



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Experiência subjetiva do parto: Associações com o bem-estar emocional da mulher e com os cuidados prestados no parto

Geórgia Gabriella Carvalho da Silva

Mestrado em Ciências em Emoções

Orientadora:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista, Professora Auxiliar
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, Portugal

Co-Orientadora:

Professora Doutora Vera Mateus, Investigadora Doutorada
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil

setembro, 2021

iscte

CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Experiência subjetiva do parto: Associações com o bem-estar emocional da mulher e com os cuidados prestados

Geórgia Gabriella Carvalho da Silva

Mestrado em Ciências em Emoções

Orientadora:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista, Professora Auxiliar
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, Portugal

Co-Orientadora:

Professora Doutora Vera Mateus, Investigadora Doutorada
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil

setembro, 2021

Agradecimentos

Esta dissertação resulta de um longo processo de aprimoramento do meu eu, onde muitas pessoas contribuíram durante a sua realização.

Primeiramente agradeço a Deus, a ELE toda Honra e toda Glória, a Jesus e a todos os seres de luz que estiveram comigo durante toda essa jornada. Com certeza a trajetória desse mestrado foi um caminho espiritual.

Ao meu irmão Gabriel, tão distante e tão próximo, a sua partida me ensinou a vencer ao medo! Tenha certeza que dor sentida com a sua partida, me fez renascer. Meu eterno amor.

Aos meus pais, por serem a minha base, por acreditarem em mim. A minha irmã Giovanna por nunca ter desistido de mim, pelas orações, por estar sempre ao meu lado. A Rafa, Amanda e Pedro, a chegada de vocês alegrou a minha vida. Eu amo vocês.

A Clésio, meu bem, obrigado por ter sido minha melhor surpresa durante este mestrado, seu apoio, foi fundamental para alcançar essa vitória.

À Professora Doutora Joana Baptista por me ter acolhido e me orientado com tanta paciência e dedicação. À Professora Doutora Vera Lúcia por todo o apoio na realização desta tese. Queria também agradecer às minhas colegas de mestrado, em especial (Michelle, Carla Romão, Tatiana, Ana Paula e Ana Lúcia), muito obrigada por terem tornado esta jornada mais leve e possível, vocês foram essenciais.

Um obrigado ainda mais especial à Fran, minha amiga obrigada por cada palavra, por me incentivar, por me mostrar o caminho da fé. Sua amizade é um presente que levarei por toda a minha vida.

A Iraci e sua família por me abrigar e possibilitar realizar este sonho. Jamais você esquecer o que você fez por mim.

A Cathy Warwick e sua família, por me abrir as portas para o exterior, foi através de você que este sonho se concretizou.

À Tia Alba, à Joana, à Sâmia e à todas as minhas amigas obrigado por todos estes anos de amizade!

Agradeço as mães que participaram desta pesquisa, aos profissionais da instituição de saúde onde a mesma foi realizada, possibilitando que este trabalho fosse possível de se realizar.

Resumo

O parto constitui-se como um marco com profundas repercussões na vida da mulher, que implica transformações que englobam o seu sistema fisiológico, psicológico e o seu papel sociofamiliar . Neste estudo analisaram-se as associações entre a experiência subjetiva do parto e o bem-estar emocional da mulher (avaliado através da presença de sintomas de depressão) e as condições de assistência durante o parto. A amostra incluiu 99 puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos. Após o parto, no momento da alta hospitalar, as puérperas preencheram o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, que permite avaliar a experiência subjetiva do parto, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo para a avaliação da presença de sintomas de depressão, e um questionário sociodemográfico para obtenção de informação sociodemográfica e obstétrica. Foram ainda obtidos dados clínicos e sobre os procedimentos do parto. De acordo com os resultados, percepções mais negativas do parto emergiram como significativamente associadas à exposição da mulher a procedimentos invasivos durante o parto. Mulheres mais velhas, que já tinham tido outros partos anteriormente, e que tiveram uma cesária reportaram mais positivamente a experiência do seu parto. Mulheres que reportaram sintomas de depressão revelaram menor satisfação com a sua experiência do parto. Estes resultados sugerem que as percepções acerca do parto resultam de múltiplos factores, desde a saúde psicológica da puérpera aos cuidados que lhe são prestados durante o parto, alertando para a importância da implementação de programas de promoção do bem-estar da mulher, da gravidez ao pós-parto.

***Palavras-chave:* Experiência subjetiva do parto; Parto; Depressão**

Abstract

Childbirth is a milestone with profound repercussions on women's lives, which implies changes that encompass their physiological and psychological systems and their socio-familial role. This study analyzed the associations between the subjective experience of childbirth and the woman's emotional well-being (assessed through the presence of symptoms of depression) and the conditions of care during childbirth. The sample included 99 postpartum women, aged between 18 and 44 years. After delivery, at hospital discharge, the mothers completed the Experience and Satisfaction with Childbirth Questionnaire, which allows the assessment of the subjective experience of childbirth, the Edinburgh Postpartum Depression Scale to assess the presence of symptoms of depression, and a sociodemographic questionnaire to obtain sociodemographic and obstetric information. Clinical data and data on delivery procedures were also obtained. According to the results, more negative perceptions of childbirth emerged as significantly associated with the woman's exposure to invasive procedures during childbirth. Older women, who had had other births before, and who had a cesarean reported more positively about their birth experience. Women who reported symptoms of depression showed less satisfaction with their childbirth experience. These results suggest that perceptions about childbirth result from multiple factors, from the psychological health of the postpartum woman to the care provided during childbirth, highlighting the importance of implementing programs to promote women's well-being, from pregnancy to post childbirth.

***Keywords:* Subjective experience of childbirth; Childbirth; Depression**

Índice

Introdução.....	1
CAPÍTULO 1	3
Enquadramento Conceptual	3
1.1. O Parto Como Evento Único	3
1.2. A Experiência do Parto.....	4
1.3. Possíveis Fatores Associados à Experiência do Parto.....	7
1.3.1. Bem-estar emocional da mulher	7
1.3.2. Cuidados prestados à parturiente	10
CAPÍTULO 2	13
Estudo empírico.....	13
2.1. Objetivos e hipóteses do presente estudo.....	13
2.2 Método.....	13
2.2.1. Participantes	13
2.2.2. Instrumentos	15
<i>Questionário sociodemográfico</i>	15
<i>Ficha Clínica e de Procedimentos</i>	15
<i>Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS; Cox et al., 1987; traduzida e validada para o português do Brasil por Santos et al., 2007)</i>	16
<i>Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; versão portuguesa de Costa et al., 2004)</i>	16
2.2.3. Procedimento	17
2.2.4. Análise Estatística.....	18
CAPÍTULO 3	19
Resultados.....	19
3.1. Estatística descritiva das variáveis do estudo	19

3.2. Correlação entre a experiência subjetiva do parto e variáveis da mulher e do parto.	21
3.3. Correlação entre experiência subjetiva do parto e procedimentos realizados durante o parto	21
3.4. Correlação entre experiência subjetiva do parto e bem-estar emocional da mulher..	23
CAPÍTULO 4	24
Discussão	24
4.1. Limitações do estudo e sugestões para investigação futura	30
CAPÍTULO 5	32
Conclusão	32
Referências	33

Índice de tabelas

Tabela 2.1. Caracterização sociodemográfica das participantes	14
Tabela 2.2. Variáveis obstétricas e do parto atual das participantes	15
Tabela 3.1. Estatística descritiva das variáveis da experiência subjetiva do parto e sintomas de depressão	19
Tabela 3.2. Caracterização dos cuidados disponibilizados durante o trabalho de parto	20
Tabela 3.3. Correlação entre a experiência subjetiva do parto e a idade das mães, tipo de parto, e número de partos anteriores.....	21
Tabela 3.4. Associação entre a experiência subjetiva do parto e realização de procedimentos invasivos durante o parto.....	22
Tabela 3.5. Comparação entre os grupos de utilização de cuidados disponíveis durante o trabalho de parto ao nível da experiência subjetiva do parto	23
Tabela 3.6. Correlação entre a experiência subjetiva do parto e os sintomas de depressão materna	23

Introdução

A palavra emoção vem do latim “*emotionem*” que significa movimento, ato de mover. Devido à complexidade que a envolve e a capacidade de colocar o homem como agente de transformação de sua realidade, a emoção torna-se objeto de estudo no meio científico tomando forma como um conhecimento objetivo e de grande valia para a sociedade (Casa Nova et al., 2009). Para Carlson (2002), a palavra emoção pode ter vários significados e é constituída por padrões de respostas fisiológicas e de comportamentos específicos. Nesse sentido, a resposta emocional é formada por três componentes: o comportamental (atua através do sistema musculoesquelético), autonômico (medeia as alterações do sistema cardiovascular e das vísceras) e hormonal (age por meio da secreção e regulação hormonal). Já as percepções conscientes diante da resposta emocional configuram os sentimentos (Kandel et al., 2014). Esta mesma ideia é corroborada por Damásio (2000), que afirma a ligação das emoções com a regulação homeostática e a sobrevivência a muitos eventos e objetos de nossa experiência autobiográfica. Este autor explica ainda as emoções a partir da visão biológica, onde as mesmas são formadas por um padrão de reações químicas e neurais complexas, provocando mudanças que influenciam todo o corpo, sendo o conjunto dessas mudanças denominado de sentimentos.

O parto é considerado como um momento peculiar na vida da mulher e é carregado de mitos e verdades onde as emoções se exacerbam. De acordo com Brasil (2017), o nascimento no ambiente hospitalar contribuiu para um aumento nas taxas de intervenções sobre o parto, o que acabou acarretando uma desvalorização dos aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos neste processo que é único e carregado de fortes emoções. Porém, a partir das novas evidências científicas, a prática obstétrica vem passando por mudanças importantes nos últimos 30 anos, com atenção voltada ao resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento (Brasil, 2017). Podemos observar a magnitude das emoções expressas dentro das políticas de atenção obstétrica, conforme destacado por Brasil (2017), onde o apoio emocional às parturientes durante o trabalho de parto e no momento do parto, bem como a inserção da Enfermeira Obstetra, é tratado como forma de reduzir as intervenções e proporcionar maior satisfação às mulheres.

Desta forma, revela-se essencial identificar os fatores, quer da mulher (e.g., bem-estar emocional) quer da assistência ao parto e da sua humanização, que contribuem para a experiência das parturientes. Uma melhor compreensão deste fenômeno permitirá aos profissionais de saúde atuar com base na evidência em prol do respeito e valorização do estado

emocional da parturiente e, assim, compreender de modo singular a forma como cada uma vive o seu trabalho de parto, valorizando a dimensão psicológica deste processo.

