, Bifulco *et al.*, 2003)

A Parte Social e Demográfica da Versão Portuguesa do CAME é composta por 45 questões, administradas sob a forma de uma entrevista, que são cotadas pelo técnico a partir de um conjunto de opções disponíveis. Foca-se na recolha de dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro, nomeadamente: idade, local de nascimento/educação, etnia, religião, estatuto matrimonial, estatuto profissional e nível de escolaridade. Permite ainda a recolha de dados sobre o agregado familiar da grávida, sobre a sua família directa e a rede de suporte social, história de problemas de fertilidade, história psiquiátrica e desfecho de gravidezes anteriores. A sua aplicação aconteceu no primeiro momento de avaliação deste estudo, que decorreu entre a 20^a e a 24^a semanas de gestação.

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

	<i>Mãe</i> N=163 %	<i>Pai</i> N=159 %
Idade		
15-18 anos	11	2,5
19-29 anos	69,4	64,2
30-39 anos	19,6	27,5
≥ 40 anos		5,8
Estado civil		
Casada		60,1
Em regime coabitação		24,5
Solteira		15,4
- com namorado		14,2
- sem namorado		1,2
Escolaridade		
≤ 9º ano de escolaridade	51,8	64,6
> 9º e ≤ 12º ano de escolaridade	37,6	27,6
< 12º ano de escolaridade	10,6	7,8
Nível profissional		
Manual não especializado	52,8	33,4
Manual especializado	14,7	38,5
Não manual não especializado	16,6	16,0
Não manual especializado	11,0	11,5
Estudante	4,9	0,6
Situação profissional		
Empregado	77,3	94,8
Desempregado	14,1	3,9
Doméstica	2,5	
Estudante	4,9	0,6
Outro	1,2	0,7
Denominação religiosa		
Católico	84,1	73,5
Outras Religiões	3,6	1,9
Sem Religião	12,3	24,6
Agregado familiar		
Só o companheiro		69,7
Mais membros que não o companheiro		14
Sem o companheiro		16,3

2.2.2. Questionário de Antecipação do Parto (QAP, Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, *in press*)

O QAP é constituído por 58 questões

de auto-relato relativas à antecipação da grávida com respeito a diferentes acontecimentos do trabalho de parto, parto e pós-parto. Os temas abordados abrangem

o trabalho de parto, o parto e o pós-parto nas seguintes dimensões: planeamento e preparação, preocupação com o bem-estar próprio e do bebé, medo, confiança, controlo, dor, suporte de pessoas significativas, e, cuidados maternos. Estão presentes 51 perguntas em que as respostas são dadas através de uma escala tipo *Likert* que vai desde "sem dor", "alguma dor", "bastante dor" até "muita dor", nos itens relativos à dor, e que vai de "nada", "algum", "bastante", até "muito" nos restantes itens. Existe ainda um conjunto de 3 perguntas em que a resposta assume um formato dicotómico (sim/não), 2 perguntas com 3 alternativas de resposta e 2 perguntas onde se responde num intervalo contínuo definido em minutos. A aplicação deste questionário decorreu em dois momentos de avaliação, entre a 20ª e a 24ª semanas de gestação e entre a 30ª e a 36ª semanas de gestação, como se descreve de seguida.

2.3. Procedimentos

O primeiro contacto com as grávidas que constituem a amostra deste estudo, foi efectuado por altura da ecografia da 20ª semana de gestação, no Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia da MJD (Porto). A participação foi voluntária e solicitada depois de esclarecidos os objectivos e procedimentos do estudo. Assegurou-se a confidencialidade da informação prestada. Foram excluídos os sujeitos que não sabiam ler ou escrever português.

A primeira avaliação ocorreu sempre entre a 20ª e a 24ª semanas de gestação. Incluiu uma entrevista para recolha de dados sociais e demográficos (CAME) e o

preenchimento do QAP pela grávida. A segunda avaliação ocorreu sempre entre a 30ª e a 36ª semanas de gestação e consistiu na segunda administração à grávida do QAP, no mesmo serviço da MJD.

As instruções fornecidas para o preenchimento do questionário foram as que se encontram no próprio instrumento, que indicam a leitura atenta das questões e sua resposta de acordo com a opinião pessoal, visto não haverem respostas certas ou erradas.

3 - RESULTADOS

Apresentamos de seguida os resultados, atendendo às dimensões consideradas ao longo deste estudo: 1) planeamento e preparação; 2) expectativas quanto ao medo, confiança, controlo e intensidade da dor; 3) preocupação com o bem-estar próprio e do bebé; 4) suporte esperado por parte de pessoas significativas; 5) antevisão dos cuidados maternos.

Para cada dimensão é apresentada uma caracterização geral dos dados obtidos ao 2º trimestre, com recurso a análises descritivas. São também investigadas as mudanças na antecipação do parto entre o 2º e o 3º trimestre de gestação, com base no teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas. Finalmente, segue-se a análise de um conjunto de características sociais e demográficas e sua associação com o modo como as grávidas antecipam o parto no 2º e no 3º trimestres de gestação. O tratamento estatístico destes dados recorreu ao teste de Qui-quadrado, teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes e teste não paramétrico de

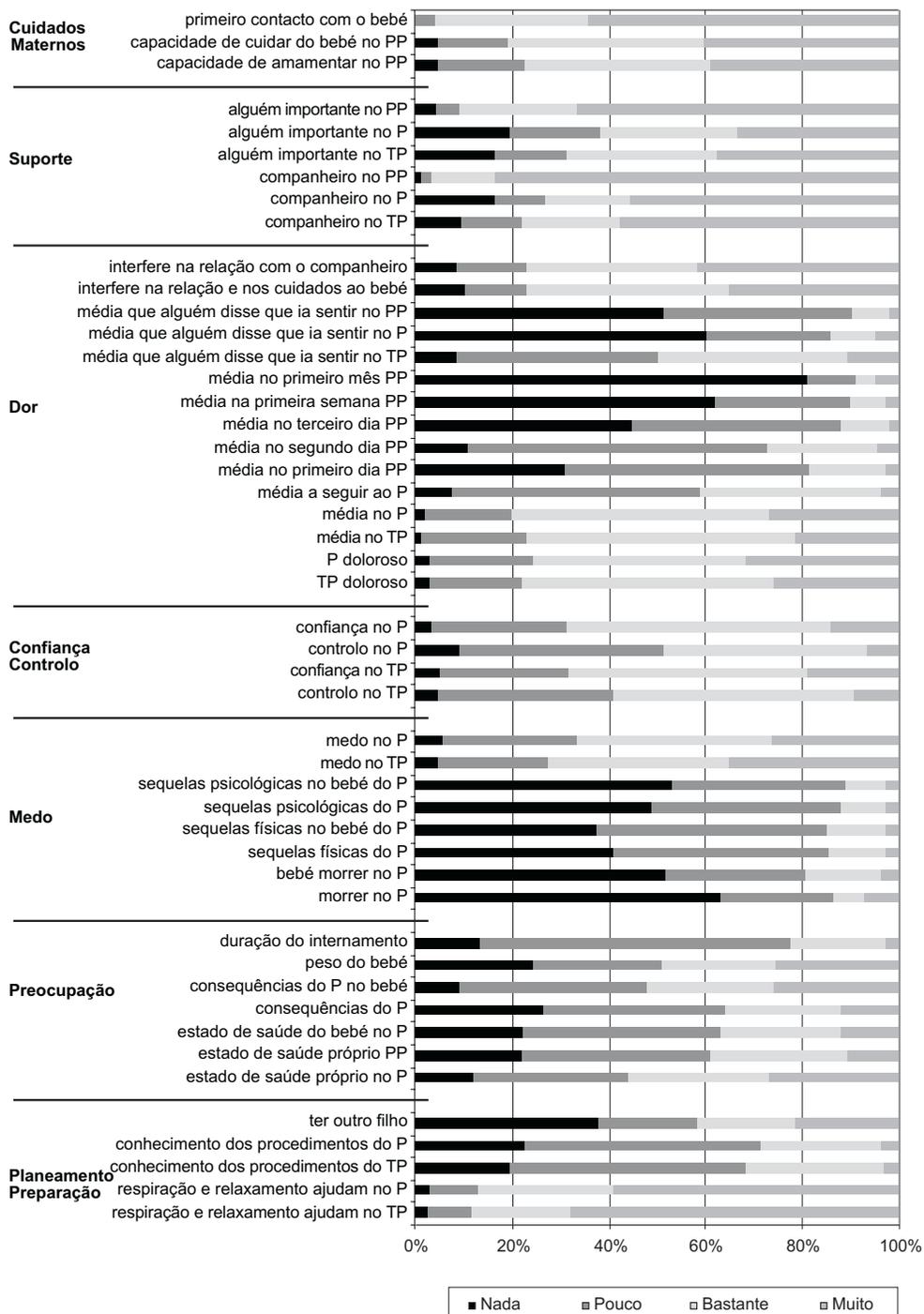


Gráfico 1 – Caracterização geral: 2º trimestre de gravidez. TP – Trabalho de parto; P – Parto; PP – Pós-parto.

Kruskal-Wallis para três ou mais amostras independentes.

3.1. Planeamento e preparação para o parto

3.1.1. Caracterização geral

A análise da dimensão do planeamento e preparação para o parto, permitiu observar que, ao 2º trimestre de gravidez, são muito poucas as grávidas deste estudo que ainda não decidiram o local onde querem que o parto se realize (4,9%). As que já tomaram esta decisão, manifestam uma preferência acentuada pela MJD (92,0%) e poucas (3,1%) têm a intenção de recorrer a outro hospital (cf. Quadro 2).

Quando avaliamos se as participantes do estudo sabem o que é a anestesia epidural e se vão optar pelo seu uso no parto, verificamos que embora a grande maioria diga conhecer este método de anestesiologia (81,6%), um número significativo diz não saber de que se trata (18,4%). Quanto à decisão da sua utilização no parto, constata-se que mais de metade da amostra ainda não tomou uma decisão (56,4%), existindo porém algumas que já decidiram não usar epidural (28,2%) ou que optaram pelo seu uso (15,4%).

Apenas um número reduzido de grávidas diz estar a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o trabalho de parto (6,1%) ou parto (14,7%). Na opinião da maioria destas futuras mães, os métodos de respiração e relaxamento ajudam bastante ou muito tanto no trabalho de parto (88,3%) como no parto (87,1%), pois só um número inferior desvaloriza a ajuda dos mesmos no trabalho de parto (11,7%) e no parto (12,9%).

No que concerne ao conhecimento que dizem ter dos procedimentos médicos relativos ao trabalho de parto e ao parto, nota-se que a maioria (68,7%, em relação ao trabalho de parto e, 71,8%, em relação ao parto) apresenta nenhuma ou pouca informação a este respeito, comparativamente com o número daquelas que diz conhecer bastante ou muito os procedimentos associados ao trabalho de parto (31,3%) e ao parto (28,2%).

Em relação ao desejo de ter outro filho as participantes neste estudo dividem-se pela ausência de desejo (38,1%), pouco desejo (20,2%), bastante desejo (20,2%) e muito desejo (21,5%).

3.1.2. Mudanças do 2º para o 3º Trimestre de Gravidez

Neste estudo as participantes foram questionadas acerca de alguns aspectos que poderiam dar conta do seu nível de preparação e planeamento para o parto, em dois momentos sucessivos da sua gravidez, de seguida apresentamos as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez (cf. Quadro 2 e Gráfico 2).

