

1 2 9 0



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Andreia Costa Cordeiro

**As outras dores do parto: um outro olhar
sobre experiências de sofrimento e
traumatismos de parto**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia clínica, subárea de especialização de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fevereiro de 2022

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
de Coimbra

As outras dores do parto: um outro olhar sobre experiências de sofrimento e traumatismos de parto

Andreia Costa Cordeiro

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia clínica, subárea de especialização de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fevereiro de 2022



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Agradecimentos

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, pela sua orientação, por todos os conselhos dados e por ter acreditado em mim e no meu trabalho. Agradeço, sobretudo, por todo o conhecimento e sabedoria transmitidos. Sei que serão fundamentais para a minha vida, tanto a nível profissional, quanto a nível pessoal.

A todas as mães que participaram neste estudo e que responderam ao questionário, pois sem a sua ajuda e contributo a realização deste estudo não teria sido possível.

À Doutora Rute, pela sua preciosa ajuda na parte estatística, pela sua paciência e pelos conhecimentos transmitidos, que foram cruciais para a execução deste estudo.

À Sofia, por me ter acolhido inúmeras vezes debaixo da sua capa, por me inspirar a ser uma pessoa melhor a cada dia que passa e, sobretudo, por todos os momentos bonitos que partilhámos em Coimbra. À Patrícia, por ser a minha irmã, por tantas vezes me ter alegrado com a sua boa disposição, pela sua simplicidade e, principalmente, pela amizade que nos une. À Vanessa, por todos os passeios infundáveis pelas ruas de Coimbra, pelas horas infinitas passadas a sonhar e, sobretudo, por todas as conversas e conselhos partilhados. À Marta, por ser uma pessoa lutadora, persistente e por me ter mostrado que, com muita força e muita vontade, é possível superar os momentos menos bons.

À Sílvia, por ter tornado Coimbra uma cidade mais bonita e doce. Por todos os filmes, séries, livros e conhecimentos partilhados. À Mariana, pelo seu brilho, boa disposição e, principalmente, por ser uma guerreira.

Aos meus pais, por me terem dado toda a liberdade para crescer, para sonhar e para seguir o meu próprio caminho. Agradeço por todo o apoio, por terem estado sempre ao meu lado nesta caminhada e, sobretudo, por nunca terem deixado de acreditar em mim, mesmo nos momentos mais difíceis. Sem eles, não teria tido a coragem e a força suficiente para terminar este trabalho. Aos meus irmãos, por todo o apoiado

e por me alegrarem sempre nos meus momentos mais difíceis.

A Coimbra, a cidade que me acolheu e me viu crescer ao longo dos últimos seis anos. Agradeço por todos os momentos felizes e menos felizes que aí vivi, e por todas as pessoas que se cruzaram no meu caminho. Acima de tudo, agradeço pelas amizades que aí construí, e que levo para a vida.

Resumo

Introdução: O parto é uma experiência marcante para a mulher, que pode deixar marcas, positivas ou negativas, para o resto da sua vida. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivos perceber que fatores contribuem para uma maior satisfação da mãe com a sua experiência de parto; se o parto pode ser considerado um evento traumático e quais os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático após o parto. **Método:** Para a recolha dos dados da amostra, construiu-se um questionário composto por uma primeira parte com questões sociodemográficas e sobre a experiência do último parto das mães; uma segunda parte composta pela Escala de Pensamentos Automáticos Negativos no Pós-Parto (EPANPP); e uma última parte, integrando o instrumento Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5). O questionário foi divulgado em plataformas online. A amostra é constituída por 482 mulheres, com idades situadas entre os 20 e os 51 anos e uma média etária de 33.65 (DP=5.441), e que tiveram o seu último parto nos últimos cinco anos, em Portugal. **Resultados:** os resultados obtidos neste estudo evidenciam que fatores como o local e o tipo de parto, a sensação da mãe de que controla o que acontece no parto, a comunicação entre a equipa médica e a mãe, a participação da mãe nas decisões tomadas pelos médicos e a possibilidade de um contacto imediato com o seu bebé contribuem para uma maior satisfação da mãe com a sua experiência de parto. Os resultados revelam, também, que o parto pode ser um evento traumático, e que pode levar ao desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático nas mães. Maus cuidados prestados pela equipa médica, falta de comunicação dos médicos com a mãe, falta de perceção de controlo, falta de liberdade de movimentos durante o parto, falta de participação da mãe nas decisões tomadas pelos médicos, o tipo de parto e a impossibilidade de um contacto imediato da mãe com o bebé após o parto são fatores que se correlacionam significativamente com a existência de sintomas para uma perturbação de stress pós-traumático após o parto. **Conclusões:** O parto pode ser uma experiência traumática para a mãe. As opiniões, vontades e desejos da mãe devem ser ouvidos e respeitados pelos médicos, e a participação desta nas decisões por eles tomadas é fundamental para que esta tenha uma experiência de parto positiva.

Palavras-chave: parto; satisfação no parto; trauma no parto; perturbação de stress pós-traumático; relação mãe-bebé, tipo de parto, comunicação, controlo.

Abstract

Introduction: Childbirth is a remarkable experience for a woman and can leave a positive or a negative impact for the rest of her life. **Objectives:** The present study aims to understand which factors contribute for the mother to have a greater satisfaction with her birth experience; if childbirth can be considered a traumatic event and which factors may contribute to the development of posttraumatic stress disorder after childbirth. **Method:** In order to collect the information for this study, it was constructed a questionnaire that was divided into three major parts: a first part with sociodemographic information and information about the mothers' last childbirth experience; a second part with the Postnatal Negative Thoughts Questionnaire (PNTQ); and a last part composed by the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-V* (PCL-5). The questionnaire was shared on online platforms. The sample consists of 482 women, aged between 20 and 51 years old, with a mean age of 33.65 (SD=5,441). The mothers had their last childbirth in the last five years, in Portugal. **Results:** the results obtained in this study show that factors such as the place and type of delivery, the feeling that mother controls what happens in her delivery, the communication between the medical team and the mother, the participation of the mother in the decisions made by the doctors and the possibility of an immediate contact with her baby contribute to a greater satisfaction of the mother with her birth experience. The results also reveal that childbirth can be a traumatic event, and that it can lead to the development of a posttraumatic stress disorder in mother. Poor care provided by the medical team, lack of communication between doctors and the mother, lack of perception of control, lack of freedom of movement during childbirth, lack of mother's participation in the decisions made by the doctors, the type of delivery and the impossibility of an immediate contact between the mother and her baby after childbirth are factors that significantly correlate with the existence of symptoms for a posttraumatic stress disorder after childbirth. **Conclusions:** Childbirth can be a traumatic experience for the mother. The mother's opinions and wishes must be heard and respected by the doctors, and the participation of the mother in the decisions made by the doctors is essential for her to have a positive birth experience.

Keywords: childbirth; satisfaction in giving birth; birth trauma; posttraumatic stress disorder; mother-infant relationship, type of delivery, communication, control.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento teórico	2
1. A gravidez	2
1.1 O primeiro trimestre	3
1.2 O segundo trimestre	3
1.3 O terceiro trimestre	4
2. História do parto	5
3. A experiência do parto	9
3.1. Antecipação da experiência de parto	11
3.2. Tipo de parto	12
4. Contextualização da perturbação de stress pós-traumático após o parto	13
4.1. Prevalência da perturbação de stress pós-traumático na sequência do parto	14
4.2. Fatores que contribuem para o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático na sequência do parto	15
4.3. Consequências da experiência de parto traumática na mulher	16
4.4. Importância do diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático na sequência do parto	17
II – Formulação do problema e objetivos	19
III – Metodologia	21
1. Caracterização do estudo	21
2. Recolha da amostra	21
3. Materiais e instrumentos	21
3.1. Questionário “As outras dores do parto”	22
3.2. Escala de Pensamentos Automáticos	23

Negativos do Pós-Parto (EPANPP)	
3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for <i>DSM-5</i> (PCL-5)	24
3.4. Procedimentos estatísticos	25
IV- Resultados	27
1. Caraterização da amostra	27
2. Análise descritiva	28
3. Análise inferencial	46
V – Discussão	62
VI – Limitações do estudo	69
VII – Conclusões e implicações clínicas	70
Referências Bibliográficas	72
Anexos	78
Anexo I – Questionário “As outras dores do parto”	78
Anexo II – Escala de Pensamentos Automáticos	89
Negativos no Pós-Parto (PANPP)	
Anexo III – Posttraumatic Stress Disorder Checklist for <i>DSM-V</i> (PCL-V)	91
Anexo IV - Tabelas análise inferencial	93

Introdução

O parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, e marca a transição para uma nova etapa da sua existência. Apesar de ser um acontecimento natural e que sempre fez parte da vida da mulher e da sociedade, o parto esteve, desde muito cedo, envolto em mistério e em vários rituais. Até aos séculos XVI e XVII, não se sabia muito sobre a fisiologia do parto e sobre a anatomia do corpo feminino, e as grávidas eram ajudadas por outras mulheres mais experientes (Maldonado, 1991). O parto era, por um lado, visto como um acontecimento negativo e degradante (Barbault, 1990), que envolvia sofrimento e dor (Gil, 1998). E, por outro lado, era considerado um acontecimento feliz, que culminava no nascimento de uma nova vida (Knibiehler, 2001).

O parto tem um profundo efeito físico, mental, emocional e social na mãe. É considerado um momento difícil, porque envolve dor, stress emocional, possíveis danos físicos e uma mudança permanente de papel. As situações vividas no parto interferem, de forma muito significativa, no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma relação adequada com o seu bebé (Figueiredo et al., 2002). Desta forma, torna-se fundamental compreender de que forma pode o parto ser uma experiência positiva para a mulher, em que esta se sinta respeitada e ouvida. Assim, o presente estudo procurou perceber quais os fatores que contribuem para que a mãe tenha uma maior satisfação com a sua experiência de parto.

Apesar de o parto ser considerado um acontecimento feliz, na medida em que nasce uma nova vida, o parto pode, também, ser considerado um evento traumático. O desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático (PSPT) como resultado de uma experiência de parto traumática é um fenómeno ainda pouco estudado (Beck, 2004; Creedy et al., 2000), apesar do seu reconhecimento ter vindo a aumentar, nos últimos anos, por alguns clínicos e investigadores (Ayers, 2004). O trauma no parto ocorre durante o trabalho de parto e parto, e envolve um sério risco de problemas, que podem culminar na morte, tanto da mãe como do bebé. Um parto traumático tem implicações graves e negativas na vida da mulher, dado que pode interferir na relação que a mãe estabelece com o seu bebé, nas relações que a mãe tem com as pessoas que a rodeiam e na relação que tem consigo própria. Desta forma, pretendeu-se, com o presente estudo, perceber, efetivamente, se o parto pode ser considerado um evento traumático, que pode levar ao desenvolvimento de uma PSPT, e quais os possíveis fatores e situações que poderão contribuir para a existência de um parto traumático.

I. Enquadramento Teórico

1. A gravidez

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento do ser humano. Nesta nova fase da vida da mulher, ocorrem mudanças a nível biológico, somático, psicológico e social, que influenciam a dinâmica psíquica, individual e relacional da grávida. Como tal, a gravidez pode ser considerada uma situação de crise evolutiva. A forma como a mulher encara estas mudanças interfere na sua vivência da maternidade e na construção da relação mãe-bebé (Maldonado, 1991).