O presente trabalho de investigação visa analisar as associações entre o bem-estar emocional da mulher (operacionalizado em termos de sintomas de depressão), as condições oferecidas à mulher durante o parto e experiência subjetiva do parto: Esta dissertação está organizada em torno das seguintes secções: enquadramento conceptual, método, resultados e conclusão. No enquadramento conceptual, é apresentada a literatura sobre as relações entre os fatores acima mencionados e a experiência do parto, o objetivo geral e hipóteses do estudo. No método, são descritos os participantes, o procedimento e os instrumentos de recolha de dados utilizados no estudo. Posteriormente, apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos, salientando-se as implicações futuras deste estudo. Por fim, é feita uma conclusão final.

CAPÍTULO 1

Enquadramento Conceptual

1.1. O Parto Como Evento Único

O nascimento é historicamente considerado um evento natural, em que as primeiras civilizações atribuíam a esse acontecimento muitos significados culturais, os quais foram sofrendo transformações ao longo das gerações subsequentes, e que continua a ser celebrado como um dos fatos marcantes da vida de uma família (Wolff & Moura, 2004). A gestação representa um período de formação de um novo ser, que se inicia no momento da concepção e que tem a duração estimada de 40 semanas, culminando com o parto (Coutinho et al., 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto é um processo fisiológico e natural que pode ser vivenciado sem complicações pela maioria das mulheres, em que cada trabalho de parto tem a sua individualidade e a sua duração variando de mulher para mulher (Brasil, 2017).

Por trabalho de parto entende-se o período caracterizado por uma série de contrações ritmadas e progressivas do útero que movem o feto do interior do útero para o mundo exterior (Brasil, 2017). Este é caracterizado por mudanças biopsicossociais, que são modificações que englobam desde as alterações físicas da mulher como também o seu bem-estar psíquico é vivido de forma emocionalmente intensa, marcado por ansiedade e alegria, e sustentado pela expectativa da mulher em relação à sua capacidade para parir e à saúde do seu bebê (Maldonado, 2002; Soifer, 1992; Chiattonne, 2006). O parto torna-se um marco com profundas repercussões nos planos físico, mental, emocional e social na vida da mulher (Costa et. al., 2003), com grandes transformações que englobam o seu sistema fisiológico, psicológico e o seu papel sociofamiliar (Fria & Franco, 2008). É um evento único e complexo que pode envolver dor, sobrecarga emocional, vulnerabilidade, possíveis danos físicos e até risco de morte, e está associado a uma mudança definitiva de papéis, que inclui a responsabilidade de cuidar e promover o desenvolvimento de outro ser humano totalmente dependente (Hodent et. al, 2011).

As formas de parir foram influenciadas pelas mudanças ocorridas na sociedade, onde a assistência prestada à parturiente sofreu ajustes de acordo com os fatores socioculturais envolventes (Maldonado, 2002). Quando o parto foi deslocado do ambiente domiciliar para as instituições de saúde, o mesmo foi perdendo as suas características de um evento privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de forma pública e institucionalizada, tornando-se para a mulher como um momento desconhecido e amedrontador (Brasil, 2017). Existe também uma representação social do parto associado a um evento doloroso do processo fisiológico da

gravidez, em que o comportamento expresso pela mulher é influenciado pela dimensão emocional e o contexto em que a mesma se encontra, onde o parto pode ser visto para além de um evento médico, enquanto situação biológica transformada em atos culturais conforme a realidade de cada sociedade (Maldonado, 2002).

A institucionalização do parto levou à perda do papel do protagonismo da mulher no seu próprio parto. As mulheres passaram a ser submissas ao poder exercido pelos profissionais de saúde, que agem muitas vezes de modo intervencionista e mecanicista, de forma que o parto tem perdido o seu significado fisiológico (Osório et al., 2014). Nesse sentido, as práticas humanizadas têm como objetivo o resgate do processo fisiológico que o parto deve representar para a mãe e para o recém-nascido (Osório et al., 2014). O modo de experimentar o parto independente dos diferentes olhares por parte dos profissionais de saúde requer uma assistência humanizada à parturiente e à sua família, considerando e respeitando os direitos, as emoções e os sentimentos dessa mulher. A assistência ao parto deve ser segura e proporcionar a cada mulher, além dos benefícios dos avanços científicos, o estímulo do exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (Wolff & Moura, 2004). Para Morais (2010), as práticas voltadas para o parto devem estar adequadas à realidade da mulher, estando relacionadas com questões biológicas e os contextos socioculturais e econômicos de cada sociedade. É preciso respeitar o significado e o contexto sociocultural do nascimento, colocando-se a mulher como protagonista no parto, levando em conta os desejos sobre como elas gostariam de dar à luz (Velho et al., 2012).

1.2. A Experiência do Parto

De acordo com Lopes e colaboradores (2009), o parto é um evento que vai além do tornar-se mãe, pois é dotado de um teor psicológico que devido à amplitude do seu significado pode desencadear benefícios ou danos psicológicos nas gestantes, onde o modo de vivê-lo é singular e marcante na vida da mulher. As grávidas desenvolvem expectativas acerca deste momento, com especial ênfase no desejo de serem bem acolhidas no momento do parto e receberem um atendimento adequado, garantindo a sua segurança e a do recém-nascido, por parte da maternidade e profissionais de saúde (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). A investigação sugere que a forma como este evento é percebido está associado a fatores que vão desde a cultura, as expectativas e conhecimentos sobre o mesmo, e principalmente pelas percepções da mulher acerca da forma como foi cuidada no momento do parto (Lopes et al., 2009). Para Wolff e Moura (2004), o nascimento de um filho é uma experiência especial na vida do casal e da

família, na qual a assistência recebida no momento do parto representa um passo importante para que a maternidade possa ser experienciada com segurança e bem-estar.

Importa referir que a experiência do parto pode ter consequências tanto positivas como negativas, pois o modo como este evento é vivenciado pode determinar o bem-estar físico, emocional, psicológico da puérpera e, conseqüentemente, sua relação com o bebê (Costa et al., 2004). As dimensões que influenciam a satisfação e qualidade da experiência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, segundo Costa et al. (2004), estão relacionadas a aspetos como: o suporte proporcionado por profissionais de saúde, amigos, familiares e, em específico, o companheiro; a variedade de emoções quer positivas quer negativas vividas; os níveis de dor e relaxamento vivenciados; os anseios com a própria saúde e do bebê; as condições e cuidados ofertados pela instituição de saúde e a vivência do pós-parto.

Nessa mesma linha, Soares da Silva (2019) sugere que a experiência do parto é influenciada por fatores fisiológicos e psicossociais que podem explicar a presença de sintomas de ansiedade, medo ou desespero por parte da mulher. Por exemplo, a ansiedade durante a gestação está associada com uma posterior vivência negativa da experiência do parto (Waldenstrom, 1999a). Desse modo, o olhar individual sobre cada parto e cada parturiente, considerando o tempo de seu corpo e mente, impacta diretamente em uma experiência positiva de parto e na segurança que a mesma sente ao vivenciar todo o processo (Rios et al., 2018).

No estudo de Soares (2019), realizado com 198 puérperas, constatou-se que o atendimento oferecido pelas maternidades, com destaque para a ausência de complicações durante o parto e a prática da episiotomia (i.e., incisão nos tecidos musculares do assoalho pélvico para ampliar a passagem do bebê), contribuem para as percepções acerca da experiência de parto pela mulher. No que diz respeito a esta prática, constatou-se que as mulheres que não foram submetidas à episiotomia naquele estudo revelaram uma percepção mais positiva em relação à confirmação das suas expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer, e satisfação com a experiência de parto, quando comparadas com as mulheres que foram submetidas àquela intervenção. De igual modo, no mesmo estudo, constatou-se que as mulheres que não tiveram complicações no momento do parto apresentavam percepções mais positivas quando comparadas com as mulheres que tiveram algum tipo de complicação.

Também no estudo de Silva (2011), numa amostra com 300 puérperas, observou-se que a satisfação das parturientes estava correlacionada com o ajustamento de suas expectativas com o trabalho de parto e parto, bem como as instalações da instituição e dos profissionais de saúde. O estudo ainda revelou que quando as expectativas relativas ao trabalho de parto e parto se distanciavam da realidade idealizada pelas grávidas, ocorria uma maior propensão para o

sentimento de preocupação, e quanto mais preocupada estivesse a grávida menor seria sua satisfação.

De acordo com Campos (2015), cuidados de qualidade prestados à mulher e um acolhimento adequado durante o processo do parto podem atenuar possíveis sentimentos negativos, contribuindo para que a mulher se sinta mais satisfeita com a experiência e revele bem-estar emocional. A este respeito, Costa e colaboradores (2004) vieram assinalar o papel desempenhado pela presença de um acompanhante durante o parto, a participação ativa da mulher nas decisões médicas e a realização das expectativas da grávida como fatores determinantes para a satisfação da mulher com o parto. Da mesma forma, Domingues et al. (2004) referem que a presença do companheiro e a preparação para o parto são fatores que contribuem para a satisfação com o trabalho de parto e o parto.

Assim sendo, as práticas da humanização podem desempenhar um papel importante, visto que têm como objetivo melhorar a assistência ao parto, possibilitando a participação ativa da mulher e criando condições para que a mesma se sinta satisfeita com o processo do nascimento (Leal, 2014). O parto não só envolve a saúde física do binômio mãe e bebê, mas também as memórias decorrentes desse momento podem influenciar as percepções da mulher sobre esta experiência, com possíveis repercussões a longo prazo (Hodnett et al., 2013). O atendimento humanizado proposto pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estratégia criada pelo Ministério da Saúde do Brasil para mudar processos de trabalho e modelos de gestão e de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), visa promover a assistência melhorada e qualificada ao parto e puerpério, em que a mulher deve ser participante ativa no processo do trabalho de parto, estando apta a decidir sobre os procedimentos a que será submetida, entre outras condutas, como, por exemplo, o direito do acompanhante (Leal, 2014). Um estudo desenvolvido por Domingues e colaboradores (2004), com 246 puérperas de parto vaginal, constatou que 70% das participantes avaliaram o seu parto como uma experiência positiva, estando a maior satisfação com o parto associada a duração rápida do mesmo, à presença de acompanhante familiar, à dor ou sofrimento reduzidos, e ao bom atendimento da equipa clínica. Em contrapartida, no estudo de Costa e colaboradores (2003), realizado com 115 grávidas, foi observado que a não confirmação de expectativas prévias, a falta de informação e preparação para o parto, a não participação nas decisões médicas, o desconforto emocional e sentimentos negativos durante o parto, e níveis elevados de dor estavam associados a maior insatisfação com o parto.