Comparativamente ao 2º trimestre, no 3º trimestre de gravidez verificam-se mudanças estatisticamente significativas em relação à escolha do local do parto ($\chi^2=43,884$, g.l.=4, $p=,000$), caracterizadas por um aumento do número de grávidas que optou pela MJD (96,3%), diminuição do número daquelas que prefere um outro hospital (2,5%) e diminuição do número daquelas que não tomou qualquer decisão (1,2%).

Identificam-se também mudanças significativas do 2º para o 3º trimestre em termos do conhecimento da anestesia

QUADRO 2 – ANTECIPAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE PARTO: 2º E 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

	3º T < 2º T N	3º T > 2º T N	Z
Planeamento e Preparação			
decisão sobre o local onde o parto vai ocorrer	4	8	-1,291
conhecimento da anestesia epidural	5	21	-3,138**
pensar sobre o uso ou não de anestesia epidural no parto	10	44	-4,627**
uso ou não de anestesia epidural no parto	11	52	-4,429**
treino da respiração e relaxamento para o trabalho de parto	6	8	-,728
treino da respiração e relaxamento para o parto	10	16	-,774
respiração e relaxamento ajudam no trabalho de parto	38	20	-2,515*
respiração e relaxamento ajudam no parto	45	29	-1,877
conhecimento dos procedimentos do trabalho de parto	28	50	-2,542*
conhecimento dos procedimentos do parto	22	61	-4,072**
ter outro filho	44	21	-3,724**
Preocupação			
estado de saúde próprio no parto	42	40	-,082
estado de saúde próprio no pós-parto	28	62	-2,946**
estado de saúde do bebé no parto	37	37	-,124
consequências do parto	41	60	-1,756
consequências do parto no bebé	40	51	-1,398
peso do bebé	36	53	-1,333
duração do internamento	32	40	-1,126
Medo			
morrer no parto	34	25	-,772
bebé morrer no parto	37	23	-1,499
sequelas físicas do parto	34	47	-1,123
sequelas físicas no bebé do parto	27	34	-1,219
sequelas psicológicas do parto	24	38	-1,509
sequelas psicológicas no bebé do parto	37	36	-,409
medo no trabalho de parto	54	35	-2,306*
medo no parto	52	34	-1,654
Confiança e Controlo			
controlo no trabalho de parto	40	32	-1,024
confiança no trabalho de parto	41	36	-1,017
controlo no parto	34	43	-1,312
confiança no parto	41	24	-2,239*
Dor			
trabalho de parto doloroso	41	29	-1,233
parto doloroso	34	32	-,313
média no trabalho de parto	22	39	-1,963*
média no parto	31	39	-1,012
média a seguir ao parto	33	37	-,639
média no primeiro dia pós-parto	34	44	-,886
média no segundo dia pós-parto	30	35	-,403
média no terceiro dia pós-parto	35	33	-,859
média na primeira semana pós-parto	28	21	-,886
média no primeiro mês pós-parto	19	18	-,023
média que alguém disse que ia sentir no trabalho de parto	44	41	-,878
média que alguém disse que ia sentir no parto	34	26	2,139*
média que alguém disse que ia sentir no pós-parto	41	21	2,466*
interfere na relação e nos cuidados ao bebé	26	61	-4,021**
interfere na relação com o companheiro	32	55	-3,047**
Suporte			
companheiro no trabalho de parto	45	22	-3,187**
companheiro no parto	38	29	-1,980*
companheiro no pós-parto	29	10	-2,648**
alguém importante (familiar ou amigo) no trabalho de parto	43	21	0,088
alguém importante no parto	36	50	-1,723
alguém importante no pós-parto	41	25	-1,778
Cuidados Maternos			
capacidade de amamentar no pós-parto	36	35	-,589
capacidade de cuidar do bebé no pós-parto	46	28	-1,305
primeiro contacto com o bebé	37	24	-2,002*
pegar no bebé	77	33	-4,872**
tocar no bebé	47	61	-,402

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

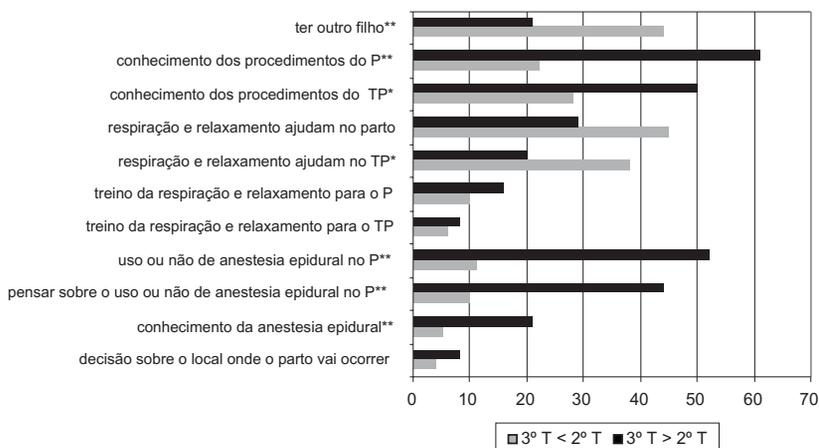


Gráfico 2 – Planeamento e Preparação para o Parto: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez. TP – Trabalho de parto; P – Parto; PP – Pós-parto. *p<0,05; **p<0,01

epidural ($\chi^2=21,468$, g.l.=1, p=,000), caracterizadas por um aumento do número de mulheres que diz conhecer a anestesia epidural (91,4%) e consecutiva diminuição do número daquelas que a desconhece (8,6%). Diminui também o número de grávidas que ainda não decidiu se quer ou não epidural no parto (35,0%), aumentando ligeiramente o número daquelas que não querem epidural (35,6%), mas também o número daquelas que deseja anestesia epidural no parto (29,4%), o que em termos estatísticos é significativo ($\chi^2=70,664$, g.l.=4, p=,000).

O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas mostra que ao mesmo tempo que as participantes no estudo ponderam o uso de analgésicos, desvalorizam a importância que atribuem à utilização de métodos de respiração e relaxamento, visto que no 3º trimestre de gravidez, em relação ao 2º trimestre, o número de grávidas que valoriza mais a utilização

destes métodos no trabalho de parto é inferior (N=20) ao número de grávidas que não valoriza tanto a utilização destes métodos (N=38) (Z=-2,515, p=,012).

Outro aspecto importante é o conhecimento dos procedimentos médicos relativos ao trabalho de parto e ao parto. Existe um maior número de grávidas (N=50) que diz conhecer melhor os procedimentos médicos do trabalho de parto no 3º trimestre do que dizia ao 2º trimestre, sendo menor o número daquelas que diz conhecer pior estes procedimentos médicos no 3º trimestre do que no 2º trimestre (N=28) (Z=2,542, p=,011). Do mesmo modo, existe um maior número de grávidas (N=61) que diz conhecer melhor os procedimentos médicos do parto no 3º trimestre do que no 2º trimestre, sendo menor o número daquelas (N=22) que diz conhecer pior estes procedimentos médicos no 3º trimestre do que no 2º trimestre (Z=-4,072, p=,000) (cf. Quadro 2 e Gráfico 2).

Procuramos finalmente averiguar até que ponto os sujeitos poderiam ou não estar a planear uma outra gravidez. A análise dos dados pelo teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas revela que no 3º trimestre, em relação ao 2º trimestre, um maior número de grávidas (N=44) deseja menos ter outro filho comparativamente com um menor número de participantes (N=21) que deseja mais ter outro filho ($Z=-3,724$, $p=,000$).

3.1.3. Características sociais e demográficas

Quando procuramos diferenças ao nível do planeamento e preparação para o parto em termos das características sociais e demográficas da amostra, com recurso ao teste de Qui-quadrado, verificamos diferenças em termos de idade, escolaridade e profissão, tanto no 2º como no 3º trimestre de gravidez.

Tendo em conta três grupos de grávidas com idades distintas (idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos e idades entre os 30 e os 39 anos), os resultados mostram que, no 3º trimestre de gravidez, as participantes mais velhas e as com idade intermédia têm aproximadamente o mesmo conhecimento sobre o que é a anestesia epidural. De facto, a maioria das grávidas mais velhas sabe o que é a anestesia epidural (84,4%), tal como acontece com as grávidas de idade intermédia (85,8%); em contraponto, as mais novas não conhecem tão bem este método, sendo que, no grupo de grávidas mais novas metade tem conhecimento acerca da anestesia epidural (50%) e a outra me-

tade desconhece este método (50%) ($\chi^2=13,486$, g.l.=2, $p=,001$).

Considerando agora dois grupos de grávidas (sem e com a escolaridade obrigatória), existe um maior número de mulheres com escolaridade obrigatória que conhece o que é a anestesia epidural no 2º trimestre (92,7%) e no 3º trimestre de gravidez (96,3%), do que o número daquelas que conhece a anestesia epidural, no 2º trimestre (61,0%) e no 3º trimestre de gravidez (81,4%), mas que não têm a escolaridade obrigatória ($\chi^2=21,060$, g.l.=1, $p=,000$, no 2º trimestre; $\chi^2=8,616$ g.l.=1, $p=,004$, no 3º trimestre). O teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes permitiu apurar uma diferença significativa, ao 2º trimestre de gestação, entre o grupo de mães com mais anos de estudo e grupo com menos anos de estudo, em que as primeiras acreditam mais que os métodos de respiração e relaxamento as podem ajudar no trabalho de parto (Mean Rank=77,17) do que as segundas (Mean Rank=62,42) ($Z=-2,509$, $p=,012$).

Os resultados revelam também que no 2º trimestre de gestação o número de mulheres com profissões de tipo não manual que conhecem a anestesia epidural (93,8%) é significativamente superior ao número de mulheres com profissões de tipo manual que conhecem este método (75,7%) ($\chi^2=7,097$, g.l.=1, $p=,005$). Em relação à decisão de tomar ou não epidural, nos dois grupos há uma percentagem semelhante de indecisos (57,9% nas profissões manuais e 54,1% nas profissões não manuais), contudo verifica-se uma tendência para as mulheres com profissões de tipo manual optarem mais por

não usar a epidural (31,8%) em detrimento do seu uso (10,3%) e, as mulheres com profissões de tipo não manual optarem mais pelo uso de anestesia epidural (27,1%) e menos por um parto sem anestesia (18,8%) ($\chi^2=8,152$, g.l.=2, $p=.017$).

Apesar da diminuição anteriormente descrita no desejo de ter outro filho do 2º para o 3º trimestre, quando utilizamos o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes na identificação de diferenças em três grupos de grávidas com idades distintas (um primeiro grupo com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, um segundo grupo com idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos e um terceiro grupo com idades entre os 30 e os 39 anos) ao 3º trimestre de gravidez, verificamos que são as mulheres mais velhas que mais desejam ter outro filho (Mean Rank=91,52), seguem-se as de idade intermédia (Mean Rank=83,33) e só depois as mais novas (Mean Rank=52,33) ($Z=9,897$, $p=.007$).

O teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes foi utilizado para identificar diferenças significativas entre o grupo de grávidas solteiras e o grupo de grávidas casadas ou em regime de coabitação em relação ao desejo de ter outro filho, revelando que no 3º trimestre de gravidez as mulheres casadas ou em coabitação com os parceiros desejam mais ter outro filho (Mean Rank=85,36) de que as mulheres solteiras (Mean Rank=60,32) ($Z=-2,635$, $p=.008$). Quando se procurou diferenças entre o grupo de participantes sem escolaridade obrigatória e o grupo de participantes com escolaridade obrigatória, verificou-se que no 2º trimestre de gestação são as grávidas com a escolaridade obrigatória que mais

desejam ter outro filho (Mean Rank=79,16), comparativamente com as mulheres sem a escolaridade obrigatória (Mean Rank=59,66) ($Z=-2,902$, $p=.004$). Já em relação às diferenças encontradas num grupo de grávidas com profissões de tipo não manual e um grupo de grávidas com profissões de tipo manual, verifica-se que ao 2º trimestre de gravidez, as primeiras desejam mais ter outro filho (Mean Rank=93,43) do que as segundas (Mean Rank=71,08) ($Z=-2,997$, $p=.003$). Se considerarmos as diferenças entre dois grupos de sujeitos, consoante o agregado familiar da grávida (só com o companheiro ou com o companheiro e a família de origem alargada), ao 3º trimestre de gestação, encontra-se que as mulheres que vivem só com o companheiro desejam mais ter outro filho (Mean Rank=72,59) do que as mulheres que vivem com o companheiro e a família (Mean Rank=55,04) ($Z=-2,215$, $p=.027$).

3.2. Preocupação com o bem-estar próprio e do bebé

3.2.1. Caracterização Geral

Pelo 2º trimestre de gravidez (cf. Gráfico 1), as participantes neste estudo revelam quase todas preocupação com o estado de saúde próprio no parto, destas, mais de metade, refere uma preocupação bastante ou muito elevada (56,1%) e as restantes pouca ou nenhuma preocupação (43,9%). O nível de preocupação com a saúde da própria no pós-parto já não é tão elevado, pois em mais de metade da amostra a preocupação está ausente ou é pouco significativa (61,1%), embora numa menor percentagem de grávidas (38,9%) a

preocupação seja bastante ou muito elevada. Quando questionadas sobre o nível de preocupação com o estado de saúde do bebé no parto, as mães dizem estar nada a pouco preocupadas em 63,5% dos casos e bastante a muito preocupadas em 36,5% dos casos. Um número não muito elevado preocupa-se bastante ou muito com possíveis consequências do parto para si (35,9%) e preocupa-se bastante ou muito com possíveis consequências do parto no bebé (52,1%). Em relação à preocupação com o peso do bebé ao nascimento, as mães não manifestam preocupação nenhuma (24,5%), pouca (26,4%), bastante (23,9%) ou muita (25,2%) preocupação.

A duração do internamento gera pouca preocupação na maioria das participantes (64,4%), embora algumas manifestem bastante (19,6%) ou muita (2,5%) preocupação e outras nenhuma preocupação (13,5%).

3.2.2. Mudanças do 2º para o 3º Trimestre de Gravidez

De uma forma geral, a avaliação de mudanças no grau de preocupação com o bem-estar próprio e do bebé no parto (cf. Quadro 2 e Gráfico 3), através do teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas, revela que no 3º trimestre de gravidez em relação ao 2º trimestre existem mais grávidas bastante ou muito preocupadas.

Estatisticamente significativa é a diferença encontrada na preocupação da grávida com o seu estado de saúde no pós-parto, traduzida pelo facto de se encontrar um maior número de grávidas que cotam mais elevado o seu nível de preocupação no 3º trimestre do que no 2º trimestre (N=62), do que o número de grávidas que cotam menos elevado o seu nível de preocupação no 3º trimestre do que no 2º trimestre (N=28) ($Z=-2,946$, $p=,003$).

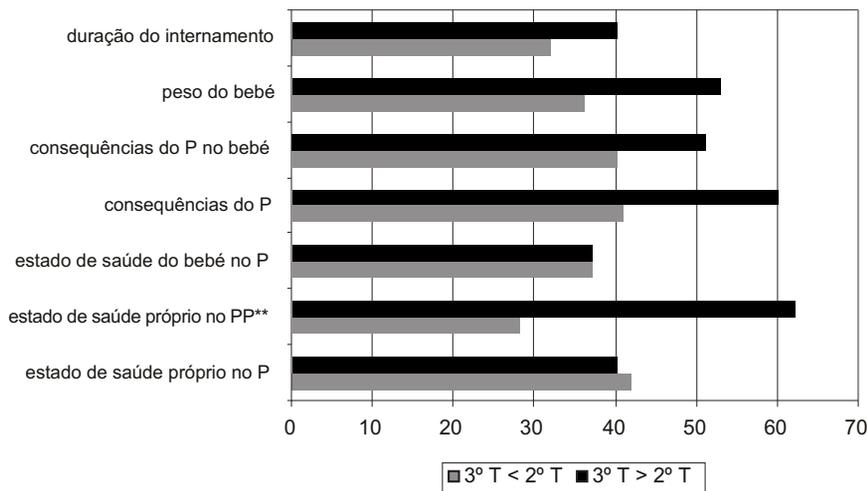


Gráfico 3 – Preocupação com o bem-estar próprio e do bebé: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez TP – Trabalho de parto; P – Parto; PP – Pós-parto. * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

3.2.3. Características Sociais e Demográficas

Quando se analisa a existência de diferenças significativas, com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, em dois grupos de grávidas (com profissões do tipo manual e com profissões de tipo não manual), verifica-se que em relação ao nível de preocupação com consequências do parto em si, são as grávidas com profissões de tipo manual as mais preocupadas (Mean Rank=82,09) quando comparadas com as grávidas de profissões de tipo não manual (Mean Rank=67,36) ($Z=-1,986$, $p=.047$), no 2º trimestre de gravidez. Esta diferença é encontrada novamente ao 3º trimestre de gravidez: as grávidas com profissões de tipo manual estão mais preocupadas com as consequências do parto (Mean Rank=82,68) e estão também mais preocupadas com o seu estado de saúde no pós-parto (Mean Rank=83,10), do que as grávidas com profissões de tipo não manual, que estão menos preocupadas com as consequências do parto (Mean Rank=67,36) ($Z=-2,283$, $p=.022$) e com o seu estado de saúde no pós-parto (Mean Rank=64,74) ($Z=-2,468$, $p=.014$). Do mesmo modo, ao 3º trimestre de gravidez, as mães com profissões de tipo manual acham que vão demorar mais tempo a regressar a casa (Mean Rank=81,71) do que as que têm profissões de tipo não manual (Mean Rank=67,91) ($Z=-2,127$, $p=.033$).

Quando procuramos diferenças significativas através do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes em 3 grupos de grávidas com diferentes idades, constatamos que ao 2º trimestre de gestação, são as grávidas mais novas as que esperam demorar mais tem-

po a regressar a casa depois do parto (Mean Rank=107,00), seguem-se as de idade intermédia (Mean Rank=80,30) e só depois as mais velhas (Mean Rank=73,95) ($Z=8,479$, $p=.014$).

O teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes mostrou ainda que, quando se compara um grupo de participantes católico com um grupo de participantes que se diz não católico, é o católico que ao 3º trimestre de gravidez acha que irá demorar mais tempo a regressar a casa depois do parto (Mean Rank=83,73) em relação ao grupo não católico (Mean Rank=66,85) ($Z=-2,076$, $p=.038$). É também o grupo de católicas que ao 3º trimestre de gravidez teme mais que o bebé pode ficar com sequelas físicas (Mean Rank=83,93) e psicológicas (Mean Rank=84,20) decorrentes do parto, em relação ao grupo de não católicas que não atribui tanta relevância à possibilidade de sequelas físicas (Mean Rank=65,79) ($Z=-1,991$, $p=.047$) e psicológicas para o bebé (Mean Rank=64,40) ($Z=-2,219$, $p=.026$).

Quando comparamos o grupo de mulheres que vive apenas com o companheiro com o grupo de mulheres que vive com o companheiro e com a família mais alargada, verificamos que, ao 2º trimestre de gravidez, as participantes que vivem apenas com o companheiro estão menos preocupadas com o peso do bebé ao nascimento (Mean Rank=64,84), do que as que vivem com os companheiros e com a família mais alargada (Mean Rank=87,82) ($Z=-2,808$, $p=.005$). Do mesmo modo, ao 3º trimestre de gravidez, as grávidas que vivem apenas com o companheiro estão menos preocupadas com as consequências do parto em si (Mean Rank=65,82), do que as que vivem com os companheiros e com a família mais

alargada (Mean Rank=82,55) ($Z=-2,122$, $p=,034$).

Outras diferenças significativas foram constatadas com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, em dois grupos de grávidas (sem escolaridade obrigatória e com escolaridade obrigatória), verificando-se que no 2º trimestre, as mulheres com escolaridade obrigatória têm mais receio de que o bebé possa ficar com sequelas físicas decorrentes do parto (Mean Rank=76,46) do que as grávidas sem escolaridade obrigatória (Mean Rank=63,42) ($Z=-2,058$, $p=,040$).

3.3. Experiência

3.3.1.1. Medo: Caracterização Geral

O estudo do modo como as mulheres antecipam a sua experiência de parto, especialmente em relação ao medo, mostra que, na maioria dos casos, as grávidas esperam sentir em termos gerais níveis reduzidos de medo no trabalho de parto e no parto (cf. Gráfico 1).

Quando questionadas se acham que vão sentir medo em algum momento durante o trabalho de parto, 4,9% pensa não vir a sentir medo nenhum, 22,7% pensa vir a sentir um pouco, 37,4% pensa vir a sentir bastante e 35,0% pensa vir a sentir muito medo. Em relação ao parto enquanto que um número reduzido pensa não vir a sentir qualquer medo (5,5%), algumas mulheres pensam vir a sentir pouco (28,2%), outras bastante (39,9%) e ainda outras pensam vir a sentir muito medo (26,4%) no parto.

Aquelas que antecipam sentir bastante ou muito medo relativamente à experiência de parto, têm como medos mais

prevalecentes: morrer no parto (13,5%), ficar com sequelas físicas (14,1%) ou ficar com sequelas psicológicas (11,8%) do parto. Em relação ao bebé a situação é semelhante, algumas grávidas dizem ter bastante ou muito medo do bebé morrer no parto (19,1%), ou do bebé ficar com sequelas físicas (14,7%) ou psicológicas (11,0%) decorrentes do parto.

3.3.1.2. Medo: Mudanças do 2º para o 3º Trimestre de Gravidez

O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas mostra que, em termos gerais, não é evidente um claro aumento ou diminuição, entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez, do medo no trabalho de parto, parto ou pós-parto (cf. Quadro 2 e Gráfico 4).

Estatisticamente significativa é a diferença encontrada para o medo no trabalho de parto, sendo que existe um menor número de mulheres ($N=35$) a referir esperar vir a sentir níveis mais acentuados de medo no trabalho de parto, no 3º trimestre de gravidez em relação ao 2º trimestre, comparativamente com o número maior ($N=54$) de grávidas que refere esperar vir a sentir níveis inferiores de medo no 3º trimestre em relação ao 2º trimestre ($Z=-2,306$, $p=,021$).