A gravidez é um processo que corresponde a um período, que ocorre entre a concepção e o parto, e tem uma duração de, aproximadamente, 40 semanas. Ao longo dos nove meses de gestação, a mulher experimenta ensaios, ligações, ansiedades, fantasias e reflexões em relação ao seu bebé (Canavarro, 2001). A gravidez é um enorme desafio para a mulher, pois é um período em que esta questiona a sua própria identidade e conceito pessoal, ao mesmo tempo que se adapta a uma nova condição e a um novo papel, na família e no mundo (Silveira & Ferreira, 2011). Durante a gravidez, a mulher passa por diferentes mudanças, que interferem com a sua forma de pensar, com a relação que estabelece com os outros e com a visão que tem de si mesma. A mulher, que também é mãe, passa a focar-se mais no seu mundo interno, pois precisa de reorganizá-lo, uma vez que já não se vê mais como única, mas sim, com um bebé. Todas as transformações, tanto as individuais como as relacionais, que acontecem na vida da grávida, são necessárias para a construção do espaço psíquico do bebé, e mesmo que muitas delas sejam temporárias e/ou não estejam ainda bem estruturadas, são também importantes para a constituição da maternidade (Piccinini et al., 2008).

A gravidez, em termos psicológicos, inicia-se quando a mulher começa a fantasiá-la, podendo estar ou não grávida nesse momento (Sá, 2004). Ao aceitar a novidade de estar grávida, a mulher passa por alterações no seu psiquismo que a ajudam a construir a sua maternalidade. Os seus sentimentos internos e as suas primeiras vivências podem parecer inicialmente contraditórios (Silva & Silva, 2009). Geralmente, na maioria das grávidas, surge uma certa ambivalência afetiva, entre o querer e o não querer estar grávida e entre o desejar ter ou não ter aquele filho (Maldonado, 1991). Segundo Maldonado (1991), não existe uma

gravidez que seja totalmente aceita ou totalmente rejeitada. Mesmo quando a mulher aceita ou rejeita totalmente a gravidez, o sentimento oposto nunca está completamente ausente.

1.1 O primeiro trimestre

Os primeiros três meses de gestação são marcados por um período de adaptação e de incerteza, pois a mulher está a adaptar-se ao seu novo estado (Smith, 1999). A mãe ainda não sente a presença do feto, e as mudanças físicas ainda são bastante discretas. Neste período, predominam sentimentos de ambivalência e de dúvida entre o estar ou não grávida, mesmo após a confirmação clínica que, por sua vez, também tende a evocar uma mistura de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, franca rejeição. Porém, a reação inicial diante da gravidez não se cristaliza para sempre, isto é, uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação, e vice-versa (Maldonado, 1991).

Uma das primeiras manifestações mais comuns do primeiro trimestre é a hipersônia, ou seja, a mulher sente uma maior necessidade de dormir. As náuseas e os vômitos são os sintomas mais comuns do início da gravidez. Outras manifestações peculiares da gravidez são os desejos em relação a certos alimentos, as aversões (repulsa intensa por certos tipos de comida ou bebida, nunca sentida anteriormente) e o aumento de apetite. Este último, por vezes, atinge graus de extrema voracidade, levando, como consequência, a um aumento de peso, que pode ocasionar diversas complicações obstétricas. Durante a gestação, verifica-se um aumento da sensibilidade na grávida, devido às oscilações de humor. Geralmente, existe uma maior sensibilidade nas áreas do olfato, paladar e audição, mas também a nível emocional, através do aumento da irritabilidade. Como tal, a mulher fica mais irritada e vulnerável a determinados estímulos externos que, anteriormente, não a afetavam tanto, e chora e ri mais facilmente (Maldonado, 1991).

1.2 O segundo trimestre

O segundo trimestre é considerado o mais estável do ponto de vista emocional. O impacto dos primeiros movimentos fetais é um fenómeno central neste trimestre, pois é a

primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si. É um ser separado dela e, ao mesmo tempo, tão dependente, mas já com características próprias. A mulher passa a atribuir ao feto certas características pessoais, segundo a sua interpretação dos movimentos. A interpretação dos movimentos fetais constitui mais uma etapa da formação na relação mãe-filho onde, na fantasia da mãe, o feto já começa a adquirir características próprias e a querer comunicar com ela através dos seus vários movimentos (Maldonado, 1991).

As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade a partir do segundo trimestre, embora, em alguns casos, se manifestem desde o início da gravidez. Mais raramente, observa-se o aumento da sexualidade. Durante este período, a mulher sente uma maior preocupação com o corpo e com a sua imagem. Ela receia que o seu corpo não volte ao estado anterior à gravidez e tem medo de ficar permanentemente alargada e flácida, mesmo depois do parto. Algumas grávidas, durante este trimestre, sentem-se menos ativas e desagradadas com as mudanças provocadas pela gravidez, enquanto outras aumentam a sua atividade e sentem mais energia. É também durante este período que, geralmente, a grávida sente uma maior necessidade de afeto, de cuidados e de proteção (Maldonado, 1991). Segundo Maldonado (1991), as grávidas que mais recebem afeto são as que, posteriormente, mais conseguem dar carinho e amor ao bebé, ao passo que aquelas que menos recebem afeto tendem, também, a dar menos afeto ao bebé.

1.3 O terceiro trimestre

O terceiro trimestre é marcado pela existência de um elevado nível de ansiedade, que tende a crescer novamente com a proximidade do parto e com as mudanças de rotinas causadas pela chegada do bebé. A ansiedade é especialmente elevada nos dias que antecedem a data prevista do parto, e tende a intensificar-se ainda mais quando essa data é ultrapassada. Os sentimentos são, em geral, contraditórios, pois existe vontade de ter o bebé e de terminar a gravidez e, ao mesmo tempo, vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as novas adaptações exigidas pela vinda do bebé. Além do mais, a grávida sente-se presa entre a preparação que teve ao longo da gravidez para o parto e o momento real que está prestes a viver (Smith, 1999). Os temores mais comuns na gravidez estão bastante associados às fantasias que surgem neste período. Essas fantasias têm um carácter de autopunição, por exemplo, a grávida tem medo de morrer durante o parto, de não ter leite suficiente ou ter leite

fraco, ou tem medo de enfrentar todas as alterações que irão ocorrer na sua vida (Maldonado, 1991). Os temores específicos da maternidade são, muitas vezes, expressos em sonhos e em fantasias conscientes antes e após o parto. Durante a gestação, é comum a futura mãe sonhar com o parto, com o bebê e com as alterações do seu corpo. As expectativas em relação a si própria como mãe e em relação ao bebê são, geralmente, também expressos em sonhos (Maldonado, 1991).

2. História do parto

A gravidez e o parto são etapas marcantes na vida de uma mulher. Naturalmente, as mulheres dão à luz desde o início dos tempos, e o seu corpo está preparado, instintivamente, para a reprodução da espécie. Porém, desde o princípio da humanidade, os métodos, as posições e os costumes utilizados no momento do parto têm-se alterado ao longo dos séculos e, também, nas diversas culturas ao redor do mundo (Mott, 2002).

Na Grécia Antiga, a jovem mulher só era considerada uma adulta quando desse à luz pela primeira vez. O parto era um momento crucial na vida das mulheres e era vivido por toda a comunidade. O sofrimento e o perigo presentes durante o parto eram comparados àqueles que os homens vivenciavam na guerra. As divindades eram muito importantes e estavam sempre presentes à volta da parturiente. *Eileitia* era a deusa parteira, que ajudava antes, durante e depois do parto, e o seu culto estava muito difundido entre as mulheres (Knibiehler, 2001).

Na Roma Antiga, no momento do parto, a parturiente sentava-se numa cadeira e era apoiada por três mulheres: uma delas situava-se por trás e as outras duas de cada lado. Já a parteira sentava-se no chão de frente para a grávida. Todas estas mulheres deviam falar para a grávida, de forma a acalmá-la e a reconfortá-la, para evitar que esta gritasse (Knibiehler, 2001). Também no Antigo Egipto, alguns frescos da época revelam que a posição de parto que as mulheres adotavam era semelhante à das romanas: uma mulher colocava-se por trás da parturiente e apertava-a vigorosamente pelo meio do corpo, enquanto uma outra estava de frente para a grávida, à espera da saída da criança e ajudando na expulsão. Com algumas variantes quanto às possíveis posições adotadas durante o parto, este trio de mulheres formaram uma imagem clássica, típica, em todos os tempos e em todas as regiões do mundo (Barbault,

1990).

Na Antiguidade, o homem, identificando o seu pensamento com o de Deus, considerava que a gravidez e o parto eram etapas de sofrimento e de dor, devido à culpa herdada de Eva no pecado original (Gil, 1998). Esta, ao deixar-se tentar pela serpente, provou o fruto da árvore da sabedoria e, como castigo, sofreu com os padecimentos da gravidez e as inevitáveis dores do parto. Também Santo Agostinho descreveu o ato de dar à luz como um acontecimento negativo e degradante, como demonstra a sua célebre expressão «O homem nasce entre urinas e fezes». Desta forma, o parto era considerado uma passagem, um estado transitório, em que as forças antagónicas da vida e da morte lutavam entre si (Barbault, 1990). Era, por um lado, uma prova temível, da qual podiam resultar várias mortes, e, por outro, um acontecimento feliz, que culminava no nascimento de uma nova vida (Knibiehler, 2001).

Alguns rituais, praticados tanto a Ocidente como a Oriente, ditavam que as mulheres deviam dar à luz em frente de uma chaminé ou com as costas «assadas» pela lareira, pois julgava-se que a gestação era um tempo de “cozedura” do filho. Já noutras civilizações, existia o hábito de abrir tudo o que pudesse ser aberto, a partir do momento em que se manifestavam as primeiras contrações. Presumia-se que tais rituais facilitavam a abertura do colo do útero e contribuíam para uma expulsão fácil e rápida do bebé, ao mesmo tempo que criavam um ambiente aberto e acolhedor, propício à vinda da criança. Quando a mãe ou o bebé morriam no decorrer do parto, as pessoas culpavam os génios maus, que, segundo as crenças da época, tiravam partido dos riscos do parto. Em algumas civilizações, a mulher que morria de parto era comparada a um herói de guerra (Barbault, 1990).

A mulher que desejava ter um parto rápido e sem complicações devia agitar-se e andar de um lado para o outro no quarto, ou provocar vômitos e espirros. No caso das grávidas com dificuldades em dar à luz, os médicos aconselhavam o uso de ganchos, pinças e outros instrumentos do género, que faziam tilintar em cima da cama da parturiente. Acreditava-se que o terror natural sentido pela mulher na presença destes utensílios provocava rapidamente a fácil expulsão da criança e evitava o recurso ao seu uso por parte do médico (Barbault, 1990).

O parto foi, durante muitos séculos, um acontecimento exclusivamente feminino. Desencadeava, entre as mulheres, uma rede de solidariedade e um sistema de entreatajuda e de

reconforto psicológico. Desde sempre, as mulheres em trabalho de parto foram ajudadas por outras mulheres, que podiam ser da família ou não, como era o caso das parteiras. Estas eram reconhecidas pela sua experiência ou competência e, por norma, transmitiam oralmente o seu saber, de geração em geração. Não precisavam de ter conhecimentos de medicina, apenas que desempenhassem bem o seu trabalho. Normalmente, a parteira era uma pessoa que inspirava confiança, era conhecida por todos pela sua reputação, e sabia usar as palavras adequadas para consolar e reconfortar as parturientes. Além da parteira, a presença da mãe da grávia durante o parto era fundamental. Uma grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações estavam também presentes no decorrer do parto. Pouco a pouco, em alguns casos, o parto foi sendo encarado como um “espetáculo” assistido por várias pessoas, sobretudo quando se tratava dos partos da realeza, nas cortes europeias (Maldonado, 1991).