No que se refere à dor, esta faz parte do processo do parto e é uma resposta fisiológica decorrente dos estímulos sensoriais gerados principalmente pelas contrações uterinas. Porém,

a forma de lidar com a dor durante o trabalho de parto é algo complexo, que envolve o processamento de muitos fatores fisiológicos e psicossociais (Lowe, 2002). Para Pereira e colaboradores (2011), a dor é a raiz dos medos e preocupações das gestantes, em que se faz presente o desconhecimento do seu impacto na evolução do trabalho de parto, as influências sobre o bebê e a existência de suporte técnico de alívio, como, por exemplo, o uso de analgesia e massagens. Observa-se uma construção da associação entre a dor e o sofrimento, onde a falta de informação, a propagação de histórias de outras mulheres pelas redes sociais, e o modelo de assistência obstétrica hospitalar pautada no médico reforçam essa construção (Pereira et al., 2011). Os mesmos autores consideram ainda que o medo da dor e as suas repercussões são expressas no “adoecimento” de um processo até então fisiológico, retirando o sentimento de prazer de ser mãe e distanciando a capacidade da mulher grávida de exercer o seu protagonismo de modo consciente, afastando-a do prazer de gerar uma vida. Conforme Gayeski et al. (2015), os níveis de satisfação com o parto estão igualmente relacionados com a quebra do ciclo tensão-medo-dor.

Assim, a identificação de fatores associados à satisfação das mulheres com a experiência do parto poderá contribuir para a organização de serviços e práticas voltadas para as necessidades da mulher, delineando caminhos que promovam uma experiência positiva da atenção ao parto e ao nascimento. Cabe ressaltar que uma experiência de nascimento positiva do parto contribui para sentimentos de realização e autoestima da mulher (Mercer & Ferketich, 1994).

1.3. Possíveis Fatores Associados à Experiência do Parto

1.3.1. Bem-estar emocional da mulher

A gestação e o pós-parto ocasionam mudanças físicas, a reformulação do papel social da mulher e podem também influenciar o seu bem-estar e funcionamento emocional (Baptista et al., 2004). Estudos prévios sugerem que alguns fatores psicossociais presentes nos meses anteriores ao parto podem ser relevantes na forma como é experienciado o parto (Rudman et al., 2007). Por exemplo, sintomas de ansiedade e depressão podem ser relativamente estáveis desde a gravidez até o período pós-parto e, portanto, influenciar a percepção das mulheres no momento do parto e nas memórias deste (Heron et al., 2004). Ainda nessa linha, o estudo de Jayme et al. (2016), com 136 puérperas, examinou as dimensões do humor (estresse percebido, ansiedade relacionado à gravidez e sintomas depressivos) no pré-natal para entender qual a sua relação

com a experiência de nascimento. Porém, apenas o estresse pré-natal estava associado a uma experiência percebida como pior. Constatou-se que mulheres que foram expostas a maior estresse durante o período pré-natal podem ter tido menos reserva emocional para lidar com o estresse do trabalho de parto e parto, tendo assim um efeito negativo, o que poderia ter influenciado a forma como elas perceberam a experiência do parto. Conforme Gallo e Matthews (2003), o aumento da exposição reduz os recursos necessários da mulher para lidar com os estressores subsequentes, aumentando, dessa forma, a emoção negativa e diminuindo a emoção positiva.

Além disso, sintomas de depressão podem ser mais frequentes na transição para a maternidade, tendo em conta a presença de fatores estressantes do período gestacional (e.g., aceitação da gravidez, situação financeira) e a redução dos níveis de serotonina (Baptista et al., 2004). Quando a depressão durante a gestação não é tratada, a mesma está associada a um risco aumentado de depressão pós-parto (DPP) e dificuldades na relação mãe-bebê (Bonari et al., 2004). Bebês de mães com DPP podem apresentar prejuízo na interação com as próprias mães, podem apresentar maior irritabilidade, mais expressões de tristeza e chorar mais, além de evidenciarem, mais tarde, risco para dificuldades de aprendizado e propensão a transtornos de humor (Motta, Lucion & Manfro, 2005).

Segundo Pereira et al. (2008), de modo geral, a média da prevalência de depressão durante a gestação, no Brasil, foi de aproximadamente 20%, e nos países desenvolvidos este valor se situou entre 10% a 15%. Segundo Coutinho e Saraiva (2008), há evidências de um aumento de sintomas de depressão após o nascimento de um bebê, onde 20% a 40% das mulheres podem evidenciar dificuldades emocionais ou cognitivas durante o período pós-parto.

A DPP acomete uma parcela significativa de mães após o nascimento de um bebê. A sua emergência ocorre, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e atinge, normalmente, a sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, com importantes implicações psicoafetivas na vida da mulher, trazendo repercussões na vida familiar (Coutinho & Saraiva, 2008). Conforme Wannamacher (2007), a DPP é caracterizada pela presença dos sintomas como tristeza, distúrbio do sono, falta de apetite, concentração e irritabilidade, aliados à culpa pela incapacidade de cuidar adequadamente de seu bebê. Ainda de acordo com Coutinho & Saraiva (2008), cerca de um quarto das mulheres pode ainda apresentar sintomas depressivos cerca de um ano após o parto, o que pode gerar um comprometimento da relação entre mãe e o bebê, e, por sua vez, ter implicações para o desenvolvimento emocional e cognitivo do bebê, como já mencionado.

A etiologia da depressão puerperal não é definida por fatores isolados, mas, por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos (Silva et al., 2010). De acordo com Goldbort (2006), na maior parte das culturas e em diversas áreas geográficas, os fatores de risco para um quadro depressivo no pós-parto são semelhantes e podem incluir: (i) estresse, (ii) perda significativa de um pessoa, (iii) episódio depressivo prévio, (iv) gravidez indesejada, (v) dificuldades para cuidar do bebê devido a uma percepção do bebê como tendo um temperamento difícil ou à existência de problemas de saúde do bebê, (vi) conflito marital, (vii) baixo apoio social e (viii) dificuldades econômicas. O estudo de Lee et al. (2004), realizado com uma amostra de 959 mulheres chinesas, investigou os fatores de risco socioculturais para a DPP e mostrou que a história prévia de depressão, a depressão durante a gestação e a insatisfação conjugal foram preditores significativos de DPP. Já no estudo de Ruschi et al. (2007), foram encontrados os seguintes fatores associados à depressão materna: (i) menor escolaridade, (ii) maior número de gestações, (iii) maior paridade, (iv) maior número de filhos e (v) menor tempo de relacionamento conjugal. Assim, para Lobato et al., (2011) é necessário considerar diversos fatores culturais, étnicos, socioeconômicos e biológicos tanto na gênese quanto na manutenção dos quadros de DPP.

Um estudo de Murata et al. (2012) concluiu que a presença de sintomas depressivos nas grávidas era um fenômeno relativamente comum e ressaltou a extrema necessidade de avaliar a saúde mental das mulheres logo no início da gestação, priorizando a prevenção de transtornos de humor com o objetivo de evitar possíveis dificuldades no período perinatal. Tal assume especial importância se considerarmos que a DPP está associada a problemas posteriores do desenvolvimento das crianças, visto que a depressão interfere nas relações interpessoais e, em especial, na interação entre mãe e bebê, colocando essas crianças em risco de desenvolver transtornos de conduta, comprometimentos ao nível da sua saúde física, vinculação insegura e problemas emocionais (Klaus et al., 2000). Além disso, as crianças de mães com DPP são descritas também como mais ansiosas e menos felizes, interagem menos nas relações interpessoais e tem mais dificuldades atencionais, quando comparadas com as crianças de mães não depressivas (Righetti et al., 2003).

Assim, o olhar holístico à gestante, além da prevenção de problemas emocionais, tem como objetivo promover a sua saúde física e mental, propagar conhecimentos e bem-estar às mesmas, criando condições adequadas para que ela viva com satisfação o momento do parto e nascimento, o que refletirá tanto na sua saúde quanto no desenvolvimento do bebê (Brum & Schermann, 2006; Teixeira et al., 2010). De acordo com estes resultados, torna-se crucial aumentar o conhecimento científico sobre como a presença de dificuldades emocionais durante

o puerpério podem contribuir para a forma como a mulher vivencia a sua experiência de parto (Saraiva, 2007).

1.3.2. Cuidados prestados à parturiente

Observa-se ao longo das últimas décadas um crescente movimento do modelo brasileiro de assistência ao parto, denominado “*humanização da assistência ao parto e ao nascimento*”, que tem como objetivo a implantação de uma atenção menos intervencionista, onde a mulher tem uma participação ativa no processo, dando prioridade aos aspectos sociais e emocionais da parturição, incorporando, assim, um modelo de assistência embasado em evidências científicas nas quais são sugeridas recomendações para melhorar a assistência ao parto, como, por exemplo, a possibilidade de presença de acompanhante familiar no pré-parto, parto e pós-parto imediato (Domingues et al., 2004). A proposta da humanização do parto ao resgatar os diversos aspectos da mulher traz uma nova abordagem de assistência ao parto que, além de valorizar a importância do nascimento, também é um meio para implementar condutas obstétricas que tornem essa experiência positiva e gratificante para a mulher, de forma a se sentir também mais confiante para cuidar do bebê e de si mesma (Campos, 2015). Nesse sentido, a humanização do parto consiste em um conjunto de ações, procedimentos e atitudes que têm como objetivo a promoção de um parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, proporcionando, assim, bem-estar e segurança à parturiente (Mamede et al., 2004).

Nessa perspectiva, em 1996, a World Health Organization (WHO) publicou as recomendações, uma coletânea de revisões sistemáticas com base em evidências científicas que contestam as práticas preconizadas, protocolos e rotinas fundamentadas no modelo médico intervencionista, propondo o adequado uso da tecnologia para o parto e nascimento. Este documento serve como guia prático de assistência ao parto normal e é uma referência para a implantação da assistência ao parto humanizado, no qual são discutidas as práticas obstétricas vigentes, e são recomendadas condutas como: a presença do acompanhante que deve ser permitida e respeitada; permissão à mulher em trabalho de parto da liberdade de posição; incentivo ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento; monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto; informar e explicar a mulher todas as informações sobre os procedimentos a serem tomados, entre outras condutas.

Em consonância com essa política, em 2017, foram formuladas pelo Ministério da Saúde no Brasil, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal no intuito de qualificar o

modo de nascer no Brasil. Nesse sentido, foram propostas recomendações e modificações nas rotinas hospitalares consideradas desnecessárias e, como tal, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no parto. Trata-se de um documento que estimula a atuação dos profissionais de saúde na assistência à parturiente em que foram propostas recomendações, sobre o que deve ser mantido, já que os benefícios são assegurados, como também o que deve ser abolido. A importância desses cuidados durante o parto reside no facto dos mesmos contribuírem para a melhoria dos processos fisiológicos do trabalho de parto, bem como de sentimentos de controle e competência, e, assim, reduzir a necessidade de intervenção obstétrica (Hodnett et al., 2013).