3.3.1.3. Medo: Características Sociais e Demográficas

Na comparação entre o grupo de católicas com o grupo de não católicas através do teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, verifica-se que é o grupo de católicas, que ao 3º trimestre de gravidez, mais pensa vir a sentir medo durante o trabalho de parto (Mean Rank=85,26) e o parto (Mean

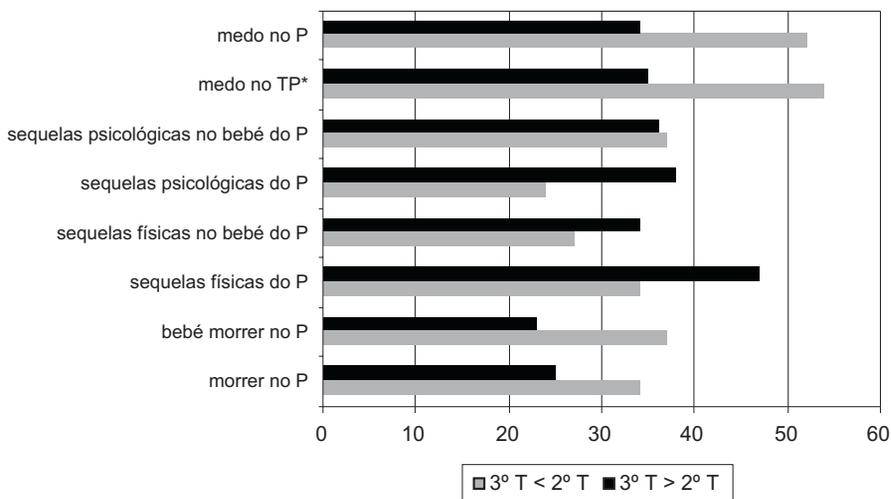


Gráfico 4 – Medo: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez.
 TP – Trabalho de parto; P - Parto; PP – Pós-parto. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Rank=84,55), comparativamente com as grávidas não católicas que pensam vir a sentir menos medo no trabalho de parto (Mean Rank=55,98) ($Z = -3,118$, $p = ,002$) e parto (Mean Rank=62,56) ($Z = -2,380$, $p = ,017$).

3.3.2.1. Confiança e Controlo: Caracterização Geral

No que concerne ainda à percepção de controlo e confiança (cf. Quadro 2) no trabalho de parto e parto, verificámos que as grávidas deste estudo, ao 2º trimestre de gestação, se dividem pela antecipação de controlo elevado (bastante ou muito) (41,1%) e pela antecipação de baixo controlo (nenhum ou pouco) (58,9%) face à situação do trabalho de parto. Resultados idênticos são encontrados para o parto, sendo que algumas grávidas acham que vão sentir muito ou bastante controlo

(48,5%) e outras acham que esse controlo será nulo ou reduzido (51,5%). Quanto ao sentimento de confiança no trabalho de parto existem grávidas que antecipam bastante ou muita confiança (68,3%) e outras que antecipam pouca ou nenhuma (31,7%). Também no parto, a maioria acha que vai sentir-se bastante ou muito confiante (68,7%), mas o sentimento de nenhuma ou pouca confiança é relatado por algumas grávidas (31,3%).

3.3.2.2. Confiança e Controlo: Mudanças do 2º para o 3º Trimestre de Gravidez

Os resultados do teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas indicam que em geral, do 2º para o 3º trimestre de gestação, as participantes neste estudo tendem a antecipar me-

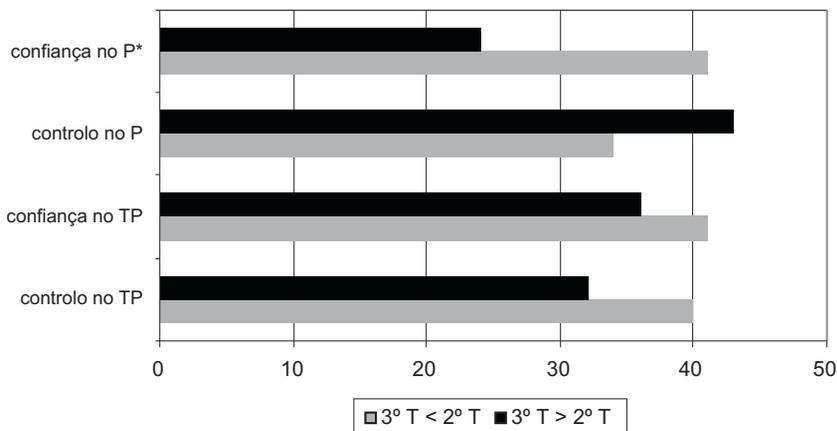


Gráfico 5 – Confiança e Controlo: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez. TP – Trabalho de parto; P - Parto; PP – Pós-parto. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

nos controlo e confiança no trabalho de parto e no parto.

Destes dados é de salientar um número inferior de participantes ($N=24$) que no 3º trimestre refere mais percepção de confiança no parto em relação ao 2º trimestre, sendo superior o número das que refere menor percepção de confiança no parto ($N=41$) no 3º trimestre comparativamente com o 2º trimestre de gestação ($Z=-2,239$, $p=,025$).

3.3.2.3. Confiança e Controlo: Características Sociais e Demográficas

O teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes permitiu identificar diferenças significativas ao nível da antecipação do controlo em três grupos de grávidas com idades distintas (um primeiro grupo com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, um segundo grupo com idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos e um terceiro grupo com idades entre os 30 e os 39 anos). Os dados indicam que, ao 3º trimestre de gestação, são as grá-

vidas mais velhas que antecipam uma maior sensação de controlo no trabalho de parto (Mean Rank=98,27), comparativamente com as grávidas mais novas (Mean Rank=85,44) e com as de idade intermédia (Mean Rank=76,85) ($Z=6,482$, $p=,039$).

A partir do teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes procuraram-se diferenças significativas entre o grupo de grávidas com profissões de tipo manual e o grupo de grávidas com profissões de tipo não manual. Os resultados revelam que no 2º trimestre de gestação as mulheres com profissões de tipo não manual pensam vir a estar menos confiantes no trabalho de parto (Mean Rank=66,48) do que as que têm profissões de tipo manual (Mean Rank=82,49) ($Z=-2,229$, $p=,026$). Em relação ao parto, surgem resultados semelhantes, que indicam que as mulheres com profissões de tipo não manual antecipam menor confiança (Mean Rank=68,26) e menos sentimentos de controlo (Mean Rank=66,41) comparativamente com as

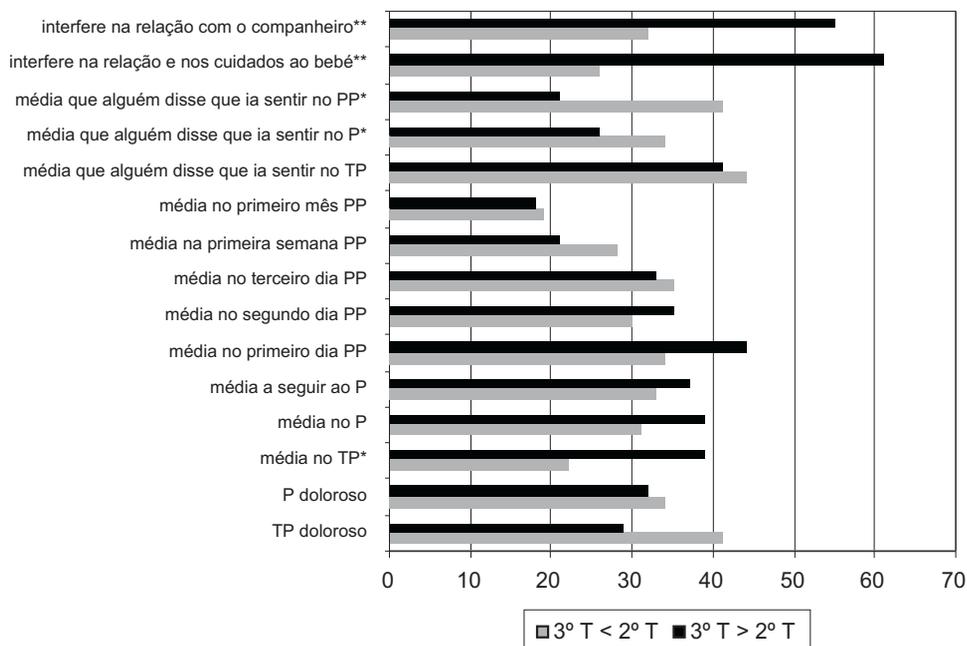


Gráfico 6 – Intensidade da dor: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez. TP – Trabalho de parto; P - Parto; PP – Pós-parto. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

mulheres com profissões de tipo manual, em que a confiança (Mean Rank=82,37) ($Z=-1,996$, $p=,046$) e os sentimentos de controlo (Mean Rank=83,20) ($Z=-2,334$, $p=,020$) são mais antecipados.

3.3.3.1. Intensidade da dor: Caracterização Geral

A dor no parto é o elemento mais valorizado pela mulher grávida, daí que a antecipação dessa dor, não só no parto, mas também no trabalho de parto e no pós-parto, tenha sido alvo de interesse deste estudo (cf. Gráfico 1).

A dor média esperada para o trabalho de parto é na maioria dos casos bastante (55,2%) ou muito elevada (21,5%), outros casos referem apenas pouca (22,1%) ou ne-

nhuma (1,2%) intensidade de dor esperada para o trabalho de parto. Em relação à antecipação da dor no parto a situação é semelhante: a maioria espera sentir bastante (53,5%) ou muita dor (26,5%), enquanto um grupo mais restrito espera sentir pouca (17,9%) ou nenhuma (1,2%) dor. Já a intensidade de dor antecipada logo após o parto é inferior, pois 50,9% espera pouca dor, 37,4% espera bastante dor, 8% não espera qualquer dor e apenas 3,7% espera muita dor.

As participantes neste estudo acreditam ainda que a intensidade de dor que haverão de sentir no primeiro mês do pós-parto vá diminuindo progressivamente. Especificamente, no primeiro dia do pós-parto (27,0%), no segundo dia do pós-

-parto (18,5%), no terceiro dia do pós-parto (11,6%), na primeira semana (9,9%), e no primeiro mês (8,6%). Curiosamente, quando questionadas sobre a dor que outras pessoas lhes dizem que sentirão, o número daquelas que refere elevada dor (bastante ou muita dor) no trabalho de parto (49,7%), parto (14,1%) e pós-parto (9,8%) é inferior ao número das que referem elevada dor nos mesmos momentos (50,3% no trabalho de parto, 85,9% no parto e 90,2% no pós-parto).

Face à dor esperada, um grande número de grávidas pensa que vai sentir bastante ou muita dor no trabalho de parto (77,9%) e no parto (75,5%).

3.3.3.2. Intensidade da dor: Mudanças do 2º para o 3º Trimestre de Gravidez

Em relação à antecipação da intensidade da dor, a maioria dos itens traduz um aumento na intensidade da dor esperada, do 2º para o 3º trimestre de gravidez (cf. Quadro 2 e Gráfico 6).

O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas apresenta como estatisticamente significativa a diferença na dor média que a grávida imagina que irá ter no trabalho de parto. Ou seja, no 3º trimestre em relação ao 2º trimestre, existe um número significativamente maior de grávidas (N=39) que antecipa mais dor no trabalho de parto, em relação ao número de grávidas (N=22) que antecipa menor dor no trabalho de parto no 3º trimestre relativamente ao 2º trimestre ($Z=-1,963$; $p=,050$).