Em relação aos homens, estes eram, geralmente, excluídos do parto, e até os próprios maridos eram considerados indesejáveis ou rejeitados. Apenas se recorria aos médicos quando surgiam complicações graves, ou quando a criança se apresentava de maneira anormal. O recurso a um médico era uma necessidade extrema e um sinal de desespero. Esta exclusão dos homens do parto existia devido à inevitável exposição da vulva e do períneo da grávida, o que era considerado um ato escandaloso e inaceitável na presença de um homem. Além disso, acreditava-se que a mulher, ao ser ajudada no parto por alguém do sexo masculino, podia perder cinco virtudes (o pudor, a pureza, a fidelidade ao casamento, o bom exemplo e o espírito de sacrifício). Devido a estas crenças e forte moralidade religiosa, muitas mulheres, quando tinham um parto difícil, preferiam morrer de parto a terem de chamar um médico e a deixar-se examinar por ele (Barbault, 1990).

Paulatinamente, entre os séculos XVI e XVII, o cirurgião começou a surgir na assistência ao parto e, por conseguinte, a parteira foi perdendo o destaque que tinha (Maldonado, 1991). Os médicos acusavam as parteiras de exercerem a sua profissão pelo lucro (Barbault, 1990), de usarem magia e bruxaria e de serem cúmplices com o infanticídio e o aborto. Por estes motivos, as parteiras passaram a atuar sob a supervisão dos cirurgiões. Estes, empenhados em melhorar as práticas usadas no parto, inventaram novos instrumentos para extrair o filho do corpo da mãe e proibiram o seu uso por parte das parteiras (Knibiehler, 2001). Desta forma, o parto foi deixando de ser um “assunto de mulheres”, tornando-se numa área médica em exploração e cada vez mais complexa. O aparecimento do médico no parto e a

utilização de novos instrumentos contribuíram para o início da medicalização no parto e para a secundarização da figura da parteira, que foi perdendo o seu lugar de destaque (Maldonado, 1991). Assim, uma forma tradicional de solidariedade feminina foi desaparecendo aos poucos, ao mesmo tempo que se quebravam as barreiras do pudor (Knibiehler, 2001).

A crescente participação dos cirurgiões nos partos para resolverem os casos mais complicados levou-os a descobrir, no decurso das operações que realizavam, as principais técnicas que se revelaram decisivas na salvação da mãe e da criança (Carneiro, 2005). Nos finais do século XIX, os médicos dominavam já o essencial da técnica do parto prematuro artificial ou parto provocado, intervenção usada com fins terapêuticos para melhorar a situação da mãe, do filho ou de ambos. A combinação da anestesia, da assepsia e de avanços nas técnicas de sutura permitiram o aperfeiçoamento da cesariana, que se tornou numa prática comum no início do século XX. Com o aumento da presença do cirurgião no parto, a posição de decúbito dorsal para a expulsão do bebé passou a ser a mais adotada. Esta posição facilitava o trabalho do médico e a utilização dos seus instrumentos (Maldonado, 1991). A partir do século XX, cada vez mais mulheres optavam por ter o seu parto nos hospitais, deixando a casa de ser o local preferido para os bebés nascerem. Deste modo, tornava-se mais seguro dar à luz no hospital do que em casa (Knibiehler, 2001).

Na segunda metade do século XX, acontecimentos como o movimento de maio de 1968, os movimentos pela libertação da mulher e pela legislação do aborto, contribuíram para a existência de uma mudança de mentalidade quanto aos papéis de género. O homem procurou ter uma postura diferente, como companheiro e como pai, e estar mais presente no parto e no nascimento dos filhos. Neste sentido, a presença do pai nas salas de parto passou a ser aceite e normalizada (Szejer & Stewart, 1997) e, nos últimos anos, este tem assumido um protagonismo cada vez maior (Gil, 1998).

Atualmente, é frequente os partos decorrerem em meios hospitalares com datas agendadas e com o recurso a anestesia epidural e a técnicas médicas, como a episiotomia e a cesariana (Knibiehler, 2001). A evolução dos conhecimentos médicos na área da obstetria e os avanços tecnológicos hospitalares contribuíram para a existência de uma grande medicalização do parto normal, com a justificação de prestar assistência de qualidade e de reduzir eventuais problemas de saúde na parturiente (Carvalho et al., 2005). Porém, esta

excessiva medicalização do parto tem sido criticada nos últimos anos em vários países, sobretudo a Ocidente, o que tem levado à criação de vários movimentos e organizações em prol da humanização do parto. Estas organizações têm como objetivo alertar a sociedade para o uso de práticas obstétricas que coloquem em causa a segurança e bem-estar da parturiente, bem como promover uma participação mais ativa da mulher nas decisões tomadas no parto, através da informação e divulgação de todas as opções e escolhas que a grávida e o seu companheiro podem tomar em relação ao parto (Akrich et al., 2012).

3. A experiência de parto

O nascimento de uma criança é um momento marcante na vida de todos os presentes no parto. Para a mãe, o parto tem um profundo efeito físico, mental, emocional e social. Não existe outra experiência de vida que envolva dor, stress emocional, vulnerabilidade, uma mudança permanente de papel, possíveis danos físicos, incluindo a morte, e que engloba, ao mesmo tempo, a responsabilidade por um ser humano dependente e indefeso. Todas estas sensações são vividas, geralmente, num só dia, fazendo do parto uma experiência difícil. As experiências e as situações vividas no parto são de extrema importância, pois interferem, de forma muito significativa, no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento de uma relação adequada com o seu bebé (Figueiredo et al., 2002).

A experiência de parto de uma mulher é recordada com bastante precisão ao longo dos anos, à exceção de alguns detalhes mais específicos e lapsos de memória (Simkin, 1992). As mulheres recordam muito viva e detalhadamente vários aspetos e pormenores da sua experiência de parto, 15 a 20 anos depois (Simkin, 1991). A forma como uma mulher é tratada pela equipa médica durante o seu parto pode determinar a forma como esta recorda e vive a sua experiência de parto para o resto da sua vida. Se a mulher é tratada sem respeito e sem dignidade, o impacto negativo poderá ser permanente, e os sentimentos negativos em relação ao parto poderão intensificar-se e aumentar ao longo dos anos (Simkin, 1992). Se, pelo contrário, for tratada com respeito, dignidade e sente que participa no seu próprio parto, o impacto positivo desta experiência será, igualmente, permanente. Deste modo, os profissionais de saúde influenciam a forma como a mulher vai recordar a sua experiência de parto para o resto da sua vida, deixando uma marca positiva ou negativa a longo prazo (Simkin, 1991).

A experiência de parto de uma mulher pode ser influenciada por vários fatores. Entre eles destacam-se a presença de uma pessoa significativa no parto que proporcione apoio

emocional à parturiente, o tipo de parto, a dor sentida durante o parto e a possibilidade de contacto imediato com o bebé (Figueiredo et al., 2002; Waldenström, 1999). A perceção que a mulher tem da sua experiência de parto é, de igual forma, importante, e pode ser afetada por fatores como o conhecimento que possui sobre o parto, a ansiedade, o medo do parto durante a gravidez, a sensação de controlo que percebe durante o seu parto, as suas expectativas em relação à dor e a própria capacidade de controlar a dor (Crowe & Baeyer, 1989; Waldenström, 1999). Mercer et al. (1983) apontam, ainda, fatores como decisões médicas (tipo de parto, medicação, monitorização fetal e anestesia), presença ou não de acompanhante no parto e o tempo que a mãe demora a ver o seu bebé pela primeira vez.

As mulheres que têm uma perceção negativa da sua experiência de parto apresentam, em geral, elevados níveis de ansiedade e uma maior intervenção médica no seu parto, o que reforça nelas sentimentos de impotência e de incapacidade para lidar com a situação (Conde et al., 2007). Um estudo elaborado por Green (1993) revelou que a ansiedade relativa ao parto é um forte preditor de experiências negativas durante o trabalho de parto, falta de satisfação com o parto e menor bem-estar no pós-parto. Areskog et al. (1983) referem que as grávidas que, durante a sua gestação, têm muito medo do parto terão uma experiência menos positiva durante o parto e maiores dificuldades em estabelecerem uma relação de vinculação com o seu bebé no período pós-parto imediato. Hildingsson (2015) concluiu que as mães que tiveram um parto menos positivo sentiram falta de apoio por parte da equipa médica, falta de controlo sob o seu corpo durante o parto e falta de participação nas decisões tomadas.

Já as mães que estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto apresentam uma maior capacidade de autocontrolo durante o parto e as suas expectativas em relação ao parto são concretizadas. Além do mais, estão, também, mais satisfeitas com elas próprias, com os seus familiares e com a equipa médica (Goodman et al., 2004). A perceção que a mulher tem da sua experiência de parto pode indicar como irá atuar como mãe e que comportamentos adotará na maternidade. Se uma mulher sentir que não atuou como queria durante o seu parto, poderá duvidar, também, das suas capacidades como mãe (Mercer et al., 1983).

Para muitas mulheres, a perda de controlo é o aspeto psicológico mais importante do trabalho de parto (Colamn & Colman, 1994). É importante para as mulheres sentirem que têm controlo sobre o que se está a passar com elas durante a sua experiência de parto. Neste caso, ter controlo sobre a experiência de parto significa, para a mãe, estar envolvida no seu parto, estar bem informada, ter explicações sobre os procedimentos que vão sendo feitos no seu parto,

e ter a oportunidade de participar nas decisões adotadas pela equipa médica (Waldenström, 1999).

3.1. Antecipação da experiência de parto

A forma como a grávida antecipa o parto, ao longo da gravidez, determina muitas dimensões importantes do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência, nomeadamente os seus medos e receios, o tipo de preparação que irá realizar, o local que irá escolher, o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, e as pessoas que deseja ter presente. Muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pela forma como ela, previamente, preparou essa experiência. Assim, a forma como a grávida antecipa a sua experiência de parto ajuda-a a preparar-se e a participar mais adequadamente no seu parto (Pacheco et al., 2005). Mesmo que, por vezes, a antecipação da mulher em relação ao parto não se confirme totalmente, a forma como prevê o parto, nomeadamente as expectativas que alimenta, o medo e a ansiedade que sente e a informação de que dispõe, influencia, positiva ou negativamente, a forma como o parto decorre (Costa et al., 2012).