Um estudo sobre a satisfação e o bem-estar das puérperas na assistência ao parto e nascimento, realizado com 78 puérperas, constatou-se que 68% das mulheres entrevistadas na instituição hospitalar apresentaram ótimo bem-estar durante a parturição, sendo que o contato entre mãe-bebê e a participação familiar contínua ao longo do trabalho de parto foram os mais bem avaliados (Silva et al., 2020a). O contato pele a pele imediato entre a mãe e o filho é preconizado pela OMS como uma prática que promove experiências positivas com o parto, e as evidências trazem os benefícios emocionais e físicos obtidos com essa prática, como a promoção da satisfação da puérpera, a criação do vínculo entre a mãe e o bebê, a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido e o favorecimento do aleitamento materno na primeira hora de vida (Almeida & Martins, 2004).

O apoio contínuo às mulheres em trabalho de parto por parte da equipe que a assiste como também do acompanhante também tem implicações. Estudos demonstram que este apoio aumenta as chances do sucesso no parto vaginal (Bohren et al., 2017). Após uma revisão de 21 estudos, foi constatado que mulheres que receberam apoio contínuo durante o trabalho de parto eram mais propensas a dar à luz sem intervenções (e.g., cesariana, uso de vácuo ou fórceps), reportavam maior satisfação, menos dor e menor duração do trabalho de parto (Hodnett et al., 2013). A dor é um fator determinante na satisfação com experiência de parto (Silva et al., 2011). Neste contexto estimula-se o uso de métodos não farmacológicos, pois tornam as parturientes menos ansiosas e mais cooperativas, levando ao menor consumo de analgésicos sistêmicos, retardando o uso de técnicas regionais de analgesia e ainda estimulam a colaboração ativa da parturiente, além de favorecer maior participação do acompanhante no processo (Nunes et al., 2019). Oferecer medidas de conforto através de toque reconfortante, massagens, banhos quentes, incentivá-la a movimentar-se, ingerir dieta leve, podem melhorar os processos fisiológicos do trabalho de parto, bem como a sensação de controle e confiança das mulheres

na sua própria força e capacidade de dar à luz, mostrando-se eficaz na redução da dor (Bohren et al., 2017).

Segundo o estudo de Silva et al. (2011), proteger o ambiente do parto é importante para se ter um resultado positivo, fornecer privacidade, um espaço calmo, controle das luzes, a temperatura do ambiente, as conversas entre os membros da equipe e o respeito à família que ali se inicia são atitudes simples, porém cruciais e imprescindíveis para este momento. De acordo com Valdes e Morlans (2005), as lembranças do parto continuam vivas anos após o nascimento, sendo possivelmente mais impactantes aquelas relativas ao respeito percebido, à informação recebida e ao fato de terem tido a possibilidade de receber um acompanhante.

Desse modo, a assistência ao parto deve firmar um compromisso com a qualidade do que é ofertado à mulher durante o momento do parto, com um alcance de um cuidado ético, moral e humano, valorizando os aspectos envolvidos no mesmo (Reis et al., 2017). Ressalta-se que modelos de assistência humanizada reforçam a importância da satisfação da mulher com o processo do nascimento, marcado pelo acesso aos serviços de saúde e à qualidade dos cuidados, pela relação positiva entre a equipe médica e a gestante, além da percepção da dor vivenciada (Serruya et al., 2004).

CAPÍTULO 2

Estudo empírico

2.1. Objetivos e hipóteses do presente estudo

Tendo em vista o impacto que a percepção da experiência de parto tem no ajustamento psicológico, saúde e bem-estar da mulher, do bebê e na relação futura que se irá estabelecer entre ambos (Figueiredo, 2002), percebe-se a necessidade de promover uma construção mais positiva da experiência de parto. Dentre os fatores que podem contribuir positivamente estão o bem-estar emocional da gestante, uma vez que o estresse gera emoções negativas que por sua vez impactam negativamente o parto, e a promoção de práticas humanizadas, como o contato pele a pele, acesso a informação, direito ao acompanhante, liberdade de posição, massagens, entre outras práticas.

Nesse sentido, este estudo pretendeu examinar as associações entre a experiência subjetiva do parto e (1) o bem-estar emocional da mulher (avaliado ao nível da presença de sintomas de depressão) e (2) as condições de assistência durante o parto. Espera-se que: H1) um menor bem-estar emocional da mulher, operacionalizado em termos da presença de mais sintomas de depressão, esteja associado a uma percepção menos positiva da experiência de parto; H2) parturientes que usufruíram de condições humanizadas apresentem uma percepção mais positiva da experiência de parto.

2.2 Método

2.2.1. Participantes

A amostra do presente trabalho é composta por mulheres parturientes que realizaram seu parto em um hospital, situado no município de Caetité, estado da Bahia, entre os meses de janeiro a junho de 2021. Para participar do estudo, as participantes deveriam cumprir os seguintes critérios de inclusão: ter 18 ou mais anos de idade; saber ler e escrever; e ter tido um bebê com idade gestacional superior a 34 semanas e saudáveis. Inicialmente foram recrutadas 115 mulheres, selecionadas através de um processo de amostragem aleatória simples, sendo que 16 foram excluídas do estudo por terem dados omissos em algumas das variáveis principais do estudo, o que resultou numa amostra final de 99 parturientes.

A Tabela 2.1. apresenta a caracterização detalhada da amostra do presente estudo. As participantes tinham entre 18 e 44 anos de idade, com uma média de 27.48 anos ($DP = 6.24$) e a maioria era casada ($n = 51, 51.5\%$). Quanto ao nível de escolaridade das puérperas participantes, a habilitação mais frequente foi o ensino médio completo ($n = 43, 44.3\%$). Em relação à situação profissional, a maioria das participantes estava empregada ($n = 33, 34.4\%$), seguido de 28 mulheres que estavam desempregadas (29.2%).

Tabela 2.1.

Caracterização Sociodemográfica das Participantes

	<i>n (%)</i>	Mín-Máx	<i>M (DP)</i>
Idade (anos)		18 - 44	27.48 (6.24)
Nível de escolaridade			
Ensino fundamental incompleto	14 (14.4)		
Ensino fundamental completo	9 (9.3)		
Ensino médio incompleto	13 (13.4)		
Ensino médio completo	43 (44.3)		
Ensino superior	18 (18.6)		
Situação profissional			
Empregada	33 (34.4)		
Desempregada	28 (29.2)		
Estudante	14 (14.6)		
Doméstica	21 (21.9)		
Estado civil			
Solteira	13 (13.1)		
Casada	51 (51.5)		
União Estável	33 (33.3)		
Divorciada	1 (1)		
Viúva	1 (1)		

A maioria das mulheres ($n = 59, 59.6\%$) tiveram parto cesáreo, eram primíparas ($n = 38, 38.4\%$) e 85 participantes (85.9%) reportaram nunca ter sofrido um aborto. Quanto à preparação para o parto, 87 participantes (87.9%) referiram não ter efetuado qualquer curso de preparação para o mesmo. Das 99 participantes, 93 (93.9%) contaram com a presença de acompanhante no momento do parto e 81 (81.8%) não foram submetidas a qualquer procedimento invasivo (e.g., episiotomia, episiorrafia, laceração) durante o parto (ver Tabela 2.2.).

Tabela 2.2.*Variáveis Obstétricas e do Parto Atual das Participantes*

	<i>n</i> (%)
Tipo de parto	
Normal	40 (40.4)
Cesárea	59 (59.6)
Partos anteriores	
0	38 (38.4)
1	37 (37.4)
2	16 (16.2)
3	5 (5.1)
4	1 (1)
5	1 (1)
Já teve um aborto	
Sim	13 (13.1)
Não	85 (85.9)
Frequentou aulas de preparação para o parto	11 (11.1)
Teve acompanhante durante o parto	93 (93.9)
Procedimentos invasivos	
Nenhum procedimento realizado	81 (81.8)
Pelo menos um procedimento realizado	18 (18.2)

2.2.2. Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Este questionário foi elaborado no âmbito deste estudo contendo questões referentes a idade, escolaridade, estado civil, profissão, antecedentes obstétricos, experiência anterior de parto e dados da atual gestação, cujo objetivo foi definir o perfil sociodemográfico e obstétrico das parturientes do estudo.

Ficha Clínica e de Procedimentos

Para além do questionário acima mencionado, foi criada a Ficha Clínica e de Procedimentos neste estudo e administrada junto da equipa clínica que acompanhou o parto. Este instrumento possibilitou a recolha de informações sobre o tipo de parto, se cesárea (agendada ou não) ou normal (induzido ou não), duração do trabalho de parto, se teve a presença de acompanhante, dados referentes a necessidade de algum procedimento durante o parto (e.g., fórceps, anestesia epidural, vácuo extrator), dados sobre possíveis procedimentos invasivos realizados (e.g., laceração, sutura, episiotomia, episiorrafia), assim como dados do recém-nascido (e.g., peso ao nascer, idade gestacional) e os cuidados oferecidos à parturiente no momento do trabalho de

parto (e.g., massagem, liberdade de posição, uso da bola suíça, banho de imersão, uso do cavalinho, aromoterapia, musicoterapia, oferta de dieta leve, escolha da posição para o parto).

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS; Cox et al., 1987; traduzida e validada para o português do Brasil por Santos et al., 2007)

A EPDS tem como finalidade rastrear sintomas de depressão durante o período perinatal. Mais especificamente, esta escala avalia a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, mostrando sensibilidade e especificidade satisfatórias para identificar mulheres que estejam em maior risco de depressão (Santos et al., 2007).

Trata-se de um instrumento de autorrelato que contém dez itens, com quatro opções de resposta que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho no dia a dia, sentimentos de culpa e ideias de morte e suicídio (Santos et al., 1999; Santos et al., 2007). A pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, sendo que, tipicamente, o ponto de corte ≥ 13 é usado para identificar níveis clinicamente significativos de sintomas e, portanto, maior risco de depressão (Santos et al., 2007). Considerando o estudo de validação para a população brasileira (Santos et al., 2007), a EPDS revelou um coeficiente alfa de Cronbach elevado ($\alpha = .87$), indicando boa consistência interna do instrumento.

Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; versão portuguesa de Costa et al., 2004)

O QESP é um questionário de autorrelato, composto por 104 questões, desenvolvido e validado em Portugal junto de 306 puérperas, destinado a avaliar a experiência e satisfação da mulher com o parto. O questionário inclui questões relativas às expectativas, experiência, satisfação e dor no que concerne o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato (Costa et al., 2004). A autorização para uso do instrumento foi solicitado à autora através de correspondência eletrônica.