É também no 3º trimestre que mais mulheres esperam que a dor vá interferir mais na relação com o companheiro e na relação e nos cuidados ao bebé, compara-

tivamente com o verificado ao 2º trimestre. Analisando as mudanças, entre o 3º e o 2º trimestre, verificamos que é maior o número de participantes (N=55) que ao 3º trimestre valoriza mais a interferência da dor na relação com o companheiro, do que o número daquelas que passa a dar menor valor a esta mesma interferência (N=32) ($Z=-3,047$; $p=,002$). Também em relação à interferência da dor nos cuidados ao bebé, no 3º trimestre comparativamente ao 2º trimestre, encontra-se um número significativamente superior de mulheres (N=61) que passa a valorizar mais a interferência da dor nos cuidados ao bebé face ao número inferior (N=26) daquelas que passa a desvalorizar essa interferência ($Z=-4,021$; $p=,000$).

Em oposição, quando se pergunta à grávida qual a intensidade de dor que alguém lhe disse que irá sentir, verifica-se que no 3º trimestre de gravidez, comparativamente com o 2º trimestre, um menor número de grávidas (N=26) refere que a intensidade de dor que lhe dizem que irá sentir no parto é maior, face a um número significativamente maior (N=34) de grávidas que refere menor intensidade de dor no parto relatada por outros ($Z=-2,139$; $p=,032$). Do mesmo modo, é também no 3º trimestre de gravidez em relação ao 2º trimestre, que mais grávidas (N=41) relatam como menos intensa a dor que lhes dizem que sentirão no pós-parto, e menos grávidas (N=21) referem maior intensidade de dor ($Z=2,466$, $p=,014$).

3.3.3.3. Intensidade da dor: Características Sociais e Demográficas

Procurou-se também verificar a existência de diferenças significativas em rela-

ção à antecipação da dor e as características sociais e demográficas da amostra. Para isso procedeu-se à análise de dois grupos de grávidas, em que um dos grupos era formado por grávidas solteiras e o outro grupo por grávidas casadas ou em coabitação.

O teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes revela, em termos gerais, que as grávidas solteiras, no 2º trimestre de gravidez, tendem a antecipar uma maior intensidade de dor no pós-parto. A análise destes resultados indica que as mães solteiras esperam sentir mais dor logo após o parto (Mean Rank=97,62), no primeiro dia do pós-parto (Mean Rank=106,64), no segundo dia do pós-parto (Mean Rank=100,14), no terceiro dia do pós-parto (Mean Rank=104,52), na primeira semana dos pós-parto (Mean Rank=96,80) e no primeiro mês do pós-parto (Mean Rank=96,00), comparativamente com as mães casadas ou em coabitação para os mesmos momentos avaliados: logo após o parto (Mean Rank=79,17) ($Z=-1,992$; $p=,046$), no primeiro dia do pós-parto (Mean Rank=77,54) ($Z=-3,278$, $p=,001$), no segundo dia do pós-parto (Mean Rank=78,71) ($Z=-2,281$, $p=,023$), no terceiro dia do pós-parto (Mean Rank=77,30) ($Z=-2,934$; $p=,003$), na primeira semana dos pós-parto (Mean Rank=79,32) ($Z=-1,982$, $p=,047$) e no primeiro mês do pós-parto (Mean Rank=79,46) ($Z=-2,357$, $p=,018$). Pelo contrário, no 3º trimestre, as mães solteiras pensam menos que o trabalho de parto (Mean Rank=65,44) e o parto (Mean Rank=60,94) vão ser dolorosos, em relação ao outro grupo de mães casadas ou em coabitação, quer face ao trabalho de parto (Mean Rank=84,43) ($Z=-2,015$, $p=,044$) quer face ao parto (Mean Rank=84,69) ($Z=-2,553$, $p=,011$).

Quando se procurou a existência de diferenças significativas em dois grupos de grávidas, sem a escolaridade obrigatória e com a escolaridade obrigatória, verificou-se que no 2º trimestre de gravidez, as grávidas com um maior nível de escolaridade cotam mais intensa a dor que alguém lhes disse que irão sentir durante o parto (Mean Rank=76,64) do que as grávidas com menor escolaridade (Mean Rank=63,16) ($Z=-2,239$, $p=,025$).

De igual modo, são as mulheres com profissões de tipo não manual que cotam mais a dor que alguém lhes disse que irão sentir durante o parto (Mean Rank=89,43) do que as que têm profissões de tipo manual (Mean Rank=72,87) ($Z=-2,426$, $p=,015$).

A comparação entre um grupo de participantes empregadas e um grupo de participantes desempregadas, no 2º trimestre de gestação, revelou que as mulheres empregadas acham que vão ter mais dor na primeira semana (Mean Rank=77,82) e no primeiro mês do pós-parto (Mean Rank=77,20) do que as mulheres desempregadas, que por sua vez acham que vão sentir menos dor na primeira semana (Mean Rank=59,57) ($Z=-2,141$, $p=,032$) e no primeiro mês do pós-parto (Mean Rank=68,96) ($Z=-2,081$, $p=,037$).

Já o grupo de católicas face o grupo de não católicas, no 2º trimestre de gravidez, pensa que o parto vai ser mais doloroso (Mean Rank=84,74), acha que vai sentir mais dor logo a seguir ao parto (Mean Rank=84,48), no primeiro dia após o parto (Mean Rank=84,73) e no segundo dia do pós-parto (Mean Rank=84,62), do que o grupo de não católicas, pois este grupo considera que o parto não será tão doloroso (Mean Rank=64,54) ($Z=-2,152$, $p=,031$) e que a dor será menos intensa logo após o parto (Mean Rank=65,90) ($Z=-2,048$,

$p=,041$), no primeiro dia do pós-parto (Mean Rank=64,62) ($Z=-2,321$, $p=,020$) e no segundo dia do pós-parto (Mean Rank=65,19) ($Z=-2,115$, $p=,034$). Também no 3º trimestre de gestação se verificam diferenças entre estes dois grupos, as grávidas católicas acham que vão sentir mais dor no trabalho de parto (Mean Rank=84,50) e logo a seguir ao parto (Mean Rank=85,92) comparativamente com o observado nas não católicas, no trabalho de parto (Mean Rank=65,83) ($Z=-2,167$, $p=,030$) e logo após o parto (Mean Rank=58,40) ($Z=-3,070$, $p=,002$).

3.4.1. Suporte de pessoas significativas: Caracterização Geral

Neste estudo as grávidas foram questionadas acerca do suporte que antecipam no trabalho de parto, no parto e no pós-parto, quer pelo companheiro quer por outra pessoa significativa para si (cf. Gráfico 1). Relativamente ao companheiro, as participantes no estudo esperam frequentemente muito (57,7%) ou bastante (20,2%) apoio no trabalho de parto, enquanto outras esperam pouco (12,3%) ou nenhum (9,8%). No parto, a maioria espera igualmente muito (55,4%) ou bastante (17,4%) apoio, e outras pouco (10,6%) ou nenhum (16,6%). No pós-parto, o apoio esperado pelo companheiro é ainda superior: 83,4% esperam muito apoio, 12,9% bastante, 2,5% pouco e 1,2% nenhum.

Relativamente à outra figura significativa, as participantes no estudo não antecipam tanto apoio como o apoio que esperam ter do companheiro, mas mesmo assim, referem um apoio significativo para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Deste modo, no trabalho de parto, a mai-

oria espera muito (37,4%) ou bastante (31,3%) apoio e um número inferior de participantes espera pouco (14,7%) ou nenhum (16,6%) apoio. No parto, a maioria espera igualmente muito (33,2%) ou bastante (28,4%) apoio, e outras pouco (18,6%) ou nenhum (19,8%). No pós-parto, o apoio esperado é também superior, 66,3% espera muito apoio, 24,5% bastante, 4,9% pouco e 4,3% nenhum.

3.4.2. Suporte de pessoas significativas: Mudanças do 2º para o 3º trimestre de gravidez

O pai do bebé é a figura de suporte que quase todas as grávidas indicam como mais significativa para a acompanhar no parto (cf. Quadro 2 e Gráfico 7). Ao 3º trimestre de gravidez em relação ao 2º trimestre, verifica-se, através do teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas, que um maior número de grávidas ($N=45$) têm expectativas de menor apoio do companheiro no trabalho de parto, no parto ($N=38$) e no pós-parto ($N=29$), visto que o número de mulheres com expectativas elevadas de apoio diminui em relação ao observado no 2º trimestre, quer para o trabalho de parto ($N=22$) ($Z=-3,187$, $p=,001$) quer para o parto ($N=29$) ($Z=-1,980$, $p=,048$) quer para o pós-parto ($N=10$) ($Z=-2,648$, $p=,008$).

3.4.3. Suporte de pessoas significativas: Características sociais e demográficas

O recurso ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes permitiu identificar diferenças significativas entre três grupos de grávidas com idades distintas (um primeiro grupo com idades compreendidas entre os 15 e

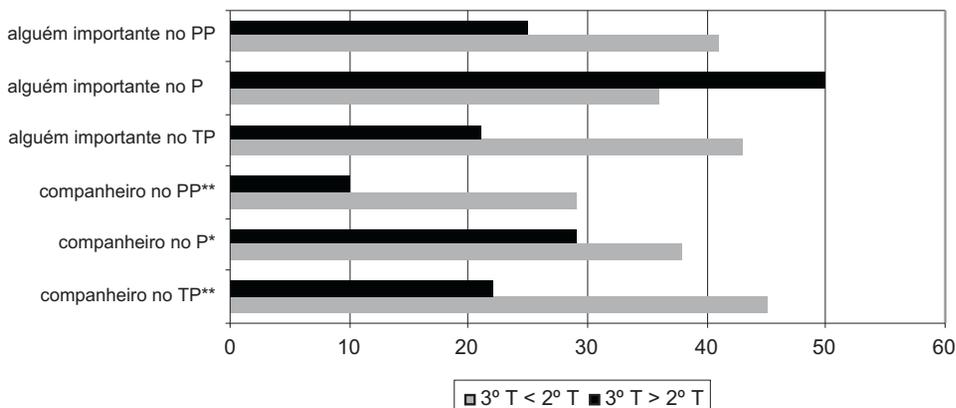


Gráfico 7 – Suporte de pessoas significativas: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez. TP – Trabalho de parto; P - Parto; PP – Pós-parto. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

os 18 anos, um segundo grupo com idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos e um terceiro grupo com idades entre os 30 e os 39 anos). Os resultados mostram que no 2º trimestre de gravidez, as participantes mais novas contam ter mais o apoio de uma pessoa significativa que não o companheiro no trabalho de parto (Mean Rank=102,53), do que as grávidas pertencentes ao grupo de idade intermédia (Mean Rank=84,63) e principalmente do que as grávidas mais velhas (Mean Rank=61,16) ($Z=10,995$, $p=,004$). Esta tendência é também verificada no 2º trimestre de gravidez, quando nos reportamos às expectativas de apoio por parte de outra figura significativa no parto, em que são as mulheres mais novas que mais antecipam este apoio (Mean Rank=93,06), a estas seguem-se as grávidas de idade intermédia (Mean Rank=85,59) e seguidamente as mais velhas (Mean Rank=60,69) ($Z=8,901$, $p=,012$).