Os cursos de preparação para o parto são importantes para a grávida gerir a sua ansiedade e aumentar a sua confiança e conhecimento em relação à sua experiência de parto (Crowe & Bayer, 1989). Estes cursos são recomendados pela maioria dos obstetras e por outros profissionais de saúde (Gluck et al., 2020) e, geralmente, abordam temas como o que acontece no trabalho de parto e no parto, os seus riscos, medos em relação ao parto, preocupações sobre a saúde do bebé e o alívio da dor (Hallgren et al., 1995). As grávidas que frequentam cursos de preparação para o parto apresentam menos preocupações com a saúde e têm menos consequências negativas, esperam sentir menos dor no pós-parto, planeiam e preparam melhor a sua experiência, e estão mais propensas a terem um parto normal e com poucas intervenções médicas (Morgado et al., 2010). Segundo Crowe e Baeyer (1989), as grávidas que sentem medo e ansiedade em relação ao parto, mas que têm conhecimentos sobre o trabalho de parto e confiança na sua capacidade de controlar a dor que vão sentir, têm uma maior probabilidade de terem uma experiência positiva durante o parto.

3.2. Tipo de parto

O tipo de parto tem efeitos claros na percepção e na satisfação da mulher com a sua experiência de parto, assim como no estabelecimento da ligação inicial entre a mãe e o bebé e nos cuidados que lhe dedica. As mulheres que têm um parto normal relatam ter uma maior satisfação e uma percepção mais positiva do parto, e estabelecem uma relação mais adequada com o bebé, quando comparadas com as mães que tiveram um parto por cesariana (Figueiredo et al., 2002). As mulheres sujeitas a parto por cesariana, no geral, classificam a sua experiência de parto como mais inesperada, não veem as suas expectativas confirmadas, principalmente no que se refere ao tempo que demoraram a tocar e a pegar no seu bebé, e mencionam que a sua experiência de pós-parto é, consideravelmente, pior do que esperavam (Costa et al., 2003). DiMatteo et al. (1996) observaram que mães com um parto por cesariana têm uma menor probabilidade de amamentar os seus filhos, têm uma reação inicial menos positiva para com o seu bebé, ainda no hospital, e manifestam sentimentos menos positivos em relação ao seu bebé 6 semanas depois do parto. Os autores constataram, também, que as mães com um parto por cesariana estão menos satisfeitas com a sua experiência de parto passados 12 meses, não querem ter mais filhos e, como consequência, não querem voltar a ter uma experiência de parto. Pedersen et al. (1981) referem, ainda, que as mães que tiveram um parto por cesariana têm menos interação física e táctil com os seus bebés. Já as mães que tiveram um parto por cesariana planeada sentem uma maior satisfação com a sua experiência do que as mulheres que tiveram um parto por cesariana não planeada. Tais resultados demonstram que a satisfação com a experiência de parto é maior quando a mulher tem o tipo de parto que planeou ter, independentemente de ser um parto por cesariana ou normal (Bossano et al., 2017).

Em relação ao uso de anestesia no parto, a investigação tem vindo a comprovar que as mulheres que recebem anestesia local têm uma percepção mais positiva e uma maior satisfação com o parto do que as que recebem anestesia geral, uma vez que a anestesia local possibilita a relação imediata com o bebé (Costa et al., 2003; Figueiredo et al., 2002). As mulheres sujeitas a analgesia epidural, tanto num parto normal como de cesariana, estão mais capazes de relaxar e de estarem disponíveis para colaborar com a equipa médica, sentem menos medo e mais autocontrolo durante o trabalho de parto e parto, aproveitam melhor a primeira vez que estão com o bebé e sentem mais confiança, prazer e satisfação, em comparação com as mães sujeitas a anestesia geral (Costa et al., 2003).

4. Contextualização da perturbação de stress pós-traumático após o parto

A perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é uma perturbação mental que se pode desenvolver após a exposição a uma situação que envolva ameaça de morte, lesões graves ou violência sexual. É acompanhada de sintomas de intrusão, evitamento, alterações cognitivas e de humor e alterações na ativação e reatividade associadas ao evento traumático (APA, 2014). A PSPT foi descrita pela primeira vez no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III)* em 1980. Os veteranos americanos de guerra do Vietname foram os primeiros indivíduos a serem investigados com a perturbação (Beck, 2004). Porém, nem todas as pessoas que passam por um evento traumático desenvolvem a perturbação. Esta situação verifica-se devido à existência de vários fatores, que estão relacionados tanto com o acontecimento traumático (severidade ou tipo de trauma), como com as características da pessoa que experiencia esse acontecimento traumático (género, traços de personalidade, vivência de outras situações traumáticas). Fatores biológicos, genéticos ou relacionados com o ambiente em que a pessoa vive também podem contribuir para que uma pessoa desenvolva uma PSPT (Yehuda, 1999).

A perturbação de stress pós-traumático na sequência de uma má experiência no parto foi primeiramente descrita por Bydlowski e Raoul-Duval (1978, citado por Schwab et al., 2012). Do ponto de vista do bebé, o psicanalista austríaco Otto Rank foi o primeiro a escrever sobre o trauma no parto. Na sua obra *O trauma do nascimento* (1924, citado por Obaid, 2012), Otto Rank defende que o trauma no parto está relacionado com a separação entre o bebé e a mãe, mas também com a mudança repentina de um ambiente de proteção para um ambiente hostil (Obaid, 2012).

O desenvolvimento de sintomas de trauma como resultado de uma experiência de parto traumático é um fenómeno ainda pouco estudado (Beck, 2004; Creedy et al., 2000). Porém, há um crescente reconhecimento pelos clínicos e investigadores de que algumas mulheres podem ficar traumatizadas com a sua experiência de parto, podendo desenvolver sintomas graves que culminam numa perturbação de stress pós-traumático (Ayers, 2004). O trauma no parto ocorre durante o trabalho de parto e parto, e envolve um sério risco de problemas, que podem culminar na morte, tanto da mãe como do bebé. A parturiente experiencia medo intenso, desamparo, falta de controlo e horror (Beck, 2004). Outras mães podem, aparentemente, ter um parto normal, mas ficarem traumatizadas com aspetos como a falta de controlo sobre a situação, falta

de dignidade, ou com uma atitude hostil ou de desrespeito por parte da equipa médica (Ford et al., 2010).

Assim, apesar de a maioria das mulheres terem uma recuperação rápida depois do nascimento do seu bebé, algumas sentem, a longo prazo, as consequências da sua experiência de parto, com implicações profundas na sua vida e na vida dos seus familiares. As mães que viveram um parto traumático apresentam dificuldades em amamentar, em criar uma relação com o seu bebé, sentem alterações na sua vida sexual e têm baixa autoestima. Passados vários anos, continuam a recordar a sua experiência de parto com dor, raiva, medo, tristeza e, inclusive, algumas mães não se lembram de nada relativamente ao que viveram (Reynolds, 1997).

4.1. Prevalência de perturbação de stress pós-traumático na sequência do parto

A prevalência de perturbação de stress pós-traumático seguida do parto difere consideravelmente entre os estudos atualmente realizados sobre o fenómeno. Estes dados inconsistentes levantam dúvidas sobre a prevalência atual e também sobre os possíveis fatores de risco. Estas diferenças nos dados estão relacionadas com questões de ordem metodológica, tais como o momento em que foram realizados os estudos (antes, durante ou depois do parto), os instrumentos utilizados e as características da amostra (Olde et al., 2006). A maioria dos estudos realizados sobre a perturbação usaram os critérios do *DSM-IV* (McKenzie-McHarg et al., 2015), o que traz problemas relativamente à conceptualização, ao diagnóstico e ao rastreamento da perturbação de stress pós-traumático após o parto (Ayers et al., 2015). As alterações do diagnóstico provocadas pelo *DSM-V* mudaram a forma como esta perturbação é classificada, o que poderá levar a um aumento da prevalência da perturbação de stress pós-traumático na sequência da experiência de parto (Boorman et al., 2014).

Apesar dos problemas associados ao diagnóstico e à prevalência de perturbação de stress pós-traumático na sequência do parto, é possível fazer um levantamento de alguns dados existentes na literatura sobre o assunto. Ford et al. (2010) concluíram que esta perturbação afeta entre 1 a 6% das mulheres no primeiro ano depois do parto. O estudo de Creedy et al. (2000) identificou que 33% (164 de 499) das mulheres que participaram no seu estudo tiveram um parto traumático e 5.6% (28 de 499 participantes) desenvolveram uma perturbação de stress

pós-traumático. Uma revisão da literatura feita por Ayers (2004) revelou que 10% das mulheres desenvolvem uma resposta de stress traumático em relação à sua experiência de parto e apenas 1-2% das mulheres desenvolvem uma perturbação de stress pós-traumático. Ayers e Pickering (2001) constataram que 2.8% das mulheres preenchem os critérios para a perturbação de stress pós-traumático nas seis semanas após o parto e 1.5% nos seis meses depois do parto. Estes resultados mostram que os sintomas da perturbação tendem a desaparecer espontaneamente com o tempo entre os seis primeiros meses após a ocorrência do evento traumático. Depois dos primeiros seis meses, não se observa uma recuperação espontânea dos sintomas, o que indica que os sintomas da perturbação de stress pós-traumático manifestados pelas mulheres se tornaram crónicos e requerem tratamento.

Schwab et al. (2012) encontraram que 21% das mulheres (11 de 52) que participaram no seu estudo apresentaram todos os critérios para o diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático, seis semanas depois do parto, enquanto que Davis et al. (2008) reportaram uma incidência de 3.8% da perturbação nas seis semanas após o parto. Além disso, identificaram que 23% das mães tiveram sintomas correspondentes a pelo menos uma categoria de sintomas (intrusão, evitamento, hiperativação). Wijma et al. (1997) verificaram que 1.7% (28 de 1640 participantes) das mulheres que participaram no seu estudo apresentaram um conjunto de sintomas semelhantes ao da perturbação, de acordo com os critérios do *DSM-IV*. Soet et al. (2003) revelaram que a experiência de parto foi classificada como traumática por 34% das participantes. Duas mulheres (1.9%) manifestaram todos os sintomas para o diagnóstico de PSPT depois do parto, e 31 mulheres (30.1%) apresentaram alguns sintomas da perturbação.

4.2. Fatores que contribuem para o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático na sequência do parto

Os estudos realizados sobre a perturbação de stress pós-traumático na sequência de uma má experiência de parto descrevem diversos fatores que podem levar ao desenvolvimento da perturbação. A existência de problemas de saúde mental anteriores ao parto, a existência de trauma em relação a experiências de parto anteriores e traços de ansiedade são fatores de risco antenatais, ou seja, que já existem na mãe antes do seu parto, e que podem contribuir para o aparecimento da perturbação. Uma sensação, por parte da mãe, de falta de controlo sobre o seu parto, stress emocional e falta de suporte por parte da equipa médica e do companheiro são

também fatores associados ao aparecimento de trauma depois do parto. Além disso, intervenções obstétricas específicas podem ser consideradas preditores de sintomas pós-traumáticos, tais como o uso de fórceps e/ou de ventosas, episiotomia, e cesariana eletiva ou de emergência (Creedy et al., 2000; Olde et al., 2006). O stress experienciado pelo uso de algum tipo de intervenção médica, bem como o medo pela vida do bebê contribuem para respostas dissociativas e confusão mental nas mães, podendo levar à existência de sintomas de trauma (Creedy et al., 2000). Contudo, os partos normais também podem levar a sintomas de stress pós-traumático, potenciados por vários fatores que ocorrem antes, durante e depois do parto (Olde et al., 2006). Segundo Beck (2004), que analisou a história de 38 mães de quatro países diferentes sobre o seu parto, os precipitantes de uma experiência de parto traumático são a existência de antecedentes psiquiátricos, uma elevada utilização de intervenções obstétricas, cesariana de emergência, parto prematuro ou de alto risco, percepção de um cuidado inadequado por parte da equipa médica, a vivência de um parto doloroso e sentimentos de impotência na mãe. As mães que tiveram sintomas severos de perturbação de stress pós-traumático depois do parto manifestaram uma elevada ansiedade quando pensam sobre o seu parto, sentimentos de raiva, dificuldades em relacionarem-se com o seu bebé e com o seu companheiro, e receio do que poderá acontecer em futuras gravidezes. Já Czarnocka e Slade (2000) concluíram, na sua investigação, que aspetos relacionados com o parto, como a sua duração, o tipo de parto e as intervenções nele usadas não estão relacionados com o aparecimento de perturbação de stress pós-traumático depois do parto.