As perguntas relativas à experiência, satisfação e dor são avaliadas através de uma escala tipo Likert, que varia entre 1 e 4 pontos (1 = “nada”, 2 = “um pouco”, 3 = “bastante”, 4 = “muito”). As questões que se referem às expectativas também são respondidas numa escala de 4 pontos (1 = “muito pior”, 2 = “pior”, 3 = “melhor”, 4 = “muito melhor”). Por fim, as questões que se relacionam com a intensidade da dor são avaliadas numa escala do tipo Likert, que varia entre 0 e 10 (0 = “nenhuma”, 1 = “mínima”, 2 = “muito pouca”, 3 = “pouca”, 4 = “alguma”, 5

= “moderada”, 6 = “bastante”, 7 = “muita”, 8 = “muitíssima”, 9 = “extrema”, 10 = “a pior jamais imaginável”).

Dentre os aspectos avaliados neste instrumento encontram-se: condições físicas e humanas da instituição; uso de estratégias de controlo da dor; intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; sentimento de controlo e nível de auto-confiança, apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até ter o contato com o bebê. Este questionário é composto por 8 subescalas. No entanto, para efeitos do presente trabalho, serão analisadas apenas três das subescalas, referentes às condições e cuidados prestados, experiência positiva e experiência negativa, totalizando 48 itens. Segundo Costa et al. (2004), as subescalas são descritas da seguinte maneira:

A subescala Condições e Cuidados Prestados é constituída por 14 itens (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 86, 87, 88, 89, 90, 91) relativos à qualidade das condições físicas e cuidados prestados pelos profissionais de saúde da instituição.

A subescala Experiência Positiva é constituída por 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85), relativos à confirmação de expectativas, auto-controlo, auto-confiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto.

A subescala Experiência Negativa é constituída por 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100) que se referem ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

A pontuação total de cada subescala do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens que a compõem. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva a percepção da mulher, logo maior é a satisfação com o parto. No entanto, no que se refere subescala Experiência Negativa, quanto mais elevada a pontuação obtida menos positiva a percepção da mulher nesta dimensão. O estudo psicométrico original (Costa et al., 2004) revelou uma consistência interna muito boa ($\alpha = .90$). Assim, o QESP possibilita avaliar de forma consistente e fidedigna diversas dimensões importantes da experiência do parto.

2.2.3. Procedimento

O presente estudo recebeu a aprovação pela Comissão de Ética do ISCTE-IUL (parecer 94/2020), seguindo-se a apresentação do projeto de investigação ao Diretor da Instituição de Saúde onde foi realizado o estudo e, após autorização do mesmo, iniciou-se a recolha de dados.

O recrutamento das participantes foi realizado nas enfermarias destinadas às puérperas, na Instituição de Saúde onde ocorreu o estudo. Após o parto, no momento da alta hospitalar, a

investigadora apresentava os objetivos do estudo, explicava os instrumentos a aplicar e aspectos éticos do estudo, e, caso a puérpera aceitasse participar, eram entregues o Consentimento Informado para a participante assinar e os restantes questionários do estudo (EPDS, QESP e questionário sociodemográfico) para esta preencher. A ficha clínica e de procedimentos foi preenchida pela investigadora com recurso ao prontuário da puérpera e junto da equipa clínica que acompanhou o parto.

2.2.4. Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada no software Statistical Package for Social Sciences (IBM® SPSS®). Primeiramente, foram reportadas as medidas descritivas das variáveis analisadas no presente estudo: média, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis intervalares e frequência e percentagem para as variáveis categoriais. Posteriormente, foram realizadas análises de correlação de Pearson, correlação Ponto-Bisserial (sempre que uma das variáveis era categorial e a outra intervalar), e Análise de Variância (ANOVA) para testar os objetivos do estudo.

Resultados

3.1. Estatística descritiva das variáveis do estudo

A Tabela 3.1. apresenta as medidas descritivas das subescalas da experiência subjetiva do parto (condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa) e sintomas de depressão materna.

No que respeita à subescala das Condições e Cuidados Prestados, a pontuação média foi de 40.50 ($DP = 9.14$), com uma variação entre 15 e 56 pontos. Relativamente a subescala da Experiência Positiva, as participantes reportaram uma pontuação média de 55.34 ($DP = 14.64$). Por fim, no que concerne à subescala da Experiência Negativa, foi registada uma pontuação média de 38.08 ($DP = 17.18$), variando entre 8 e 76 pontos. Na escala da EPDS, que avalia os sintomas de depressão materna, a pontuação variou entre 0 e 21 pontos, apresentando uma média de 8.18 ($DP = 5.04$).

Tabela 3.1.

Estatística Descritiva das Variáveis da Experiência Subjetiva do Parto e Sintomas de Depressão

	Mín – Máx	M (DP)
Experiência subjetiva do parto		
Condições e cuidados Prestados	15 - 56	40.50 (9.14)
Experiência Positiva	17 - 85	55.34 (14.64)
Experiência Negativa	8 - 76	38.08 (17.18)
Sintomas de depressão	0 - 21	8.18 (5.04)

Foi criada uma variável compósita com base na ocorrência de um ou mais procedimentos invasivos, incluindo laceração, sutura, episiotomia e episiorrafia. Assim, as participantes do estudo foram divididas em dois grupos: as que não foram submetidas a qualquer tipo de procedimento invasivo e as que foram submetidas a pelo menos um tipo daqueles procedimentos invasivos. Em 81 mulheres (81.8%) da amostra não foi realizado qualquer

procedimento invasivo, enquanto 18 mulheres (18.2%) passaram por pelo menos um procedimento invasivo.

A Tabela 3.2. apresenta a utilização das diferentes modalidades de cuidados para alívio da dor (por exemplo, bola suíça, banho de imersão, dieta leve) que foram disponibilizadas à parturiente durante o seu trabalho de parto. Como podemos observar, mais da metade da amostra do presente estudo ($n = 54$, 54.5%) usufruiu de pelo menos uma das modalidades de cuidados disponibilizados, sendo a liberdade de posição, banho de imersão, oferta de dieta leve e escolha de posição para o parto as modalidades mais utilizadas. No entanto, 22 participantes não usufruíram de qualquer dos cuidados oferecidos durante o trabalho de parto ($n = 22$, 22.2%).

Um grupo de 23 mulheres (23.2%) realizou cesárea agendada, pelo que ao chegar na maternidade eram imediatamente direcionadas para o parto, não tendo necessidade dos cuidados de alívio da dor.

Quanto aos cuidados prestados na assistência ao trabalho de parto, que dizem respeito, em grande parte, às ações promovidas pela equipe que assiste a parturiente para alívio de dor, observou-se que 30.3% das mulheres receberam massagens durante o trabalho de parto, 45.5% puderam movimentar-se livremente durante o trabalho de parto, 50.5% tiveram banho de imersão, 21.2% utilizaram a bola suíça, e 41.4% tiveram dieta leve (ver Tabela 3.2.). Observou-se ainda que apenas 4% das mulheres tiveram acesso a musicoterapia e 35.4% tiveram escolha da posição para o parto, ou seja, puderam escolher em que posição queriam ter o bebê.

Tabela 3.2

Caracterização dos Cuidados Disponibilizados durante o Trabalho de Parto

	<i>n (%)</i>
Massagem	30 (30.3)
Liberdade de posição	45 (45.5)
Uso da Bola Suíça	21 (21.2)
Banho de Imersão	50 (50.5)
Oferecer Dieta Leve	41 (41.4)
Escolha da Posição para o Parto	35 (35.4)
Musicoterapia	4 (4)
Aromoterapia	0 (0)
Cesárea Agendada	23 (23.2)
Não usufruiu de nenhum dos cuidados disponíveis no TP	22 (22.2)
Usfruiu de 1 ou mais modalidades de cuidados disponíveis no TP	54 (54.5)

3.2. Correlação entre a experiência subjetiva do parto e variáveis da mulher e do parto

A Tabela 3.3. exibe as correlações entre as subescalas que avaliam a experiência subjetiva do parto – condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa – e a idade da mulher, tipo do parto e número de partos anteriores.

Os resultados demonstram uma associação positiva significativa entre a subescala da experiência positiva e a idade da participante, $r = .22, p = .029$, e o número de partos anteriores, $r = .20, p = .041$, em que mulheres mais velhas e que já tinham tido outros partos anteriormente reportaram mais positivamente a experiência do seu parto atual. Foi ainda encontrada uma associação negativa significativa entre a subescala experiência negativa e o tipo de parto, $r_{pb} = -.40, p < .001$, em que as participantes que tiveram parto normal reportaram mais negativamente a experiência do seu parto.

Tabela 3.3.

Correlação entre a Experiência Subjetiva do Parto e a Idade das Mães, Tipo de Parto, e Número de Partos Anteriores

	Idade	Tipo de parto ^a	Número de partos anteriores
Experiência positiva	.22*	-.12	.20*
Experiência negativa	-.04	-.40***	.02
Condições e cuidados prestados	.16	.02	.09

* $p < .05$; *** $p < .001$. ^a 0 = parto normal, 1 = parto cesárea.

3.3. Correlação entre experiência subjetiva do parto e procedimentos realizados durante o parto

Na Tabela 3.4. são apresentados os resultados da associação entre as subescalas da experiência subjetiva do parto e a ocorrência de procedimentos invasivos durante o parto. Assim, foi observada uma associação positiva significativa entre a experiência negativa e ter tido procedimentos invasivos, $r_{pb} = .33, p = .001$, ou seja, as mulheres que passaram por procedimentos invasivos reportaram uma percepção mais negativa do seu parto.

Tabela 3.4.

Associação entre a Experiência Subjetiva do Parto e Realização de Procedimentos Invasivos durante o Parto

	Procedimentos invasivos^a
Experiência positiva	.14
Experiência negativa	.33**
Condições e cuidados prestados	.12

** $p < .01$. ^a0 = Nenhum procedimento invasivo realizado, 1 = Pelo menos um procedimento invasivo realizado.

A Tabela 3.5. apresenta os resultados da comparação entre os grupos de utilização dos cuidados disponibilizados para alívio da dor durante o trabalho de parto (i.e., grupo de cesárea agendada, grupo que não usufruiu de nenhum dos cuidados disponíveis e grupo que usufruiu de um ou mais dos cuidados disponíveis) ao nível da experiência subjetiva do parto. De acordo com os resultados da análise de variância (ANOVA), os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da subescala experiência negativa, $F(2,96) = 15.69, p < .001$. Testes de comparação a posteriori mostraram que as mulheres que usufruíram de pelo menos uma das modalidades de cuidado para alívio da dor ($M = 45.12, DP = 14.68$) reportaram, em média, significativamente menor satisfação com a sua experiência de parto do que as mulheres com cesárea agendada ($M = 24.52, DP = 11.04$) e as mulheres que não usufruíram de nenhuma dessas modalidades de cuidado ($M = 34.95, DP = 19.12$). Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ao nível das subescalas condições e cuidados prestados, $F(2,96) = 0.75, p = .472$, e experiência positiva, $F(2,96) = 1.04, p = .356$

Tabela 3.5.