O teste não paramétrico de *Mann-*

Whitney para duas amostras independentes procurou diferenças significativas entre o grupo de grávidas solteiras e o grupo de grávidas casadas ou em regime de coabitação, tendo-se encontrado diferenças no 2º e no 3º trimestre de gravidez. No 2º trimestre as mulheres solteiras, contam menos com o apoio do companheiro no trabalho de parto (Mean Rank=55,86), no parto (Mean Rank=58,06) e no pós-parto (Mean Rank=56,35), do que as mulheres casadas ou em regime de coabitação, no que diz respeito aos mesmos momentos avaliados, trabalho de parto (Mean Rank=86,74) ($Z=-3,371$, $p=,001$), parto (Mean Rank=85,58) ($Z=-2,933$, $p=,003$) e pós-parto (Mean Rank=85,32) ($Z=-4,392$, $p=,000$). No 3º trimestre, as mulheres solteiras contam também menos com o apoio do companheiro no trabalho de parto (Mean Rank=52,64), no parto (Mean Rank=58,58) e no pós-parto (Mean Rank=51,76) do que as mulheres casadas ou em regime de coabitação no que diz respeito ao trabalho de parto (Mean Rank=86,77) ($Z=-3,574$, $p=,000$),

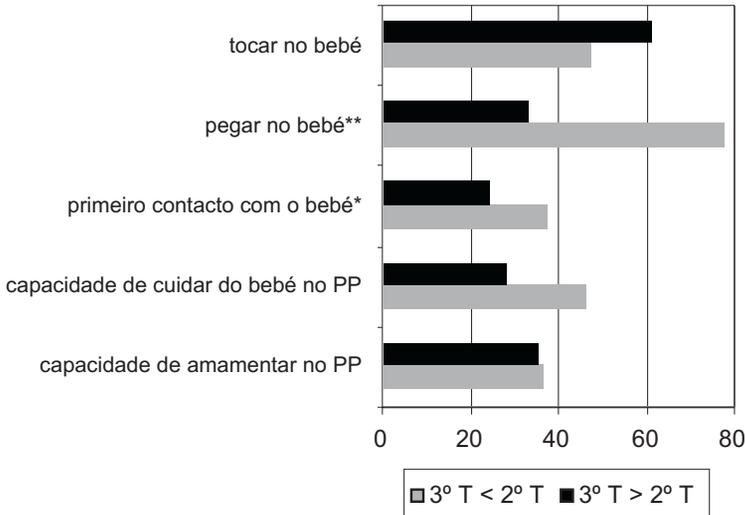


Gráfico 8 – Cuidados maternos: Mudanças entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez.
TP – Trabalho de parto; P - Parto; PP – Pós-parto. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

parto (Mean Rank=84,37) ($Z=-2,681$, $p=,007$) e pós-parto (Mean Rank=86,93) ($Z=-4,471$, $p=,000$).

Ainda na comparação destes dois grupos, verificam-se diferenças significativas, no 2º trimestre de gravidez, quanto ao apoio esperado por outra figura significativa no trabalho de parto, nomeadamente porque as grávidas solteiras esperam mais apoio (Mean Rank=98,84), do que as casadas ou em regime de coabitação (Mean Rank=78,95) ($Z=-2,033$, $p=,042$).

A comparação de dois grupos de grávidas de acordo com o seu estatuto profissional revela que, no 2º trimestre de gravidez, as participantes desempregadas contam mais com o apoio de outra pessoa significativa que não o companheiro no trabalho de parto (Mean Rank=94,98), do que aquelas que naquele momento estão empregadas (Mean Rank=71,35) ($Z=-2,531$, $p=,011$).

Quando a grávida tem um agregado familiar mais alargado, que inclui não só o companheiro mas também a família de origem, conta mais (Mean Rank=82,27) com o apoio de uma figura significativa que não o companheiro, ao 2º trimestre de gestação, do que as grávidas que vivem apenas com os parceiros (Mean Rank=66,25) ($Z=-1,974$, $p=,048$). Uma tendência igualmente significativa é encontrada ao 2º trimestre de gravidez, uma vez que as mulheres que vivem com a família alargada contam menos (Mean Rank=61,75) com o apoio do companheiro no pós-parto, do que aquelas que vivem só com o companheiro (Mean Rank=70,86) ($Z=-2,002$, $p=,045$). No 3º trimestre de gravidez, as participantes que vivem com a família e o companheiro referem que contam mais com o apoio de outra figura no parto (Mean Rank=81,98), do que aquelas que vivem apenas com os respectivos parceiros (Mean Rank=65,67) ($Z=-2,052$, $p=,040$).

3.5.1. Cuidados Maternos: Caracterização Geral

Em relação à última das dimensões consideradas neste estudo (cf. Gráfico 1), verifica-se que, quando questionadas sobre a sua capacidade para cuidar do bebé logo após o parto, as participantes acham frequentemente que vão ser bastante (40,7%) ou muito (40,1%) capazes de prestar cuidados imediatos ao seu bebé, contudo, uma pequena percentagem considera que será pouco (14,3%) ou nada (4,9%) capaz de realizar esta tarefa.

Quanto ao modo como aproveitarão o primeiro contacto com o bebé, as futuras mães acreditam que irão aproveitar muito (64,4%), bastante (31,3%) ou pouco (4,3%) o primeiro contacto com o filho.

Em relação ao tempo médio que esperam demorar a tocar no bebé os resultados apontam para 2 minutos ($SD=0,67$); o tempo médio que esperam demorar até poder pegar no bebé é um pouco superior: 20 minutos ($SD=35,69$).

3.5.2. Cuidados Maternos: Mudanças do 2º para o 3º Trimestre de Gravidez

Em relação às mudanças avaliadas entre o 2º e o 3º trimestre de gestação na dimensão dos cuidados maternos, verificou-se que no 3º trimestre de gravidez, comparativamente com o encontrado no 2º trimestre, um maior número de grávidas opta pela ponderação na avaliação da sua capacidade para cuidar do bebé (cf. Quadro 2 e Gráfico 8).

O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras emparelhadas revela que embora esta diferença não seja estatisticamente significativa, existe uma tendência para que no final da gravidez, um número inferior de mulheres esteja confiante na sua capacidade de cuidar e amamentar o bebé

logo a seguir ao parto, face ao número superior daquelas que sente alguma falta de confiança.

Diferenças estatisticamente significativas são também encontradas, quando se avalia a percepção da mãe quanto à sua capacidade para aproveitar o primeiro contacto com o bebé, isto é, um número superior de grávidas ($N=37$), ao 3º trimestre em relação ao 2º trimestre, considera que será menos capaz de aproveitar plenamente o primeiro contacto com o bebé e, um número inferior ($N=24$) de grávidas, considera que será mais capaz de aproveitar este primeiro contacto ($Z=-2,002$, $p=.045$). Porém, é no 3º trimestre de gestação, em relação ao 2º trimestre, que mais mulheres ($N=77$) esperam pegar no bebé num menor espaço de tempo em relação a um número inferior ($N=33$) de participantes que espera demorar mais tempo a pegar no bebé ($Z=-4,872$, $p=.000$).

3.5.3. Cuidados Maternos: Características Sociais e Demográficas

A comparação entre um grupo de grávidas com profissões de tipo manual com um grupo de grávidas com profissões de tipo não manual, em relação à interacção com o bebé, mostrou que ao 2º trimestre de gestação, são as mulheres com profissões de tipo manual que consideram mais que vão aproveitar plenamente o primeiro contacto com o bebé (Mean Rank=84,59) e não tanto as com profissões de tipo não manual (Mean Rank=67,36) ($Z=-3,287$, $p=.001$).

Quando se procurou diferenças significativas entre o grupo de grávidas casadas ou em regime de coabitação e o grupo de grávidas solteiras, apurou-se que, no 3º trimestre de gravidez, as mulheres casadas ou

em coabitação esperam mais que vão conseguir amamentar o bebé logo a seguir ao parto (Mean Rank=84,84), do que as mulheres solteiras (Mean Rank=63,22) ($Z=-2,268$, $p=,023$).

4 – DISCUSSÃO

A investigação sugere que a satisfação com a qualidade da experiência de parto é susceptível de influenciar o bem-estar psicológico da puérpera, bem como a adequação da interacção com o bebé (DiMatteo, Morton, Lepper, Damush, Carney, Pearson & Kahn, 1996; Marut & Mercer, 1979; Robson & Kumar, 1980). Dado que o comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como anteriormente concebe a experiência, importa conhecermos melhor a forma como o parto é antecipado para ajudar a grávida a preparar-se mais adequadamente e a participar mais eficientemente no parto e, neste sentido, favorecer a sua positiva adaptação ao pós-parto.

Num primeiro momento, procuramos compreender de que modo a amostra em estudo planeava um conjunto de aspectos normalmente associados à experiência de parto. Num segundo momento, procuramos identificar possíveis mudanças do 2º para o 3º trimestre de gravidez ao nível da antecipação do parto. Por último, vimos como a antecipação do parto poderia estar relacionada com características sociais e demográficas da amostra em estudo.

Os dados obtidos mostram uma preferência clara na escolha do local de parto, logo desde o 2º trimestre de gravidez, que se torna ainda mais evidente no 3º trimes-

tre. A generalidade das participantes escolhe a Maternidade Júlio Dinis, instituição onde foi acompanhada na gravidez, para ter o bebé.

Mais de metade da amostra diz conhecer a analgesia de parto e o número de mulheres que refere esse conhecimento aumenta do 2º para o 3º trimestre de gestação. Contudo, quanto à utilização da anestesia epidural no parto, ao 2º trimestre cerca de metade da amostra ainda não tomou essa decisão e um número relativamente baixo decidiu pelo seu uso. No 3º trimestre, o número de indecisas diminui, aumentando ligeiramente o número de grávidas que não quer epidural e mais ainda o número daquelas que o deseja.

Atendendo às características da amostra, verifica-se que as grávidas mais novas, com menor escolaridade e com profissões menos diferenciadas dizem conhecer menos a anestesia epidural. Encontra-se ainda uma tendência para as participantes com profissões manuais não quererem anestesia epidural do parto e para que as participantes com profissões não manuais terem essa preferência. À medida que se aproxima o parto e aumenta a decisão relativamente à anestesia epidural diminui a importância atribuída aos métodos de respiração e relaxamento. São igualmente as grávidas com maior nível de escolaridade que mais valorizam o uso de métodos de respiração e relaxamento. Tal como Rautava (1989) assinalou, também neste estudo se verifica uma relação entre um maior conhecimento sobre o parto e características sociais e demográficas da amostra, particularmente um maior nível educacional, situação profissional activa e mais idade.

Em relação ao desejo de ter outro fi-

lho, verifica-se ao 3º trimestre uma diminuição da intenção de engravidar novamente. Se atendermos às características das participantes constatamos que são as mais velhas, casadas, com profissões mais diferenciadas e que vivem apenas com os companheiros que mais desejam ter um outro filho.

O planeamento e a preparação para o parto são aspectos importantes na adaptação à maternidade até porque existe um conjunto de factores comuns a esta experiência. Na gravidez a mulher tem que se adaptar às inúmeras mudanças que acontecem no seu corpo, aos riscos reais e imaginários inerentes à sua condição, ao parto e às expectativas que se geram em torno do bebé (Freitas, 2001), o que contribui para um aumento do nível de ansiedade logo desde que a gravidez é conhecida, o qual vai progressivamente aumentando à medida que o parto se aproxima (Colman & Colman, 1994).