As mulheres que sofrem de perturbação de stress pós-traumático têm um pior contacto e uma pior relação com a equipa médica que as acompanhou durante o parto, e avaliam de forma negativa a sua experiência de dar à luz (Wijma et al., 1997). Soet et al. (2003) verificaram, no seu estudo, que experiências prévias de trauma sexual estão associadas a uma experiência de parto traumática. Estes autores observaram que mulheres que sofreram de abuso sexual têm uma probabilidade 12 vezes maior de experienciarem o parto como um evento traumático. Assim, a PSPT pode dever-se, em parte, a situações que aconteceram na vida da mãe antes do parto e a certas características da sua personalidade, e também devido a fatores e a situações que a mãe tenha vivido no seu parto (Soderquist et al, 2002).

4.3. Consequências da experiência traumática de parto na mulher

A perturbação de stress pós-traumático depois do parto tem um impacto negativo na saúde da mulher, na relação com o seu companheiro, na relação mãe-bebé, bem como nas gravidezes seguintes (Schwab et al., 2012), uma vez que a ansiedade associada à última experiência de parto poderá ser reativada (Wijma et al., 1997). O estudo de Davis et al. (2008) revelou que as mulheres que apresentaram todos ou quase todos os critérios para a perturbação de stress pós-traumático constataram que os seus bebés eram emocionalmente mais frios e mais exigentes, em comparação com as mães que não apresentaram sintomas para a perturbação. Esta situação pode ocorrer devido ao facto de o bebé poder levar ao reavivamento da experiência de parto, levando a mãe a considerar o seu bebé como uma ameaça. As mães que preencheram os critérios para a perturbação de stress pós-traumático reportam um menor desejo de se aproximarem fisicamente dos seus filhos. Segundo os autores, esta atitude poderá ser uma tentativa de a mãe evitar estar fisicamente perto do bebé, que a faz reativar memórias stressantes do parto. As mães que apresentaram todos ou quase todos os sintomas para a perturbação de stress pós-traumático também reportaram ter uma menor relação de vinculação com o seu bebé (Davis et al., 2008).

A vivência de uma experiência traumática no parto poderá afetar a capacidade de a mulher se adaptar às exigências e mudanças trazidas pela maternidade e a sua relação com os outros. A presença de sintomas de evitamento em relação a estímulos ou objetos que a levem a recordar o parto podem levar a mulher a não querer falar e a processar o trauma associado à sua experiência de parto, ao isolamento, e dificultar o acesso a serviços de saúde. Além disso, a presença de sintomas de evitamento pode contribuir para o desenvolvimento de dificuldades em dormir, doenças somáticas e hipervigilância em relação ao bebé (Creedy et al., 2000).

4.4 Importância do diagnóstico de PSPT

A triagem para a perturbação de stress pós-traumático seguida do parto não é comum nos centros de maternidade, e a perturbação continua a não ser reconhecida, para além dos profissionais ligados aos cuidados perinatais e à maternidade. Neste sentido, é necessário a realização de mais estudos para se perceber melhor o contexto e o processo de triagem, bem como identificar e desenvolver as ferramentas que melhor sustentam um diagnóstico da perturbação (McKenzie-McHarg et al., 2015).

Em termos clínicos, é importante que o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático seja considerado em todas as mulheres durante a gravidez e período pós-natal, dado que muitas mulheres são diagnosticadas com depressão pós-parto ao invés de PSPT e, como consequência, não recebem um tratamento apropriado (McKenzie-McHarg et al., 2015).

II – Formulação do problema e objetivos

A escolha deste tema revela-se importante na medida em que o parto é um momento único e importante na vida de uma mulher, capaz de deixar marcas, positivas ou negativas, para toda a sua vida. As experiências e as situações vividas no parto interferem, profundamente, no funcionamento emocional da mulher, e podem afetar, inclusive, a construção de uma relação significativa com o seu bebé e com as pessoas ao seu redor (Figueiredo et al., 2002). Além disso, as situações e as experiências que ocorrem no parto, tanto as positivas como as negativas, permanecem durante muito tempo na memória das mães (Simkin, 1992). Dado que o parto tanto pode ser uma experiência positiva como negativa para a mulher, considerou-se pertinente, neste estudo, perceber, por um lado, quais são os fatores que contribuem para que a mãe esteja mais satisfeita com a sua experiência de parto. Por outro lado, e sendo que uma experiência de parto negativa tem efeitos muito nefastos em vários aspetos da vida da mãe, considerou-se igualmente importante para esta investigação perceber até que ponto o parto pode ser um evento traumático para a mãe, levando ao desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático, e quais os fatores que podem contribuir para que o parto seja um evento traumático.

Assim, e dadas as evidências acima descritas, pretende-se, com este estudo, perceber quais são os fatores que contribuem para uma maior satisfação da mãe com a sua experiência de parto; quais as implicações e consequências que uma má experiência de parto tem na vida da mãe; será que o parto poderá ser um evento traumático e levar ao desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático e quais os fatores que contribuem para que o parto seja um evento traumático. Com este estudo pretende-se, também, contribuir para a investigação feita em Portugal sobre o trauma provocado por uma experiência de parto negativa e convidar a uma reflexão sobre qual é, neste momento, e qual deveria ser o papel que a mãe tem no seu parto. Deste modo, e de uma forma mais esquemática, este estudo pretende responder às seguintes questões:

1. As mães que participaram num curso de preparação para o parto tiveram uma melhor experiência de parto do que as mães que não participaram em nenhum curso?
2. As mães que elaboraram um plano de parto tiveram uma melhor experiência de parto do que as mães que não elaboraram nenhum plano de parto?

3. As mães que tiveram o seu último parto num hospital público tiveram uma melhor experiência de parto do que aquelas que tiveram o seu último parto num hospital privado?

4. As mães que tiveram o seu último parto durante a pandemia de Covid-19 tiveram uma pior experiência de parto do que as mães que tiveram o seu último parto antes da pandemia?

5. O tipo de parto interferiu na experiência que as mulheres tiveram no seu último parto?

6. As mães que sentiram que tiveram um maior controlo durante o seu parto sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

7. As mães cuja equipa médica comunicou mais com elas durante o parto sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

8. As mães que participaram nas decisões tomadas pela equipa médica mostraram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

9. As mães que tiveram um contacto imediato com o seu bebé, assim que este nasceu, tiveram uma maior satisfação com a sua experiência de parto?

10. As mães que se sentiram menos satisfeitas com a sua experiência de parto são aquelas que têm mais pensamentos automáticos negativos em relação ao seu bebé?

11. As mães desta amostra que sentem que a sua experiência de parto afetou, de forma negativa, a sua relação com o seu bebé têm mais pensamentos automáticos negativos sobre o seu bebé no período pós-parto?

12. O tipo de parto, a liberdade de movimentos durante o parto, a comunicação com a equipa médica, a participação nas decisões tomadas pela equipa médica, a sensação de controlo nas decisões tomadas pela equipa médica, o contacto imediato com o bebé depois do parto e os cuidados prestados pela equipa médica estão correlacionados com a escala PCL-V?

III. Metodologia

1. Caracterização do estudo

De acordo com os objetivos inicialmente definidos para o presente estudo, é possível caracterizá-lo como sendo um estudo exploratório, descritivo e transversal, no qual estão presentes variáveis de natureza quantitativa, qualitativa ou categoriais nominais.

Este estudo é considerado exploratório, uma vez que se pretende explorar um problema, neste caso o parto como um evento traumático, e assim fornecer informações para uma investigação mais precisa. É classificado como um estudo descritivo na medida em que se recorre à análise de fatores e de variáveis que se consideram ser influentes nos fenómenos estudados, de forma a que a informação coletada possa ser estatisticamente inferida para uma população. O presente estudo é, ainda, considerado transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento no tempo.

2. Recolha da amostra

Os dados da amostra do presente estudo foram recolhidos através de um questionário colocado *online*, mais concretamente em grupos de mães e grupos associados à gravidez e/ou maternidade, existentes na rede social *Facebook*. Os dados foram recolhidos entre os meses de março e abril de 2021. As participantes tinham de cumprir dois critérios: a sua última experiência de parto ter acontecido nos últimos cinco anos e o seu último parto ter decorrido em Portugal. Não houve limite de idade nem restrições quanto à nacionalidade das participantes. Trata-se, portanto, de uma amostra por conveniência, de participação anónima e voluntária.

3. Materiais/Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado neste estudo é composto por um questionário intitulado de “As outras dores do parto”, construído especificamente para o estudo em questão e que engloba questões sociodemográficas, sobre a última gestação e o último parto das

participantes, e duas escalas de autopreenchimento: a Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (EPANPP), e a Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Estes dois instrumentos foram solicitados e cedidos pelos respetivos autores, que deram a sua autorização para o uso dos mesmos neste estudo. Tanto a EPANPP e a PCL-5 estão aferidas para a população portuguesa, e possuem boas qualidades psicométricas. De seguida, serão descritas, com maior detalhe, cada parte composta pelo protocolo de investigação, cuja ordem de aplicação equivale à ordem que se segue.

3.1. Questionário “As outras dores do parto”

Este questionário foi construído exclusivamente para o estudo em questão, com o objetivo de recolher informações sociodemográficas sobre cada uma das participantes, informações sobre a forma como a mulher viveu e planeou a sua última gravidez e, também, questões sobre o modo como decorreu a sua última experiência de parto, bem como as suas possíveis consequências. Este questionário é composto por 55 questões, que foram divididas em sete partes, com o objetivo de melhorar a organização e a compreensão do mesmo:

- 1. Dados sociodemográficos** – secção composta por questões sobre informações pessoais e sociodemográficas das participantes, como a idade, escolaridade, área de residência, número de filhos, entre outras;
- 2. Informações sobre a sua última gravidez** – conjunto de questões elaboradas com o objetivo de perceber se a mãe teve uma gravidez complicada ou de risco, se planeou o seu parto e se gostou do acompanhamento médico que teve ao longo da gestação;
- 3. Informações sobre o parto** – procura recolher informações sobre o local onde decorreu o último parto da participante, se houve direito a acompanhante ou não e, nesse caso, perceber quais as implicações e consequências para a mãe;
- 4. Tipo de parto e intervenções realizadas durante o parto** – conjunto de questões construídas com o propósito de entender qual o tipo de parto que a mãe teve, se houve intervenções usadas ou situações vividas que possam ter prejudicado, física ou emocionalmente, a mãe e o seu bebé;
- 5. Perceções sobre o trabalho realizado pela equipa médica** – perguntas sobre o comportamento da mãe e da equipa médica ao longo do parto, sobre a opinião da mãe em relação à equipa médica que a acompanhou e a existência, ou não, de um contacto

imediate da mãe com o seu bebé, assim que este nasceu;

6. **Perceções sobre a experiência de parto** – questões sobre a avaliação da mãe em relação à sua experiência de parto;
7. **Consequências psicológicas do parto** – secção que pretende recolher informações sobre as possíveis consequências psicológicas deixadas pelo parto na mãe e na relação desta com o seu bebé e, também, em alguns aspetos da sua vida.