Comparação entre os Grupos de Utilização de Cuidados Disponíveis durante o Trabalho de Parto ao Nível da Experiência Subjetiva o Parto

	Grupo de cesárea agendada (n = 23)		Grupo que não usufruiu de nenhum dos cuidados (n = 22)		Grupo que usufruiu de um ou mais cuidados (n = 54)		F
	Mín - Máx	M (DP)	Mín - Máx	M (DP)	Mín - Máx	M (DP)	
Condições e cuidados prestados	21 - 56	38.8 (9.93)	28 - 56	42.13 (8.24)	15 - 56	40.57 (9.17)	0.75
Experiência positiva	17 - 85	52.04 (16.65)	28 - 84	54.36 (17.05)	31 - 78	57.14 (12.55)	1.04
Experiência negativa	8 - 42	24.52 (11.04)	14 - 75	34.95 (19.12)	13 - 76	45.12 (14.68)	15.69***

*** $p < .001$

3.4. Correlação entre experiência subjetiva do parto e bem-estar emocional da mulher

No que concerne aos sintomas de depressão materna, os resultados demonstram uma correlação negativa significativa apenas com a subescala de experiência positiva, $r = - .25$, $p = .011$, revelando que mulheres com mais sintomatologia de depressão apresentavam uma percepção menos positiva e, portanto, menor satisfação com a sua experiência do parto (ver Tabela 3.6.).

Tabela 3.6.

Correlação entre a Experiência Subjetiva do Parto e os Sintomas de Depressão Materna

	Sintomas de depressão
Experiência positiva	-.25*
Experiência negativa	-.06
Condições e cuidados prestados	-.15

* $p < .05$

CAPÍTULO 4

Discussão

O presente estudo pretendeu examinar as associações entre a experiência subjetiva do parto e o bem-estar emocional da mulher (avaliado ao nível da presença de sintomas de depressão) e as condições de assistência durante o parto.

Neste estudo, as parturientes que usufruíram de condições humanizadas (pelo menos uma das modalidades de cuidado para alívio da dor durante o trabalho de parto) não apresentaram uma percepção mais positiva da experiência de parto, o que não vai de encontro ao inicialmente esperado. Pelo contrário, os resultados mostraram que essas mulheres reportaram uma experiência de parto significativamente menos positiva, indicando menor satisfação, do que as parturientes que tiveram cesárea agendada e as parturientes que não usufruíram de nenhuma dessas modalidades de cuidado. Além disso, as puérperas que tiveram cesárea agendada também tinham tendência a apresentar uma percepção menos negativa do que as puérperas que não usufruíram de cuidados de alívio de dor. Este resultado pode ser explicado por alguns fatores. Primeiramente, importa destacar que a análise ocorreu mediante a comparação entre o grupo de cesárea agendada, grupo que não usufruiu de nenhum dos cuidados disponíveis e grupo que usufruiu de um ou mais dos cuidados disponíveis para alívio da dor durante o trabalho de parto ao nível da experiência subjetiva do parto, havendo assim heterogeneidade quanto ao tipo de parto e o nível de dor experimentada durante o mesmo. Visto que a dor é um fator determinante na satisfação com experiência de parto Gayeski et al. (2015), podemos inferir que como as mulheres de cesárea agendada não sentem as dores das contrações, por não estarem em trabalho de parto, tal pode ter influenciado no resultado obtido.

Outro fator que poderá explicar o achado acima referido, é o facto de mulheres que receberam pelo menos uma modalidade de cuidado para alívio da dor, possivelmente terem passado mais horas em trabalho de parto, e conseqüentemente sentiram mais dor, demandando mais cuidados. Exemplo do descrito é o estudo de Domingues e colaboradores (2004), que constatou que a maior satisfação com o parto estava associada a duração rápida do mesmo, à dor ou sofrimento reduzidos, e ao bom atendimento da equipa clínica. Conforme Gayeski et al. (2015), os níveis de satisfação com o parto estão igualmente relacionados com a quebra do ciclo tensão-medo-dor. Assim, o facto de a mulher com cesárea agendada possivelmente ter os efeitos deste ciclo reduzido, tendo em conta a duração do procedimento que é menor quando

comparado ao parto normal, à ausência da dor das contrações do trabalho de parto, pode ter contribuído para uma maior satisfação.

Os resultados mostraram ainda que ter usufruído ou não de modalidades de cuidado para alívio da dor ou ter tido cesárea agendada não afetou a percepção das parturientes quanto às condições e cuidados prestados e experiência positiva, não sendo observadas diferenças significativas entre os grupos. Dentro da sub-escala experiência negativa são abordadas questões referentes a dor, que podem ser mais centrais na diferenciação entre os grupos, do que as questões abordadas pelos itens das outras subescalas, justificando o resultado obtido. A qualidade dos cuidados prestados à mulher e um acolhimento adequado durante o processo do parto podem atenuar possíveis sentimentos negativos, contribuindo para que a mulher se sinta mais satisfeita com a experiência e revele bem-estar emocional (Campos, 2015). No entanto, a frequência da dor poderá ter mais relevo para a compreensão da experiência subjetiva do parto, do que a mera existência (versus não existência) das práticas das condições humanizadas. O estudo de Costa e colaboradores (2003), realizado com 115 grávidas, observou que os níveis elevados de dor estavam associados a maior insatisfação com o parto. Ainda que não houvesse diferenciação entre os grupos no que tange às condições e cuidados prestados e experiência positiva, importa referir que as práticas da humanização podem desempenhar um papel importante, visto que têm como objetivo melhorar a assistência ao parto, possibilitando a participação ativa da mulher e criando condições para que a mesma se sinta satisfeita com o processo do nascimento (Leal, 2014).

Cumpre-nos expor a seguir os resultados sobre a relação entre a experiência subjetiva do parto e a idade das mães. Os nossos dados apontam no sentido que mulheres mais velhas e que já tinham tido partos anteriormente reportaram mais positivamente a experiência do seu parto atual. Curiosamente, Benute et al. (2013) não constataram diferenças significativas quanto à satisfação vivenciada por nulíparas e múltiparas, sendo que os autores concluíram que o parto é um processo intenso vivenciado pelas mulheres, independentemente de já ter passado ou não por essa situação. Por outro lado, no estudo de Domingues et al. (2004) foi observada uma maior satisfação com o parto entre as primíparas. Contrário a este, o estudo de Green et al. (1998) constatou que as primíparas se sentiram menos satisfeitas com o parto, onde os autores atribuíram esse resultado ao fato de que as mulheres primíparas terem geralmente partos mais longos e muitas vezes com mais intervenções médicas.

Os resultados obtidos alertam para o papel que experiências prévias (ter tido ou não um parto anterior) podem ter na experiência subjetiva da mulher quanto ao parto, mas também para a idade da mulher. É esperado que mulheres mais velhas fiquem mais preocupadas com algo

que possa acontecer durante o parto e com o desenvolvimento e saúde do seu bebê. Gravena et al. (2013) sugerem que mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão predispostas a resultados perinatais adversos e morbidade e mortalidade materna. Por outro lado, o facto de serem mulheres mais velhas aumenta a probabilidade de já terem tido partos anteriores, o que pode fazer com que percebam a sua experiência do parto de forma mais positiva que mulheres mais jovens, por saberem como o parto e o trabalho de parto se processa, terem as suas expectativas mais ajustadas à realidade, e estando psicologicamente mais preparadas para o mesmo.

Este estudo examinou ainda a associação entre a experiência subjetiva do parto e o tipo do parto. O tipo de parto é um fator importante que pode impactar a percepção da puérpera sobre a sua experiência de parto (Costa et. al, 2003; Conde et. al 2007). Os nossos resultados mostraram que as participantes que tiveram parto normal reportaram mais negativamente a experiência do seu parto do que as mulheres que tiveram uma cesária (agendada ou não). Este resultado é contrário ao proposto pela literatura, dado que estudos anteriores que procuraram comparar a experiência de diferentes tipos de parto concluíram que as mulheres que tiveram cesária avaliavam de forma mais negativa a sua experiência, comparativamente a mulheres que tiveram parto normal (Conde et al., 2007), estando o parto cesáreo associado a menor satisfação com a experiência do parto (Costa et al., 2003). O estudo qualitativo de Nascimento et al. (2015) realizado no Brasil, apontou que os maiores índices de satisfação com parto foram relatados por mulheres que tiveram parto normal, enquanto as mulheres submetidas a cesárea sentiram-se frustradas. Este achado é reforçado por outros trabalhos já realizados como de Silva et al. (2017) que apontou preferência pelo parto normal pela maioria das gestantes entrevistadas, e que as mulheres que vivenciaram o parto normal tinham percepções positivas sobre esta via de parto, considerando-o como mais tranquilo, rápido, simples e prático. Nesta linha de pensamento, Costa et al. (2003) constataram que as mulheres de parto normal, além de relatarem maior satisfação, conseguiram ainda estabelecer uma relação mais adequada com o bebê, quando comparadas com as mulheres que tiveram cesárea. Poderão ter ocorrido importantes fatores como tipo de assistência prestada, tempo de duração do trabalho de parto, presença ou não de acompanhante, métodos de alívio para dor, os quais podem ter influenciado a forma como o parto foi experienciado. Tais fatores podem ter contribuído para os resultados obtidos neste estudo.

Torna-se importante realçar que a experiência do parto pode ter consequências tanto positivas como negativas, pois o modo como este evento é vivenciado pode determinar o bem-estar físico, emocional, psicológico da puérpera e, conseqüentemente, sua relação com o bebê

(Costa et al., 2004). Nesse sentido, uma percepção negativa da experiência de parto pode prejudicar o comportamento materno no que concerne aos cuidados prestados ao bebê, à amamentação e à interação mãe-bebê (DiMatteo et al., 1996). Vale ressaltar ainda que independente da via de parto, seja ele vaginal ou cesárea, a escolha deve ser aquela que proporcione bem-estar materno e neonatal (Sanches et al., 2012). Decisões pelo tipo de parto e preferências das gestantes devem ser garantidas, desde que as mesmas possuam condições de escolher aquele que melhor lhes convém.