Este estudo mostra estar presente um aumento significativo da preocupação da grávida com o seu estado de saúde no parto e no pós-parto, do 2º para o 3º trimestre de gestação. Contudo, observam-se diferenças entre os grupos de grávidas analisados com relação às preocupações que referem. As mulheres com maior escolaridade preocupam-se mais com a possibilidade do bebé ficar com sequelas físicas decorrentes do parto; as participantes que vivem apenas com o companheiro preocupam-se mais com as consequências do parto em si e com o peso do bebé; as grávidas com profissões de tipo manual estão mais preocupadas com consequências do parto em si, com o seu estado de saúde no pós-parto e com o tempo que vão demo-

rar a regressar a casa; as participantes mais novas estão também mais preocupadas com o tempo que vão demorar a regressar a casa, tal como as católicas. Estas últimas estão igualmente preocupadas com as consequências físicas e psicológicas do parto para si e para o bebé e com o medo que esperam sentir no trabalho de parto e no parto. Deste modo, verifica-se, à semelhança do encontrado por outros investigadores (*e.g.*, Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, Figueiredo, 1996; Campbell & Cohn, 1991; O'Hara, Schlechte, Lewis & Varner, 1991), uma associação entre factores psicológicos (ansiedade/preocupação) e factores sociais e demográficos (idade, escolaridade, situação profissional).

No mesmo sentido vão os resultados que se referem à percepção de controlo e confiança das grávidas, ou seja, do 2º para o 3º trimestre as participantes neste estudo tendem a antecipar menor controlo e menor confiança no trabalho de parto e no parto. Porém, ao 3º trimestre de gravidez, acham que têm um maior conhecimento dos procedimentos médicos relativos ao trabalho de parto e ao parto, do que tinham no 2º trimestre. Habitualmente um maior nível de conhecimento associa-se a uma melhor adaptação à experiência de parto (Keen-Payne & Bond, 1997), deste modo a primiparidade e consequente menor conhecimento do parto, pode explicar a diminuição dos níveis de antecipação de controlo e de confiança face ao parto. Relativamente às características das participantes é de salientar que as mais velhas têm mais expectativas de controlo no trabalho de parto e as de profissões mais diferenciadas estão menos confiantes em relação ao trabalho de par-

to e parto. Também Windridge e Berryman (1996) mostraram que mães mais novas e primíparas apresentavam atitudes menos positivas face ao corpo, à gravidez e ao bebê do que mães mais velhas e múltiparas.

A dor é das dimensões mais adversas da experiência de parto, daí que a maioria das mulheres espera vir a sentir e sente muita dor no parto (Leventhal *et al.*, 1989), sendo as mulheres com mais expectativas irrealistas a respeito do parto que experienciam níveis mais elevados de dor no parto (Niven, 1988).

Este estudo mostrou que no 3º trimestre de gravidez, a maioria das mulheres, espera vir a ter mais dor no parto e espera que essa dor vá interferir mais nos cuidados ao bebê e na relação com o companheiro, do que antecipava no 2º trimestre. As expectativas em relação à dor no parto modificam-se durante a gravidez, no sentido de expectativas mais dolorosas e desagradáveis, serem encontradas no final da gravidez. Isto pode querer indicar que as grávidas vivenciam um percurso desenvolvimental relativamente comum, que lhes permitirá desenvolver um conjunto de competências para lidar com o parto, tal como foi proposto pela perspectiva desenvolvimental da maternidade (*eg.*, Bibring, 1959; Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994).

Quando procuramos estudar quais as participantes com pior antecipação de dor, verificamos que as grávidas católicas antecipam sempre uma intensidade de dor no parto e no pós-parto mais elevada, as solteiras ou empregadas antecipam o pós-parto como mais doloroso e as mães com menor escolaridade ou com profissões de tipo não manual cotam mais elevada a intensi-

dade de dor que alguém lhes disse que irão sentir no parto. As diferenças encontradas ao nível da intensidade de dor nos diversos grupos estão presentes essencialmente ao 2º trimestre de gravidez.

O suporte social na maternidade tem sido consistentemente associado à qualidade do ajustamento da mulher às mudanças da gravidez e à adaptação ao pós-parto (*e.g.*, Dawson, Robinson, Butterfield, VanDoorminck *et al.*, 1991; Oackley, 1992; Sheppard, 1994, cit. por Figueiredo, 2001). Neste estudo verificamos que as expectativas da grávida em relação ao apoio que o pai do bebê irá providenciar no trabalho de parto, no parto e no pós-parto, diminuem ao 3º trimestre de gestação, quando comparado com o 2º trimestre. Por outro lado, verifica-se que as mulheres mais novas, solteiras, desempregadas ou que vivem num agregado familiar mais alargado esperam menos o apoio do companheiro e referem mais o apoio de outras figuras significativas. Estes resultados parecem mostrar que nesta população os pais dos bebês apresentam menos envolvimento e colaboração na vivência do parto das suas mulheres. Contudo, particularmente num grupo de mulheres em maior risco social (mais novas, solteiras e desempregadas) verifica-se uma maior procura de outras figuras significativas, que não o companheiro, que poderão fornecer o suporte adequado à vivência desta experiência. Também Figueiredo *et al.* (1982) haviam referido a presença de uma selectividade das grávidas na identificação de pessoas importantes na gravidez, por uma marcada preferência pelas próprias mães ou por outros substitutos (irmã ou sogra), na amostra que estudaram há 20 anos atrás.

Por outro lado, surgem evidências de que são os níveis elevados de ansiedade na gravidez e não no parto que se associam ao *stress* parental durante as primeiras semanas do pós-parto (*e.g.*, Younger, 1991), assim como a ansiedade na gravidez parece relacionar-se com o surgimento de depressão pós-parto (*e.g.*, Bridge *et al.*, 1985; Pitt, 1978) e dificuldades emocionais e comportamentais da criança (Glover & Connor, 2002; Martin, Noyers, Wisenbaker & Httunen, 1999).

A associação entre a desadaptação à gravidez e risco de surgimento de perturbação psicopatológica no pós-parto tem sido descrita em vários estudos (*e.g.*, Affonso, Lovett, Paul, Arizmendi, Nussbaum, Newman & Johnson, 1991; Areskog, Kjessler & Uddenberg, 1984; O'Hara, Neunaber, Zekoski, 1984; O'Hara, *et al.*, 1991; Ryding, Persson, Onell & Kvist, 2003), sendo que a sua influência na qualidade dos cuidados maternos é um ponto fulcral para o desenvolvimento da criança (*e.g.*, Glover & Connor, 2002; Connor *et al.*, 2002; Martin, Noyers, Wisenbaker & Httunen, 1999). O contacto precoce com o bebé e a amamentação estão associados a uma maior qualidade da interacção mãe-bebé (Klaus, Trause & Kennell, 1975) e consequentemente a melhores resultados desenvolvimentais no bebé (Field, 1996; Sroufe, 1995) e de bem-estar na mãe (*e.g.*, Hales, Losoff, Sosa & Kennell, 1977).

No final da gravidez as participantes neste estudo são mais ponderadas na sua auto-percepção enquanto mães, ou seja, referem por exemplo, que não serão tão capazes de aproveitar plenamente o primeiro contacto com o bebé mas, mesmo assim, esperam pegar nele num mais cur-

to espaço de tempo. São as participantes de profissões mais diferenciadas que antecipam ser menos capazes de aproveitar o primeiro contacto com o bebé. E são as casadas ou em regime de coabitação que estão mais confiantes na sua capacidade de amamentar o bebé após o parto. Em vários estudos tem-se analisado a relação entre qualidade dos cuidados maternos e factores sociais e demográficos da mãe, tais como a idade (*e.g.*, Campbell & Cohn, 1991; Gottesman, 1992; O'Hara *et al.*, 1991; Osofsky & Eberhart-Wright, 1992; Webster, Thompson, Mitchell & Werry, 1994), o nível educacional e profissional (*e.g.*, Campbell & Cohn, 1991), o estado civil (*e.g.*, O'Hara *et al.*, 1991) e a paridade (*e.g.*, Fish & Striffer, 1993).

5 - CONCLUSÃO

A literatura tem vindo a assinalar que a maternidade implica a resolução de diferentes tarefas desenvolvimentais, que se sucedem ao longo da gravidez, pelo que são diferentes as preocupações das mulheres nos diferentes momentos desse processo (*e.g.*, Canavarró, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2001). Porém, são poucos os estudos empíricos destinados a descrever as mudanças desenvolvimentais que ocorrem durante a gravidez e a analisar os factores que podem dificultar (factores de risco) ou facilitar (factores protectores) a boa realização destas mudanças.

O estudo que apresentamos neste artigo dá conta que no 2º trimestre a generalidade das grávidas fez algum planeamento do parto, antecipa suporte por par-

te de pessoas significativas, tem uma visão positiva das suas competências maternas. A maioria prevê uma experiência de parto dolorosa com a presença de medo ou de confiança e controlo, mas está apenas moderadamente preocupada com o bem-estar próprio e o do bebé. A comparação entre o 2º e o 3º trimestre de gravidez revela mudanças significativas na percepção da grávida sobre o que irá ser a sua experiência de parto e pós-parto. Assim, no 3º trimestre, as mães apresentam níveis mais acentuados de planeamento e preparação para o parto, nomeadamente pela escolha do local onde pretendem que o parto aconteça e pela decisão de utilização de anestesia epidural no parto. É também mais no 3º trimestre que as grávidas referem maior preocupação com o seu estado de saúde e com o estado de saúde do bebé, que relatam menos sentimentos de confiança, que antevêm mais a dor e mais a sua interferência na relação com o companheiro e com o bebé e que antecipam menor apoio por parte do companheiro no parto e pós-parto. Apesar de no 3º trimestre os relatos das grávidas serem menos positivos dos encontrados no 2º trimestre, é nesta fase final da gravidez que a mulher possui maior conhecimento dos procedimentos médicos e que antecipa vir a ter menos medo durante o parto. Do mesmo modo, embora se ache menos competente nos cuidados ao bebé, o desejo de envolvimento é maior e a grávida geralmente aguarda um contacto imediato com o filho ao nascimento.

Neste sentido, se a mulher tem uma visão mais idealizada acerca do parto no 2º trimestre de gravidez, esta visão é corrigida no 3º trimestre, assemelhando-

-se mais ao que provavelmente a sua experiência irá ser, o que testemunha uma mudança desenvolvimental importante com efeitos positivos sobre a adaptação da mulher ao parto e pós-parto, tal como nos proporemos a estudar na continuação deste estudo.

Simultaneamente, à semelhança do verificado por outros autores, podemos averiguar que algumas características sociais e demográficas das grávidas resultam em maiores dificuldades na adequada antecipação do parto, no 2º e 3º trimestres de gestação (*e.g.*, Campbell & Cohn, 1991; Fish & Striffer, 1993; Freitas, 2001; O'Hara *et al.*, 1991; Osofsky & Eberhart-Wright, 1992; Webster, Thompson, Mitchell & Werry, 1994), tais como: menor idade, baixo nível de escolaridade, profissões de reduzida qualificação, agregados familiares alargados ou no qual o companheiro está ausente. Menos habitual foi a associação encontrada entre religião e adaptação à experiência de parto, caracterizada por mais sentimentos negativos e maior antecipação de dor nas mulheres que se designam católicas.