3.2. Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (EPANPP)

A EPANPP é um questionário de autorresposta que avalia a frequência de pensamentos negativos específicos na mãe no pós-parto, e foi originalmente construído por Hall e Papageorgiou (2005), numa tentativa de colmatar a lacuna existente na avaliação dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto. A adaptação desta escala para a versão portuguesa foi feita por Rodrigues et al. (2017). A EPANPP é constituída por 17 itens, que estão divididos em dois fatores:

1. Avaliação de Cognições, Emoções e Situações (ACES) - corresponde à avaliação que é feita em relação aos pensamentos negativos (metacognição), sendo composto por 9 itens (itens 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16);

2. Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM) – referente ao conteúdo dos pensamentos automáticos negativos, sendo constituído por 8 itens (itens 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 17) (Rodrigues, Costa, Canavarro e Fonseca, 2017).

O questionário tem quatro alternativas de resposta, que variam numa escala de 0 (nunca) a 3 (quase sempre). Quanto mais elevadas forem as pontuações, maior é a frequência de pensamentos automáticos negativos experienciados (Rodrigues et al., 2017). A versão portuguesa da EPANPP apresenta ter boas qualidades psicométricas, à semelhança da versão original da mesma escala, exibindo uma boa consistência interna, quer para a escala total

($\alpha=.91$), quer para as suas duas dimensões (Fator ACES: $\alpha=.90$; Fator PNRBM: $\alpha=.75$). No presente estudo, a consistência interna apresentada pela EPANPP é igualmente boa, sendo o alfa de Cronbach da escala total de .925; do fator ACES de .918; e do fator PNRBM de .797. O estudo da validade - critério evidencia a capacidade discriminativa do instrumento, que distingue entre mulheres com e sem sintomatologia depressiva e entre mulheres com e sem antecedentes depressivos (Rodrigues et al., 2017).

No presente estudo, esta escala foi apenas administrada às participantes que tiveram o seu último parto nos últimos 12 meses, ou seja, que ainda estão no período do pós-parto, dado que esta é uma escala que avalia a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto. Este foi, também, um dos critérios usados pelos autores da versão portuguesa da EPANPP.

3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5)

O Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5) é um questionário de autorresposta composto por 20 itens, que avalia a presença e a gravidade dos sintomas de stress pós-traumático. Os itens do questionário foram construídos com base nos critérios do *DSM-5* para a perturbação de stress pós-traumático, sendo eles o critério B - sintomas de intrusão (itens 1 a 5); critério C - sintomas de evitamento (itens 6 e 7); critério D - sintomas de alterações negativas nas cognições e no humor (itens 8 a 14); e o critério E - sintomas de ativação e reatividade (itens 15 a 20). Os sujeitos avaliam o grau em que foram afetados por cada sintoma no último mês, numa escala do tipo *likert* de 5 pontos, onde 0 corresponde a “nada” e 4 a “extremamente”. A escala PCL-V pode ser usada para avaliar a severidade dos sintomas ou para ajudar a fazer um diagnóstico para a PSPT, de acordo com os critérios do *DSM-5*. Porém, a PCL-V não deve ser usada como uma medida de diagnóstico independente, uma vez que o clínico necessita de outras informações para fazer o diagnóstico que só poderão ser obtidas através de uma entrevista clínica estruturada, de forma a perceber se os sintomas poderão ser melhor explicados por outras condições (Weathers, 2013). Atualmente, a PCL-V está disponível em três formatos: sem o critério A do *DSM-5*; com uma avaliação parcial do critério A; e com a *Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)* juntamente com uma avaliação extensa do critério A. O valor de *cutoff* definitivo para a versão original da PCL-V ainda não foi

definido, mas existe um consenso para determinar que um resultado total de 33 pontos ou mais poderá ser considerado sintomático (Carvalho et al., 2020).

A versão portuguesa da PCL-V foi elaborada por Carvalho et al. (2020), num estudo com bombeiros propensos a vivenciar ou a testemunhar eventos traumáticos. Os autores usaram a versão da PCL-V sem o critério A e obtiveram boas características psicométricas. A escala total apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .94$), e todos os fatores da PCL-V revelaram uma consistência interna adequada para o modelo do *DSM-V*. No presente estudo, o alfa de Cronbach da escala total apresenta um valor muito bom, de .971.

A versão portuguesa da PCL-V, elaborada por Carvalho et al. (2020), sugere que este instrumento apenas seja utilizado tendo em vista o grau em que a pessoa foi afetada pelo problema em questão no último mês. No entanto, e para atender aos objetivos do presente estudo, não foi usada nenhuma limitação temporal, e apenas foi pedido às participantes que assinalassem o grau em que foram afetadas pelo problema.

3.4 Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos através do questionário colocado online foram posteriormente convertidos e sujeitos a análises estatísticas através do programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para o Windows. Para a análise estatística foram utilizadas medidas de estatística descritiva, como frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão. Para além da análise descritiva, foram também utilizadas medidas de estatística inferencial, com recurso a vários testes estatísticos. Assim, foi utilizado o teste *t* de student para a comparação das médias entre grupos. O pressuposto da normalidade foi validado com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, para grupos maiores do que 50, ou com recurso ao teste Shapiro-Wilk, para grupos inferiores a 50 (Marôco, 2018). Nos casos em que não se verificou a normalidade da distribuição, mas os grupos eram maiores do que 30 e não se observaram grandes afastamentos da normalidade ($|assimetria| < 3$; $|curtose| < 8$), assumiram-se que as distribuições eram aproximadamente normais, com recurso ao Teorema do Limite Central (Marôco, 2018). A homogeneidade das variâncias também foi validada, através do teste de Levene. Quando não se verificaram os pressupostos da normalidade, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. A correlação de Pearson e a análise da

intensidade da correlação (Bryman & Cramer, 2003) foram usadas para verificar as correlações existentes entre as várias variáveis. Quando os pressupostos da normalidade falharam, foi usada a alternativa não-paramétrica, ou seja, a correlação de Spearman.

IV - Resultados

1. Caraterização da amostra

No presente estudo participaram 482 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 51 anos, com uma média etária de 33.65 (DP= 5.441). A maioria das inquiridas, 467 (96.9%) tem nacionalidade portuguesa, possui o ensino superior, 274 (56.8%), e reside na área de Lisboa e Vale do Tejo, 178 (36.9%). No que se refere à situação profissional das respondentes, constata-se que a maioria destas, 379 (78.6%), encontram-se empregadas, 78 (16.2%) estão desempregadas, 19 (3.9%) são domésticas, 6 (1.2%) estudam e 48 (10.0%) estão em licença de maternidade. Quanto ao estado civil, atenta-se que a maioria das mães desta amostra, 208 (43.2%), são casadas, 205 (42.5%) vivem em união de facto, 51 (10.6%) estão solteiras e 18 (3.7%) encontram-se divorciadas ou separadas. Relativamente ao número de filhos, 275 (57.1 %) das mães da amostra recolhida têm apenas um filho, 166 (34.4%) têm 2 filhos e 41 (8.5%) conceberam 3 ou mais filhos (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra

	N	Percentagem (%)
Idade (M ±DP)	33.65 (5.441)	
Nacionalidade		
Portuguesa	467	96.9
Outra	15	3.1
Escolaridade		
Ensino básico	43	8.9
Ensino secundário	165	34.2
Ensino superior	274	56.8
Área de residência		
Norte	124	25.7
Centro	114	23.7
Lisboa e Vale do Tejo	178	36.9

Alentejo	32	6.6
Algarve	26	5.4
Açores	2	0.4
Madeira	3	0.6
Outras regiões	3	0.6
Situação profissional		
Estudante	6	1.2
Empregada	379	78.6
Desempregada	78	16.2
Doméstica	19	3.9
Licença de maternidade		
Sim	48	10.0
Não	434	90.0
Estado civil		
Solteira	51	10.6
Casada	208	43.2
União de facto	205	42.5
Divorciada ou separada	18	3.7
Número de filhos		
1	275	57.1
2	166	34.4
3 ou mais	41	8.5

2. Análise descritiva

Com o intuito de perceber se as mulheres planeiam, ou não, a sua experiência de parto, foi questionado às mães desta amostra se participaram em cursos de preparação para o parto. Neste sentido, observou-se que mais de metade, 264 (54.8%), das inquiridas participaram em cursos de preparação para o parto. No entanto, verificou-se que apenas 74 (15.4%) das mães desta amostra elaboraram um plano de parto. Das mães que elaboraram um plano de parto, 44

(59.5%) referiram que este foi bem aceite pela equipa médica. Pelo contrário, 30 (40.5%) das mães mencionaram que o seu plano de parto não foi bem aceite pela equipa médica (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Informações sobre a preparação para o parto

	N	Percentagem (%)
Participação em cursos de preparação para o parto		
Sim	264	54.8
Não	218	45.2
Elaboração de um plano de parto		
Sim	74	15.4
Não	408	84.6
Plano de parto bem aceite pela equipa médica		
Sim	44	59.5
Não	30	40.5

Relativamente à existência de complicações durante a gravidez, é possível observar que a maioria das participantes, 217 (45.0%), sofreram de náuseas e vômitos excessivos, e 147 (30.5%) não tiveram problemas durante a sua gestação. De referir, ainda, que 210 (43.6%) participantes tiveram uma gravidez de risco e 55 (11.4%) tiveram um parto prematuro (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Complicações durante a gravidez, gravidez de risco e parto prematuro

	N	Percentagem
Complicações durante a gravidez		
Náuseas e vômitos excessivos	217	45.0
Diabetes gestacional	59	12.2
Ameaça de parto prematuro	69	14.3

Anemia	51	10.6
Placenta prévia	23	4.8
Eclâmpsia e/ou pré-eclâmpsia	25	5.2
Não teve complicações	147	30.5
Gravidez de risco		
Sim	210	43.6
Não	272	56.4
Parto prematuro		
Sim	55	11.4
Não	427	88.6

Quando questionadas sobre se o acompanhamento médico que tiveram durante a gravidez foi positivo, a maioria das mães desta amostra respondeu “sim”, 432 (89.6%). Mais detalhadamente, 201 (41.7%) das mães classificaram como “bom” o acompanhamento médico que tiveram durante a sua gestação, 188 (39.0%) assinalaram a opção “muito bom”, 67 (13.9%) referiram que tiveram um acompanhamento “razoável”, 23 (4.8%) tiveram um acompanhamento “mau” e apenas 3 (0.6%) das mães mencionaram terem tido um acompanhamento médico “muito mau” durante a sua gestação (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Classificação do acompanhamento médico durante a gravidez

	N	Porcentagem (%)
Acompanhamento médico positivo		
Sim	432	89.6
Não	50	10.4
Classificação acompanhamento médico durante a gravidez		
Muito mau	3	0.6
Mau	23	4.8
Razoável	67	13.9
Bom	201	41.7
Muito bom	188	39.0