Em relação aos procedimentos realizados durante o parto, foi observada uma associação significativa e positiva com a experiência negativa do parto, ou seja, as mulheres que passaram por procedimentos invasivos durante o parto reportaram uma percepção mais negativa do mesmo. Este resultado vai ao encontro dos achados da literatura como no estudo de Soares da Silva (2019), realizado com 198 puérperas, em que se constatou que as mulheres que não foram submetidas à episiotomia revelaram uma percepção mais positiva em relação à confirmação das suas expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer, e satisfação com a experiência de parto, quando comparadas com as mulheres que foram submetidas àquela intervenção. A Organização Mundial da Saúde não recomenda a prática de rotina ou liberal da episiotomia nos partos vaginais espontâneos (Brasil, 2016). Entre as possíveis complicações que podem acometer a mulher decorrente da aplicação da episiotomia estão a dispareunia, hemorragia, incontinência urinária, maiores chances de infecção e dificuldades no autocuidado (Costa et al., 2015). O uso de práticas não-invasivas durante o trabalho de parto também foi percebido pelas mulheres como uma experiência positiva no estudo de Silva e colaboradores (2020b). Por outro lado, o estudo de Larsson et.al. (2011) demonstrou que fatores como as lacerações perineais e parto instrumental não influenciaram a percepção da mulher sobre o parto. Além disso, os autores encontraram ainda que a dor, a personalidade da mulher e a confiança na parteira se mostraram aspectos mais relevantes na sua percepção da experiência do parto, quando comparado com a realização ou não dos procedimentos citados.

É de extrema importância que a mulher exponha as suas necessidades e desejos sentidos no momento do parto, para que desse modo a equipe médica possa explicar os benefícios e malefícios de cada conduta a ser tomada, respeitando o direito de decisão caso as explicações dadas pelas profissionais não sejam convincentes (Oliveira, 2015). Toda a decisão deve ser tomada em conjunto com a equipe multiprofissional, com cautela e com segurança, tentando sempre que possível atender os desejos da parturiente e do seu acompanhante, colocando sempre a saúde da mulher e do bebê em primeiro lugar (Silva, 2015). Essa comunicação permitirá que essas mulheres se sintam livres e à vontade para expor as suas vontades e

questionamentos, dando-lhe o poder de decisão sobre o processo no qual ele será submetido, gerando assim mais satisfação com o parto (Costa et al., 2015).

Em relação ao bem-estar emocional da mulher, operacionalizado em termos da presença de sintomas de depressão, verificamos uma correlação negativa entre a experiência positiva e os sintomas de depressão, revelando que as mulheres com mais sintomatologia de depressão tinham uma percepção menos positiva da sua experiência do parto. Este resultado é apoiado por Heron et al. (2004) que sugere que sintomas de ansiedade e depressão podem influenciar a percepção das mulheres no momento do parto e nas memórias que retêm deste momento. Pressupõe-se que a condição da mulher com depressão possa contribuir para que a experiência do parto seja menos positiva, tendo em conta a redução dos níveis hormonais que podem causar menor bem-estar emocional, oscilação de humor, tristeza e ansiedade (Heron et al., 2004).

O estudo de Jayme et al. (2016) foi dos poucos estudos que examinaram o humor antes do parto como um meio de identificar mulheres em risco de experiências negativas de parto. Os autores avaliaram 136 puérperas quanto às dimensões do humor (estresse percebido, ansiedade relacionado à gravidez e sintomas depressivos) no período pré-natal para entender qual a sua relação com a experiência de nascimento. Apenas o estresse pré-natal estava associado a uma experiência do parto percebida como pior. Os autores constataram que mulheres que foram expostas a maior estresse durante o período pré-natal podem ter tido menos reserva emocional para lidar com o estresse do trabalho de parto e parto, tendo assim um efeito adverso na forma como elas perceberam a experiência do parto. Conforme Gallo e Matthews (2003), o aumento da exposição ao estresse, reduz os recursos necessários da mulher para lidar com os estressores subsequentes, aumentando, dessa forma, a emoção negativa e diminuindo a emoção positiva. Importa mencionar que a gravidez e o parto são considerados situações estressantes devido as mudanças que as mesmas ocasionam, e logo a forma com que cada mulher responde é individual.

O estudo de Rudman et al. (2007), que investigou a satisfação de 2.605 mulheres com o cuidado intraparto ao longo de três dimensões distintas (cuidado interpessoal, informações e envolvimento na tomada de decisões e no ambiente físico do parto), mostrou que 47% das participantes da amostra se mostrou satisfeita com o parto, sendo que a saúde psicológica na gravidez (avaliada em termos de sintomas depressivos) e as reações emocionais durante o trabalho de parto estavam relacionadas com o seu nível de satisfação. Mais especificamente, mais sintomas depressivos durante a gravidez foram associados a menor satisfação com o parto, sendo que essas mulheres relataram mais humor negativo e menos humor positivo durante o trabalho de parto em comparação com as mulheres mais satisfeitas com o seu parto. Por sua

vez, as mulheres que reportaram menos sintomas depressivos experimentaram menos medo, tristeza e dor, bem como mais emoções positivas (felicidade, autoconfiança e atenção) durante o trabalho de parto, quando comparadas com mulheres mais insatisfeitas (Rudman et al., 2007). Este estudo corrobora os achados do presente trabalho, visto que também as participantes com mais sintomas depressivos apresentaram uma percepção menos positiva da sua experiência do parto.

No estudo de Larsson et al. (2011), realizado com 541 mulheres, onde foi investigado se características de personalidade, histórico sociodemográfico e fatores obstétricos afetaram sua experiência do parto, observou-se que cerca de 20% das participantes experimentaram negativamente seu parto, em que memória da dor durante o parto estava altamente relacionada a uma experiência negativa de parto. Certos traços de personalidade, como a preocupação, também foram relacionados a uma experiência negativa do parto. O estudo de Waldenstrom (1999b) mostrou que cerca de 10% das mulheres tiveram uma experiência de parto negativa, onde a ansiedade-estado ou situacional (referente a uma situação particular), ocorrida durante o trabalho de parto, estava associada a uma experiência mais negativa do parto. Este tipo de ansiedade está relacionado a características individuais, originando diferenças quanto à forma de vivenciar o parto, ou seja, cada mulher traz consigo uma disposição maior ou menor de lidar com as situações, incluindo o parto. Nesse sentido, quanto mais preocupada estiver a mulher no trabalho de parto e parto, menor será sua satisfação com a experiência que está vivendo. Percebemos assim como é importante considerarmos aspectos psicológicos, como a personalidade e estado emocional (e.g., depressão), vistos que os mesmos podem afetar a forma como o nascimento de um bebê é experienciado. A experiência do parto inclui múltiplas dimensões a que a mulher pode reagir e processar de forma diferente. Dessa forma, é importante que estudos futuros valorizem e reconheçam a relevância de avaliar aspectos como, por exemplo, dor e desconforto físico, e a experiência emocional da mulher (Stadlmayr *et al.* 2004) quando investigam a experiência do trabalho de parto e parto.

Deste modo, os resultados encontrados neste estudo, de que mais sintomas de depressão estão associados a uma percepção menos positiva da experiência de parto, se tornam ainda mais relevantes tendo em conta a vasta investigação que aponta para o impacto negativo da depressão pós-parto na relação mãe-bebê e no desenvolvimento subsequente do bebê, como, por exemplo, emergência de problemas de comportamento e dificuldades linguísticas, afetando consequentemente toda a família (Murray & Cooper, 1996; Schwengber & Piccinini, 2003; Klaus et al., 2000). Além disso, as crianças de mães com DPP são descritas também como mais ansiosas e menos felizes, interagem menos nas relações interpessoais e tem mais dificuldades

atencionais, quando comparadas com as crianças de mães não depressivas (Righetti et al., 2003). Assim, identificar a presença de depressão durante a gravidez e no pós-parto pode contribuir para atenuar seus possíveis efeitos deletérios na mãe e no bebê (Figueira et al., 2009). Cabe ressaltar que uma experiência de nascimento positiva do parto contribui para sentimentos de realização e autoestima da mulher (Mercer & Ferketich, 1994)

4.1. Limitações do estudo e sugestões para investigação futura

Apesar dos contributos do presente estudo que analisou as associações entre a experiência subjetiva do parto e o bem-estar emocional da mulher e as condições de assistência durante o parto, é importante considerar também as suas limitações. Em primeiro lugar, a 30inecologia30ade dos grupos, no que toca ao tipo de parto (e.g., parto normal, cesária não agendada, cesária agendada), pode ser considerada uma importante limitação do estudo. As participantes passaram por experiências diferentes quanto ao tipo de parto, que impacta o tempo de duração do trabalho de parto, a dor vivenciada, entre outros fatores, o que podem ter limitado a compreensão da experiência subjetiva das puérperas. Faz-se, assim, necessário investigar futuramente como se dará essa experiência dentro de um mesmo grupo, com experiências semelhantes no tipo de parto, permitindo a maior exploração de outros fatores e sua relação com a experiência subjetiva do parto.

Em segundo lugar, apesar de terem sido recolhidos dados acerca da idade das mulheres e seus antecedentes obstétricos, considera-se que a recolha de dados poderia ter incluído outros fatores importantes, como o nível de aceitação da gestação e suporte familiar. A identificação de fatores associados à satisfação das mulheres com a experiência do parto poderá contribuir para a organização de serviços e práticas obstétricas voltadas para as necessidades da mulher, delineando caminhos que promovam uma experiência positiva da atenção ao parto e ao nascimento (Leal, 2014).

Ainda constatámos que apenas aproximadamente 11% das participantes frequentaram cursos de preparação para o parto. A este propósito, é importante ressaltar que a preparação para o parto é uma acção educativa em que a mulher grávida tem oportunidade de obter conhecimentos que lhe possibilitem vivenciar o trabalho de parto e o parto de forma consciente e esclarecida, reduzindo a sua ansiedade e desconforto, beneficiando desse modo as emoções positivas (Figueiredo et al., 2002). A nível da compreensão e importância do mesmo, sugerimos que este assunto possa ser mais explorado em futuras investigações.

Este estudo, ao ter um carácter transversal, não permitiu avaliar as associações entre as experiências (e.g., eventos adversos) e bem-estar emocional prévios ao parto, durante a gravidez, na experiência subjetiva do parto. Sugere-se a realização futura de estudos longitudinais, com momentos de avaliação na gravidez, e que possam assim informar boas práticas e intervenções, a implementar o mais precocemente possíveis, de apoio à grávida e família.

Identificar as associações entre a experiência subjetiva do parto e o bem-estar emocional da mulher e as condições de assistência durante o parto da satisfação das mulheres com a assistência ao parto é uma etapa fundamental para a organização de serviços voltados para as necessidades das gestantes, visando a prestação de um serviço baseado na humanização do parto, o qual poderá contribuir para uma experiência mais positiva da mulher. O impacto que a experiência de parto tem no ajustamento psicológico, saúde e bem-estar da mulher, do bebê e na interacção futura de ambos (Figueiredo, 2001) parece indiciar a necessidade de contribuir para uma construção mais positiva da experiência de parto. Acreditamos que os resultados deste trabalho, apesar das limitações apontadas, podem ter contribuído para esse debate, delineando caminhos a serem seguidos e questões que precisam ser aprofundadas em pesquisas futuras.