Estes dados são importantes na medida em que dão conta das diferentes necessidades de ajuda que diferentes mães podem ter em diferentes momentos da gravidez, possibilitando adequar o apoio psicológico às suas preocupações, dificuldades e processos desenvolvimentais, o que pode favorecer o aumento do bem-estar e a vivência mais adaptada da gravidez, do parto e pós-parto.

Abstract

This study was developed in order to:

1) to understand how during pregnancy woman anticipates their childbirth experience, in terms of some relevant dimensions such as: a) planning and preparation; b) expectations of fear, trust, control and pain intensity; c) worry with the own and infant well-being; d) support from significant others; e) maternal care; 2) to know about changes in the perception of the delivery experience across pregnancy (between the 2nd and 3rd trimester); to analyse differences on the childbirth experience anticipation according to the socio-demographic characteristics of the participants.

The sample is constituted by 163 primiparous women, who can write and read Portuguese, and are attending the Júlio Dinis Maternity Hospital (MJD, Porto). Between the 20th and the 24th weeks of pregnancy the Social and Demographic part of the Portuguese Version of the Contextual Assessment of the Maternity Experience (CAME, Bernazzani, Marks, Siddle, Asten, Bifulco et al., 2003), composed by 45 open questions regarding social and demographic data about the mother and her partner, as well as about the obstetric and medical history, was administered. In two successive moments, between the 20th and the 24th weeks of pregnancy (2nd trimester) and between the 30th and the 36th weeks of pregnancy (3rd trimester), the participants had fulfilled the Childbirth Experience Anticipation Questionnaire (Questionário de Antecipação do Parto, QAP, Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, in press), a 58 item self-report questionnaire about

the perception of labour, delivery and postpartum experience.

The results show that during the 2nd trimester of pregnancy the mothers are generally planning the delivery and have positive expectations about the support from significant others, as well as about their own maternal competences; they usually also are worry about their own and their infant's well-being. The majority anticipates a painful delivery experience and split between expecting fear, and trust and control during delivery. Comparisons between the 2nd and 3rd pregnancy trimester shows that, in the 3rd trimester mothers are more focus in labour and have higher levels of planning and knowledge about the situation, but they also anticipate a more painful experience, as well as less trust and control and more fear, and are more worried about the negative consequences on her and on the baby. Some social and demographic characteristics are associated with the mother's difficulty on an adequate childbirth anticipation experience during the 2nd and 3rd trimesters, such as: less age, lower educational level, reduced qualification professions and larger families or families without the partner.

This study describes some important developmental changes occurring during pregnancy and also alerts for the need of implementing better childbirth preparation (especially for mothers with some social and economic characteristics), suggesting the most important areas for that.

Key-words: *Pregnancy; Childbirth experience; Pregnancy developmental tasks; Delivery anticipation.*

Agradecimentos:

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

Queremos agradecer a todas as grávidas e técnicos de saúde envolvidos na realização deste estudo.

BIBLIOGRAFIA

- Areias ME. *Maternidade e depressão no casal*. Dissertação apresentada a provas de doutoramento. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1984.
- Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1984; 13(2): 98-107.
- Astbury J. The crisis of childbirth: can information and childbirth education help? *Journal of Psychosomatic Research* 1980; 24: 9-13.
- Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine* 1996; 26: 135-141.
- Bernazzani O, Marks M, Siddle K, Asten P, Bifulco A, Barry S, Valoriani V, Figueiredo B, Gorman L, Guedeney N, Henshaw C, Kammerer M, Klier C, Conroy S, Sutter-Dallay A-L, TCS-PND group. Contextual Assessment of the Maternity Experience (CAME): development of an instrument for international research. TCS-PND Study 4. *British Journal of Psychiatry Supplement*, in press.
- Berthiaume M, David H, Saucier J, Borgeat F. Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1998; Vol 16(1): 45-56.
- Bibring GL. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytical Study of the Child* 1959; 14: 113-121.
- Brazelton TB. *On becoming a father*. New York, Delacort Press, 1981.
- Bridge LR, Little BC, Hayworth J, Dewhurst SJ, Priest RG. Psychometric ante-natal predictors of post-natal depressed mood. *Journal of Psychosomatic Research* 1985; 29(3): 325-331.
- Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of post-partum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(4): 594-599.
- Caplan G. Patterns of parental response to the crises of premature birth. *Psychiatry* 1960; 23: 365-374.
- Canavarro MC. Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Colman L, Colman A (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 2001.
- Cordeiro J. Aspectos psicológicos e sociais da gravidez na adolescência. *Alter Ego* 1987; 3: 111-118.
- Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Questionário de Antecipação do Parto: Estudo psicométrico e de validação, in press.
- Cox JL. *Some socio-cultural determinants of psychiatric associated with childbearing mental illness in pregnancy and the puerperium*. M. Sandier (Ed). Oxford University Press, 1978.
- Crandon AJ. Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research* 1979; 23: 109-111.
- Cranley MS, Hedhal KJ, Pegg SH. Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing research* 1983; 32(1): 10-15.
- Davis F, Robbie E(1994). Mind over body: The pregnant professional. *J Prenat Perinat Psychol Health* 1994; 8(3): 201-227.
- Dawson PM, Robinson JL, Butterfield PM, VanDoornink WJ et al. Supporting new parents through home visits: Effects on mother-infant interaction. *Topics in Early Childhood Special Education* 1991; 10(4): 29-44.
- DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, Damush TM, Carney MF, Pearson M, Kahn KL. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology* 1996; 15(4): 303-324.
- DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, Damush TM, Carney MF, Pearson M, Kahn KL. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology* 1996; 15(4): 303-324.
- Erickson MT. The influence of health factors on psychological variables predicting complications of pregnancy, labor, and delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 1976; 20: 21-24.
- Erikson M. The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor and delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 1975; 20: 207-210.
- Felton G, Segelman F. Lamaze childbirth training and changes in belief about personal control. *Birth and the Family Journal* 1978; 5: 141-150.
- Field T. *Primera infancia: de 0 a 2 anos*. Madrid: Ediciones Morata, 1996.
- Field T, Widmayer S. *Motherhood*. In B Wolman (Ed), Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1982.
- Figueiredo B. Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (org.), *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora, 2000.
- Figueiredo B. Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- Figueiredo B, Alegre C. Motherhood Experiences of Portuguese Women. In J Cox, M Marks, M Oates (Eds.). *Transcultural Study of Postpartum Depression*. Cambridge Press, in press.
- Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica* 2002; 2: 13-27.
- Figueiredo E, Costa ME, Morais MR. Pessoas significativas na gravidez: primeiros dados. *Psiquiatria Clínica* 1982; sup 2: 151-157.
- Figueiredo E, Mendonça T, Costa ME, Castro MS, Pedroso M, Leite P, Morais MR, Mansilha MA. Processo gravídico e ansiedade. Primeiros dados. *O Médico* 1982; 1592(3): 35-40.

- Fish M, Stifter C, Belsky J. Early patterns of mother-infant dyadic interaction: infant, mother, and family demographic antecedents. *Infant Behavior and Development* 1993; 16(1): 1-18.
- Freitas PP. *Ansiedade e gravidez. Intervenção psicossocial em grávidas com alta ansiedade*. Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Abel Salazar. Porto: ICBAS, 2001.
- Gainer M, Van Bonn P. *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), 1977.
- Gitau R, Fisk N, Teixeira J. Fetal HPA stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses. *Journal of Clinical Endocrinol Metabolism* 2001; 86, 104-109.
- Glover V, O'Connor TG. Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 389-391.
- Gottesman MM. Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle, and late childbearers: Similarities and differences. *Maternal Child Nursing Journal* 1992; 20(2): 93-110.
- Gruen D. Postpartum depression: a debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work* 1990; 15(4): 261-270.
- Hales D, Lozoff B, Sosa R, Kennell J. Defining the limits of the maternal sensitive period. *Developmental Medical Child Neurology* 1977; 19: 454-461.
- Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal* 1993; 307: 234-239.
- Keen-Payne R, Bond M. Voices of clients and caregivers in a maternity home. *Western J Nurs Research* 1997; 19(2): 190-204.
- Kitzinger S. *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 1978.
- Klaus MH, Trause MA, Kennell JH. Does human maternal behaviour after delivery show a characteristic pattern? In C Foundation (Ed), *Parent-infant interaction* (Vol. 33, pp. 69-86). Amsterdam: Association Scientific Publishers, 1975.
- Kumar R, Robson KM. *Neurotic disturbances during pregnancy and the puerperium: preliminary reports of a prospective survey of 119 primiparae*. In MS (Eds). pp 40-51. London: Oxford University Press, 1978.
- Leventhal EA, Leventhal H, Shacham S, Easterling D. Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(3): 365-371
- Lou HC, Nordentoft M, Jensen F, Pryds O, Nim J, Hemmingen R. Psychosocial stress and severe prematurity. *The Lancet* 1992; 340(4): 54.
- Lozoff B, Jordan B, Malone S. Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage and Family Review* 1988; 12(3-4): 35-60.
- MacDonald R, Gynther MD, Christakos AC (1963). Relations between maternal anxiety and obstetric complication. *Psychosomatic Medicine* 1963; 25: 357-363.
- Manning MM, Wright TL. Self-Efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 45(2): 421-431.
- Martin R, Noyers J, Wisenbaker J, Httunen M. Prediction of childhood negative emotionality and inhibition from maternal distress during pregnancy. *Merrill Palmer Quarterly* 1999; 45(3): 370-391.
- Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research* 1979; 28(5): 260-266.
- Matthews AEB. Reflections on the pain of labor. *Nurse Mirror* 1964; 118: 550-554.
- Niven C. Labor pain: long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1988; 6: 83-87.
- O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 502-508.
- O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology* 1984; 93: 158-171.
- Ososky JD, Eberhart-Wright A. Risk and protective factors for parent and infants. In G Suci, Robertson S (Ed), *Human development research* (pp 25-39). New York: Springer-Verlag, 1992.
- Pitt B. Introduction. In M Sandler (Ed), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp 1-6). Oxford: Oxford University Press, 1978.
- Rautava P. The Finnish family competence study: Characteristics of pregnant women with low childbirth knowledge. *Social Science and Medicine* 1989; 29(9): 1105-1109.
- Robson KM, Kumar R. Delay onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136: 347-353.
- Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of mid-wives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2003; 82(1): 10.
- Soifer R. *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- Sroufe LA. *Emotional development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Tanzer D, Block JL. *Why natural childbirth?* New York: Schocken Books, 1976.
- Westbrook MT. Analyzing affective responses to past events: Women's reactions to a childbearing year. *Journal of Clinical Psychology* 1978; 34(4): 967-971.
- Windridge KC, Berrymman JC. Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women of 35 and over. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1996; 14(1): 45-55.
- Younger B. A model of parenting stress. *Research in Nursing and Health* 1991; Vol 14(3): 197-204.
- Zagicek E, Wolking S. Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British Journal Med Psychol* 1978; 51: 379-385.
- Zax M, Sameroff AJ, Farnum JE. Childbirth education, maternal attitudes, and delivery. *American Journal Obstetric Gynecology* 1975; 123(2): 185-190.