A maioria das mães desta amostra tiveram o seu último parto há 1 ano ou menos, 159 (33.0%). Em relação ao local onde decorreu o parto, a generalidade das respondentes, 417 (86.5%) escolheu um hospital público, 64 (13.3%) um hospital privado e apenas 1 mãe preferiu ter o seu parto em casa. A grande maioria das mães, 373 (77.4%) não teve o parto durante a pandemia de Covid-19, ao contrário de 109 (22.6%), que viveu este momento da sua vida em plena pandemia. Destas, 13 (2.7%) mencionaram que o seu parto foi induzido devido à pandemia (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Informações sobre o parto

	N	Percentagem (%)
Quando decorreu o último parto		
1 ano ou menos	159	33.0
2 anos	120	24.9
3 anos	64	13.3
4 anos	84	17.4
5 anos	55	11.4
Local onde decorreu o parto		
Hospital público	417	86.5
Hospital privado	64	13.3
Em casa	1	0.2
Parto durante a Pandemia Covid-19		
Sim	109	22.6
Não	373	77.4
Parto induzido devido à pandemia de Covid-19		
Sim	13	2.7
Não	96	19.9

A maior parte das mães desta amostra, 293 (60.8%) teve, a seu lado, um acompanhante da sua confiança durante o parto, enquanto 84 (17.4%) tiveram acompanhante apenas num

determinado momento durante o parto. Das mães que tiveram acompanhante, a maioria, 343 (91.0%), esteve acompanhada pelo pai do/da bebé (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Acompanhante durante o parto

	N	Percentagem (%)
Acompanhante durante o parto		
Sim	293	60.8
Apenas num determinado momento do parto	84	17.4
Não	105	21.8
Pessoa que acompanhou o parto		
Pai do/da bebé	343	91.0
Familiares ou amigos seus	18	4.8
Enfermeira e/ou outros médicos	16	4.2

Das mães que não tiveram acompanhante durante o parto, 35 (33.3%) referiram como motivo para tal a pandemia de covid-19, 19 (18.1%) apresentaram como motivo as complicações inesperadas que tiveram durante o seu parto, 13 (12.4%) tiveram um parto por cesariana que as impossibilitou de terem um acompanhante, 12 (11.4%) revelaram que a instituição onde decorreu o seu parto não tinha condições para receberem um acompanhante e, ainda, 10 (9.5%) preferiram não ter acompanhante durante o parto. Apesar de não terem tido acompanhante durante o parto, a maioria das mães, 25 (23.8%) sentiram-se tranquilas, ao passo que 24 (22.9%) sentiram-se assustadas, 18 (17.1%) sozinhas, 17 (16.2%) ansiosas, 9 (8.6%) sentiram-se vulneráveis e, ainda, 8 (7.6%) sentiram-se desprotegidas. Em relação ao que foi mais difícil por não terem tido um acompanhante durante o parto, 39 (8.1%) das participantes mencionaram o facto de o pai do/a bebé ser privado de assistir ao nascimento do/a filho/a, 24 (5.0%) responderam a falta de apoio emocional, e 15 (3.1%) o facto de terem vivido esta experiência sozinhas (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Motivos, sentimentos e maior dificuldade por não ter tido acompanhante no parto

	N	Porcentagem (%)
Motivo pelo qual não teve direito a acompanhante durante o parto		
Pandemia de Covid-19	35	33.3
Complicações inesperadas durante o trabalho de parto	19	18.1
Falta de condições da instituição	12	11.4
Opção pessoal em não ter acompanhante	10	9.5
Parto cesariana	13	12.4
Sentimento por não ter tido acompanhante durante o parto		
Ansiosa	17	16.2
Assustada	24	22.9
Desprotegida	8	7.6
Sozinha	18	17.1
Tranquila	25	23.8
Vulnerável	9	8.6
Mais difícil por não ter tido acompanhante		
Falta de apoio emocional	24	5.0
Viver a experiência de parto sozinha	15	3.1
Não poder partilhar o momento do parto	9	1.9
O pai do bebé ser privado de assistir ao parto do/a filho/a	39	8.1
Aumento do stress durante o parto	12	2.5
Aumento da intensidade da dor durante o parto	3	0.6
Não se aplica	380	78.8

No que diz respeito ao tipo de parto que as mães desta amostra tiveram, a grande maioria, 188 (39.0%), teve um parto normal/vaginal, e a generalidade das mães tiveram o parto por elas desejado, 278 (57.7%). Das mães que não tiveram o parto por elas desejado, 106

(22.0%) referiram como motivo as complicações que tiveram durante o parto, 55 (11.4%) afirmaram que não tiveram oportunidade de escolherem o parto que queriam, 10 (2.1%) revelaram que a equipa médica não lhes permitiu fazerem o parto que pretendiam, e 7 (1.5%) mencionaram que a equipa médica foi pouco atenciosa durante o parto (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Informações sobre o tipo de parto

	N	Percentagem (%)
Tipo de parto		
Parto natural	29	6.0
Parto normal/vaginal	188	39.0
Parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps	118	24.5
Cesariana programada	53	11.0
Cesariana de emergência	94	19.5
Tipo de parto foi o desejado		
Sim	278	57.7
Não	204	42.3
Motivo pelo qual não teve o parto desejado		
Complicações durante o parto	106	22.0
Não teve oportunidade de escolher o tipo de parto	55	11.4
A equipa médica não aceitou fazer o tipo de parto desejado pela mãe	10	2.1
Equipa médica pouco atenciosa	7	1.5

Quanto ao uso de determinadas intervenções no parto, que podem ser consideradas desconfortáveis para a mulher, a maioria das inquiridas, 220 (45.6%), mencionou o uso de ocitocina, 163 (33.8%) foram sujeitas a uma episiotomia, 126 (26.1%) revelaram que experienciaram exames de toques vaginais “invasivos, constantes ou agressivos”, 90 (18.7%) referiram a prática de amniotomia, 82 (17.0%) a manobra de Kristeller e 20 (4.1%) a prática da tricotomia. A maioria das mulheres, 205 (42.5%), revelou que estas intervenções foram realizadas sem o seu consentimento. Porém, a generalidade das mães desta amostra, 268 (55.6%) considera que as mesmas foram realizadas por serem, realmente, necessárias (cf. Tabela 9)

Tabela 9. Intervenções usadas no parto

	N	Porcentagem (%)
Intervenções usadas no parto		
Ocitocina	220	45.6
Amniotomia	90	18.7
Tricotomia	20	4.1
Exames de toques vaginais “invasivos, constantes ou agressivos”	126	26.1
Episiotomia	163	33.8
Manobra de Kristeller	82	17.0
Não foi utilizada nenhuma das intervenções anteriores	105	21.8
Intervenções realizadas com consentimento		
Sim	205	42.5
Não	172	35.7
As intervenções utilizadas foram necessárias		
Sim	109	22.6
Não	268	55.6

Relativamente à vivência de situações difíceis durante o parto, a maioria das respondentes, 316 (65.6%), afirmou que não vivenciou situações complicadas durante o seu parto. Porém, 77 (16.0%) das participantes referiram que foram utilizados procedimentos médicos coercivos ou não consentidos por si, 58 (12.0%) tiveram um cuidado negligente durante o parto, que levou a complicações evitáveis e situações ameaçadoras de vida, 45 (9.3%) sofreram de humilhação, 38 (7.9%) não viram a sua vontade ser cumprida por parte da equipa médica, 35 (7.3%) não tiveram privacidade na sala de parto, 29 (6.0%) relataram que a equipa médica se recusou a administrar analgésicos, e 6 (1.2%) revelaram que o estabelecimento onde decorreu o seu parto carecia de condições (cf. Tabela 10).

Tabela 10. Situações vivenciadas durante o parto

	N	Porcentagem (%)
Situações vividas no parto		

Procedimentos médicos coercivos ou não consentidos por si	77	16.0
Recusa pela equipa médica em administrar analgésicos	29	6.0
Falta de privacidade na sala de parto	35	7.3
Cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras de vida	58	12.0
Não cumprimento da sua vontade por parte da equipa médica	38	7.9
Falta de condições do estabelecimento onde decorreu o parto	6	1.2
Humilhação	45	9.3
Não vivenciou nenhuma das situações acima mencionadas	316	65.6

Durante o trabalho de parto, a grande maioria das inquiridas, 248 (51.5%) referiu que teve liberdade de movimentos durante o parto, enquanto que 234 (48.5%) não tiveram direito a escolherem as posições nas quais se sentiam mais confortáveis (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Liberdade de movimentos durante o parto

	N	Percentagem (%)
Liberdade de movimentos durante o parto		
Sim	248	51.5
Não	234	48.5

A maioria das mães, 326 (67.6%), que responderam a este questionário afirmaram que a equipa médica comunicou com elas sobre os procedimentos que foram sendo realizados ao longo do trabalho de parto (cf. Tabela 12). No entanto, e apesar de existir comunicação entre os médicos e as mães, mais de metade das participantes, 248 (51.5%), revelaram que não participaram nas decisões tomadas pela equipa médica (cf. Tabela 13).

Tabela 12. Comunicação da equipa médica sobre os procedimentos realizados durante o parto

	N	Percentagem (%)
Comunicação da equipa médica sobre os procedimentos realizados		
Sim	326	67.6
Não	156	32.4

Tabela 13. Participação da grávida nas decisões tomadas pela equipa médica

	N	Percentagem (%)
Participação da grávida nas decisões tomadas pela equipa médica		
Sim	234	48.5
Não	248	51.5

No que concerne à perceção de controlo que as mães tiveram durante o parto, 282 (8.5%) sentiram que não tiveram controlo nas decisões tomadas ao longo do seu parto, ao contrário de 200 (41.5%), que sentiram ter controlo (cf. Tabela 14). Em relação ao facto de as mães sentirem que a equipa médica que as acompanhou se adaptou a si e às suas necessidades, 333 (69.1%) das mães responderam “sim”, enquanto 149 (30.9%) assinalaram “não” (cf. Tabela 15).

Tabela 14. Sensação de controlo sob as decisões tomadas pela equipa médica

	N	Percentagem (%)
Sensação de controlo sob as decisões tomadas pela equipa médica		
Sim	200	41.5
Não	282	58.5

Tabela 15. Adaptação da equipa médica à grávida e às suas necessidades

	N	Percentagem (%)
--	----------	------------------------

**Adaptação da equipa médica à grávida
e às suas necessidades**

Sim	333	69.1
Não	149	30.9

Quando questionadas sobre se, em algum momento do seu parto, as mães sentiram que estiveram em risco de sofrerem lesões graves, 369 (76.6%), responderam “não”, e 113 (23.4%) responderam “sim”. Já em relação ao bebé, 342 (71.0%) das mães desta amostra afirmaram que não sentiram que o seu bebé esteve em risco de sofrer lesões graves, enquanto que 140 (29.0%) sentiram esse risco. Quando questionadas sobre se o seu bebé nasceu com problemas resultantes do tipo de parto ou do trabalho de parto realizados, a maioria das inquiridas, 437 (90.7%), afirmou que não, ao passo que 45 (9.3%) afirmaram que o seu bebé nasceu com problemas (cf. Tabela 16).