CAPÍTULO 5

Conclusão

O presente estudo contribuiu para aprofundar o conhecimento já existente acerca da experiência subjetiva do parto em associação com o bem-estar emocional da mulher e as condições de assistência durante o parto, assim como o repensar de estratégias que promovam melhor satisfação com o parto. Desde sempre a humanidade compreendeu que o parto tem a sua singularidade e é marcado por ser um evento único e de muitas transformações, devendo portanto ocorrer com o máximo de segurança possível para mãe e o bebê, devendo ainda ser considerados todos os aspectos que englobam este evento, buscando meios que possibilitem uma boa experiência, sendo fundamental a valorização e a execução das práticas assistenciais que valorizem a mulher na sua integralidade.

Neste contexto é importante adotar medidas eficazes para promover uma boa experiência do mesmo, dado o impacto que a experiência do parto tem no posterior ajustamento psicológico da mulher. Uma das formas seria por meio de programas de educação em saúde, pois são meios das mulheres adquirirem um conhecimento mais realista do parto promovendo mais confiança em si mesma e auxiliando no preparo das mulheres perante o acontecimento do parto, que deverá ser uma experiência positiva.

Para finalizar, recomendamos a realização de outros estudos que avaliem e aprofundem a discussão sobre os fatores preditores da experiência do parto. Identificá-los é um modo de viabilizar a organização de serviços voltados para as necessidades da mulher, visando à que a experiência do parto seja a melhor possível. Acreditamos que os resultados obtidos neste trabalho, apesar das limitações apontadas, podem ter contribuído para esse debate, traçando caminhos a serem seguidos e questões que necessitam ser aprofundadas em pesquisas futuras.

Referências

- Almeida, E.A., & Martins, F. J. (2004). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Revista Ciência Médica*, 13(4): 381-8.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. E., & Oliveira, M. G. (2004). Depressão e gênero: Por que as mulheres se deprimem mais que os homens?. *Temas Psicologia*, 7(2), 143-156.
- Benute, G. R. G., Nomura, R.Y., Santos, Zarvos, A.Z., M., Lucia, M.C.S., & Francisco, R.P.V., (2013). Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online] v. 35, n.º 6, 281-285. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>
- Bohren, M.A., Hofmeyr G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
- Bonari, L., Bennett, H., Einarson, A., & Koren, G. (2004). Risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 50, 37-39.
- Ministério da Saúde. (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, Parto Aborto e Puerpério: assistência humanizada á mulher. (2. Ed). Brasília.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v.37, n 2,151-158.
- Campos, F. C. (2015). *Impacto da satisfação de puérperas com o parto vaginal na autoeficácia para amamentar*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-Ce.
- Carlson, N. R. (2002). *Fisiologia do Comportamento*. 7ª ed. Editora: Manole
- Casa Nova, N., Sequira, S., & Silva, V. M. (2009). *Emoções*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0132.pdf> (Acedido em 18/10/2020)
- Chiattonne, H. B. C. (2006). *Psicologia e obstetrícia*. XIII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, UNIP, São Paulo.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 8, núm. 1, 49-66 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal
- Costa, M. L., Pinheiro, N. M., Santos, L. F. P., Aquino Costa, S. A., & Gomes Fernandes, A. M. (2015). Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. *Carpe Diem: Revista Cultural E Científica Do UNIFACEX*, 13(1), 173–187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4 (1), 47-67.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Coutinho, E. de C., Silva, C. B., Chaves, C. M. B., P., Nelas, P.A.B., Parreira, N, V. B. C, M. O. Amaral., & Duarte, J. C. (2014). Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers?. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 48, n. 2, p.17-24. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800004>.
- Coutinho, M. D. L., & Saraiva, E. R. A. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8(3), 759-773.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.

- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303-324.
- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M., & Leal, M. (2004). *Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate*. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62.
- Figueira, P., Corrêa, H., Malloy-Diniz, L., & Romano-Silva, M. A. (2009). Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista Saúde Pública*. 43(1): 79-84
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(XX), 203-217.
- Fria, A., & Franco, V. (2008). A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 47-54.
- Gallo, L. C. & Matthews, K. A. (2003) Compreendendo a associação entre status socioeconômico e saúde física: as emoções negativas desempenham um papel? *Psychological Bulletin*, 129, 10.
- Gayeski, M. E., Bruggemann, O. M., Monticelli, M., & Evangueli, K. A. (2015). Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: the point of view of primiparous women. *Journal of American Society of Pain Management Nurses*, 16(3), 273–284.
- Gravena, A. A. F, Paula, M. G., Marcon, S. S., Carvalho, M. D. B., & Pelloso, S. M. (2013) *Idade materna e fatores associados a resultados perinatais*. Acta Paulista de Enfermagem [online]. V. 26, n. 2
- Goldbort J. (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 31:121-6
- Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1998). *Great Expectations: A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth*. (2.^a ed.). Hale: Books for Midwives Press.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*. 80(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
- Hodnett, E.D. (2011). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. The Nature and Management of Labor Pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5) Supplement: S160-S172.
- Kandel, E., Schwartz, J., Thomas, M. J., Siegelbaum, S., & Hudspeth, A. (2014). *Princípios da neurociência*. (5.^a ed.) Porto Alegre: amgh.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.
- Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sex Reprod Healthc*. 2(2):83–89.
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T.; Dias, M. A. B., & Nakamura-Pereira, M. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos Saúde Pública*, v. 30, n. 1 p. S17-S32.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a gynecol population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 184, 34-40.

- Lobato, G, Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, vol.11, n.4, 369-379. ISSN 1519-3829.
- Lopes, C. V., Meincke, S. M. K., Carraro, T. E., Soares, M. C., Reis, S. P., & Heck, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitar e enfermagem*;14(3):484.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.186:S16-S24.
- Maldonado, M.T.P. (2002). Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério. *Psicologia da Gravidez*. (16.^a ed.). Petrópolis, Vozes, 48-60.
- Mamede, F., Almeida, A., & Clapis, M. (2004). *Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão*. Maringá, 26, (2), 295-302.
- Mercer, R. T.; Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*; 43: 344-51.
- Morais, F. R. R. (2010). *A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira*. (Tese de Doutorado). Psicologia Social-Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Motta, M. G., Lucion, A. B., & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 165-176, mai./ago.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação Parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 399-413.
- Murata, M., Lima, M. O. P., Bonadio, I. C., & Tsunehiro, M. A. (2012). Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*,16(2), 194-200.
- Murray, L., & Cooper, P. (1996). O impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil,. *International Review of Psychiatry*, 8: 1, 55-63. <https://doi.org/10.3109/09540269609037817>
- Nascimento, R. R. P., Arantes, S. L., Souza, E. D. C., Contrera, L., & Sales, A. P. A. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaucha Enfermagem*. 36(3):86-92. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
- Nunes, R. D., Mapelli, A. D. V., Nazário, N. O., Traebert, E., Seemann, M., & Traebert, J. (2019). Avaliação dos Fatores Determinantes à Realização da pisiotomia no Parto Vaginal. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 10, n. 1.
- Oliveira, M. S. M. (2015). *Humanização do parto. Nasce o respeito. Informações práticas sobre seus direitos*. Recife: Assessoria Ministerial de Comunicação; Comitê Estadual de Mortalidade Materna de Pernambuco, Procuradoria Geral de Justiça.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra.
- Osório, S. M. B., da Silva Júnior, L. G., & Nicolau, A. I. O. (2014). Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(1), 174-184.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry*, 144-153. São Paulo <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>
- Pereira, R., Franco, S., & Baldin, N. (2011). A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61 (3).

- Reis, C. C., Ferreira de Souza, K. R., Santos Alves, D., Tenório, I. M., & Brandão Neto, W. (2017). Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Ciencia y enfermería*, 23(2), 45-56.
- Righetti, V. M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75-83.
- Rios, N. K. M. A., Souza, N. A. M., Silva, M. A., & Sousa, M. S. (2018). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica sob a luz da Teoria Humanística. *Cadernos ESP*, v. 12, n. 1, p. 80-90.
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenström, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of advanced nursing*, 59(5), 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x>
- Ruschí, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô, F. A., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista Psiquiatra Rio Gd Sul*, 29:274
- Sanches, N. C., Mamede, F. V., & Vivancos, R. B. Z. (2012). Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 21(2): 418-26418-26.
- Santos, M. F. S., Martins F. C., & Pasquali, L. (1999). Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista Psiquiatria Clin.*;26(2):90-5.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J., Botelho, I. P., Lapolli, C., & Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de ginecologia publica*, 23(11), 2577-2588.
- Saraiva, E. R. A. (2007). *A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais*. (Dissertação de mestrado) Psicologia Social, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Bürgin, D., & Bitzer, J. (2004). Como as variáveis obstétricas influenciam as dimensões da experiência do parto avaliadas pela lista de itens de Salmon (SIL-Ger) ?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 115 (1), 43-50.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 403-411.
- Serruya, S. J., Ceccati, J. G., Lago, T. G. (2004). O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Caderno Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1281-1289.
- Silva, A. C. L., Félix, H. C. R., Ferreira, M. B. G., Wysocki, A. D., Contim, D., & Ruiz, M. T. (2017). Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Revista Eletrônica Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.
- Silva, A. C. S. (2011). *Vivências da maternidade: Expectativas e satisfação das mães no parto*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Silva, C., Pereira, B., São Bento, P., & Vargens, O. (2020b). Interação social de puérperas com procedimentos invasivos no parto. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e52496. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.52496>.
- Silva, F. C. S., Araújo, T. M., Araújo, M. F. M., Carvalho, C. M. L., & Caetano, J. A. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 3, 411-416. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300016>.

- Silva, S., Nascimento, R., & Coelho, E. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem*, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.
- Silva, R., Westphal, F., Assalin, A., Silva, M. & Goldman, R. (2020a) Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. *Revista enfermagem UFPE*. <https://doi.org/190.5205/19818963.2020.245827>
- Soares da Silva, C. (2019). Fatores associados a uma experiência de parto positiva em mulheres usuárias de unidades de saúde da família de aracaju. *Caderno de graduação – ciências biológicas e da saúde*, 5(2), 183.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. (6.ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Teixeira, I. R., Amaral, R. M. S, & Magalhães, S. R. (2010). Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *E-Scientia*.
- Valdes, V. L., & Morlans, X. (2005). Aportes de las Doulas a la Obstetricia. *Revista chilena de ginecologia y ginecologia*, 70(2), 108-112.
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., Brüggemann, O. M., & Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21(2), 458-466.
- Waldenström, U. (1999a). Effects of birth centre care on fathers' satisfaction with care, experience of the birth and adaptation to fatherhood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 17 (4), 357-368.
- Waldenström, U. (1999b). Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*;47(5):471–82.
- Wannmacher, L. (2007) *Depressão perinatal: balanço entre o uso de antidepressivos e riscos no conceito*. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (Brasil). Brasília.
- Wolff, L. R., & Moura, M. A. V. (2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*, 8(2), 279-285.