Tabela 16. Risco de sofrer lesões graves durante o parto

	N	Percentagem (%)
Risco de a grávida sofrer de lesões graves		
Sim	113	23.4
Não	369	76.6
Sentimento de que o bebé esteve em risco de sofrer de lesões graves		
Sim	140	29.0
Não	342	71.0
O bebé nasceu com problemas resultantes do tipo de parto ou do trabalho de parto realizados		
Sim	45	9.3
Não	437	90.7

Após o nascimento do bebê, 352 (73.0%) das mães desta amostra revelaram que tiveram um contacto imediato com o seu bebê, ao contrário de 130 (27.0%) mães. Entre os motivos que levaram as mães a não terem tido um contacto imediato com o seu bebê, encontram-se a prestação de cuidados imediatos de pós-parto ao recém-nascido, 73 (56.2%), falta de condições da grávida para acolher imediatamente o seu bebê, 23 (17.7%), internamento do recém-nascido nos cuidados intensivos, 13 (10.0%), a equipa médica não permitiu um contacto imediato entre mãe e filho, 11 (8.5%), parto cesariana, 7 (5.4%), e pandemia de Covid-19, 3 (2.3% mães) (cf. Tabela 17).

Tabela 17. Contacto imediato da mãe com o bebê após o parto

	N	Percentagem (%)
Contacto imediato com o bebê depois do seu nascimento		
Sim	352	73.0
Não	130	27.0
Motivo pelo qual não houve um contacto imediato com o bebê		
Pandemia de Covid-19	3	2.3
Prestação de cuidados imediatos de pós-parto ao recém-nascido	73	56.2
A equipa médica não permitiu um contacto imediato	11	8.5
Internamento do recém-nascido nos cuidados intensivos	13	10.0
A grávida não estava em condições de acolher imediatamente o seu bebê	23	17.7
Parto cesariana	7	5.4

Quanto à classificação dos cuidados prestados pela equipa médica que acompanhou o parto, a maioria das mães, 179 (37.1%), classificou esses cuidados como tendo sido “muito bons”, 162 (33.6%) como “bons”, 82 (17.0%) como “razoáveis”, 47 (9.8%) classificou como “maus”, e 12 (2.5%) como “muito maus” (cf. Tabela 18).

Tabela 18. Classificação dos cuidados prestados pela equipa médica durante o parto

	N	Percentagem (%)
Classificação dos cuidados prestados pela equipa médica durante o parto		
Muito maus	12	2.5
Maus	47	9.8
Razoáveis	82	17.0
Bons	162	33.6
Muito bons	179	37.1

A maioria das inquiridas, 268 (55.6%) consideraram que o seu parto não foi muito doloroso, e 252 (52.3%) revelaram que as suas expectativas em relação ao seu parto foram concretizadas. A generalidade das mães desta amostra, 339 (70.3%) consideraram que, atualmente, a sua experiência de parto não corresponde a um evento traumático, enquanto 143 (29.7%) revelaram que percecionam a sua experiência de parto como um evento traumático. No que diz respeito à classificação da sua experiência de parto, a maioria das mães desta amostra, 136 (28.2%), consideraram que a sua experiência foi “muito boa”, 130 (27.0%) revelaram que a sua experiência foi “boa”, 88 (18.3%) “razoável”, 80 (16.6%) “má” e 48 (10.0%) das mães consideraram que a sua experiência de parto foi “muito má” (cf. Tabela 19).

Tabela 19. Considerações sobre a experiência de parto

	N	Percentagem (%)
Parto muito doloroso		
Sim	214	44.4
Não	268	55.6
Expetativas correspondidas		
Sim	252	52.3
Não	230	47.7
Experiência de parto como um evento traumático		
Sim	143	29.7
Não	339	70.3
Classificação da experiência de parto		

Muito má	48	10.0
Má	80	16.6
Razoável	88	18.3
Boa	130	27.0
Muito boa	136	28.2

No que se refere à influência que a última experiência de parto pode ter na decisão de as mães voltarem a engravidar, 248 (51.5%) das mães revelaram que a sua experiência de parto tem influência nessa decisão, ao contrário de 234 (48.5%) das mães (cf. Tabela 20).

Tabela 20. Influência da experiência de parto na decisão de voltar a engravidar

	N	Porcentagem (%)
Sim	248	51.5%
Não	234	48.5%

Quando questionadas sobre se a experiência do último parto influenciou, de forma negativa, na relação que a mãe estabeleceu com o bebê, 457 (94.8%) afirmaram que não houve uma influência negativa, enquanto 25 (5.2%) sentiram que houve influência na relação com o seu bebê. No que se refere à relação com o pai do/da bebê, 437 (90.7%) das respondentes afirmaram que a sua última experiência de parto não interferiu nessa relação, ao passo que 45 (9.3%) revelaram que houve uma influência negativa (cf. Tabela 21).

Tabela 21. Interferência da experiência de parto nas relações com o bebê e com o pai do bebê

	N	Porcentagem (%)
Interferência negativa da experiência de parto na relação mãe-bebê		
Sim	25	5.2
Não	457	94.8

Interferência negativa da experiência de parto na relação da mãe-pai do bebê

Sim	45	9.3
Não	437	90.7

Em relação à vivência da sexualidade, 372 (77.2%) das inquiridas referiram que a experiência do seu último parto não teve influência na sua vida sexual, enquanto 110 (22.8%) mencionaram que houve uma influência negativa. Quando confrontadas com os motivos que levaram a essa influência, 55 (50.0%) das respondentes apontaram as dores sentidas durante a relação sexual, devido à realização de procedimentos cirúrgicos durante o parto, 29 (26.4%) sentiram desinteresse na relação sexual, 14 (12.7%) sentiram-se insatisfeitas com a sua imagem corporal, e 12 (10.9%) experienciaram um parto traumático, que interferiu nas relações sexuais (cf. Tabela 22).

Tabela 22. Interferência do parto na sexualidade da mãe

	N	Porcentagem (%)
Interferência do parto na sexualidade da mãe		
Sim	110	22.8
Não	372	77.2
Motivos pelos quais o parto interferiu na vivência da sexualidade da mãe		
Experiência de um parto traumático	12	10.9
Dores sentidas durante a relação sexual, devido à realização de procedimentos cirúrgicos durante o parto	55	50.0
Insatisfação com a imagem corporal	14	12.7
Desinteresse na relação sexual	29	26.4

Relativamente ao facto de a experiência de parto ter, ou não, interferido, de forma negativa, na auto-estima das mães desta amostra, 357 (74.1%) afirmaram que não houve

interferência, ao passo que 125 (25.9%) assinalaram que houve uma interferência negativa (cf. Tabela 23).

Tabela 23. Interferência da experiência de parto na auto-estima da mulher

	N	Percentagem (%)
Interferência da experiência de parto na auto-estima da mulher		
Sim	125	25.9
Não	357	74.1

Quando questionadas sobre se sofreram de depressão pós-parto, 374 (77.6%) das inquiridas assinalaram a opção “Não”, ao passo que 108 (22.4%) afirmaram que sofreram de depressão no pós-parto (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Depressão pós-parto depois do último parto

	N	Percentagem (%)
Depressão pós-parto depois do último parto		
Não	374	77.6
Sim	108	22.4

3. Análise dos resultados obtidos nos instrumentos utilizados (EPAN e PCL-V)

3.1. Escala de Pensamentos Automáticos Negativos no Pós-Parto (EPANPP)

As mães desta amostra pontuaram, em média, 4.25 valores (DP= 5.405) na dimensão da avaliação das cognições, emoções e situações (ACES); 2.30 valores (DP=2.931) na dimensão sobre pensamentos negativos relacionados com o bebé e com a maternidade (PNRBM) e, na escala total, obtiveram uma pontuação média de 6.55 valores (DP=7.863) (cf. Tabela 25).

Tabela 25. Médias e desvios-padrão da escala EPAN

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Cognições, Emoções e Situações	4.25	5.405	0	24
Pensamentos negativos sobre o bebê e a maternidade	2.30	2.931	0	14
Total	6.55	7.863	0	36

3.2. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-V* (PCL-V)

No que diz respeito aos sintomas de intrusão (critério B), as mães desta amostra pontuaram, em média, 2.96 valores (DP=4.586), 1.26 valores (DP=2.086) nos sintomas de evitamento (critério C), 4.61 valores (DP=5.853) nos sintomas relacionados com alterações negativas nas cognições e no humor (critério D), e 4.51 valores (DP=6.808) nos sintomas de ativação e reatividade (critério E). Na escala total, as respondentes obtiveram uma pontuação média de 13.33 valores (DP=17.823) (cf. Tabela 26). De mencionar, ainda, que 66 (13.7%) das mães desta amostra apresentaram um possível diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático, segundo o ponto de corte de 33 pontos (Weathers, 2013), que serve como referencial para eventuais diagnósticos (cf. Tabela 27).

Tabela 26. Médias e desvios-padrão da escala PCL-V

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Intrusão (Critério B)	2.96	4.586	0	20
Evitamento (Critério C)	1.26	2.086	0	8
Alterações negativas nas cognições e no humor (critério D)	4.61	5.853	0	24
Ativação e reatividade (Critério E)	4.51	6.808	0	28
Total	13.33	17.823	0	80

Tabela 27. Frequência das mães com possível diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático

	Frequência	Percentagem (%)
Não	416	86.3
Sim	66	13.7
Total	482	100.0

No sentido de perceber se os sintomas da perturbação de stress pós-traumático se manifestaram passado algum tempo desde o último parto das mães desta amostra, procedeu-se ao cruzamento destas duas variáveis. Assim, verificou-se que 24 (36.4%) das mães que tiveram o seu último parto há um ano, ou há menos de um ano, têm um possível diagnóstico de PSPT, 12 (18.2%) das mães que tiveram o seu último parto há 2 anos têm um possível diagnóstico de PSPT, 8 (12.1%) das mães que tiveram o seu último parto há 3 anos têm um possível diagnóstico de PSPT, 14 (21.2%) das mães que tiveram o seu último parto há 4 anos têm um possível diagnóstico de PSPT e 8 (12.1%) das mães que tiveram o seu último parto há 5 anos têm um possível diagnóstico de PSPT (cf. Tabela 28).

Tabela 28. Relação entre PSPT e o tempo em que ocorreu o último parto das mães desta amostra

Perturbação de stress pós-traumático	Quando ocorreu o último parto				
	1 ano (ou menos)	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
Sim	24 (36.4%)	12 (18.2%)	8 (12.1%)	14 (21.2%)	8 (12.1%)
Não	135 (32.5%)	108 (26.0%)	56 (13.5%)	70 (16.8%)	47 (11.3%)

IV- Análise inferencial

1ª Questão: As mães que participaram num curso de preparação para o parto estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que as mães que não participaram em nenhum curso?

Com o objetivo de perceber se as mães que participam num curso de preparação para o parto se mostraram mais satisfeitas com a sua experiência de parto, procedeu-se à comparação destas com as mães que não participaram num curso de preparação. Assim, verificou-se que as mulheres que, durante a sua última gravidez, participaram num curso de preparação para o parto classificaram, em média, a sua experiência de parto com um score de 3.33 (DP=1.329), e as que não participaram obtiveram uma média de 3.63 (DP=1.296). Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas ($t_{(480)} = -2.491$, $p=0.013$), havendo evidências de que há uma maior satisfação com a experiência no parto quando não participam no curso (cf. Tabela 29 e, em anexo IV, tabelas 1 e 2).

Tabela 29. Comparação das médias entre as mães que participaram e não participaram num curso de preparação para o parto

	Participação curso de preparação para o parto	N	Média	Desvio- padrão	t	p
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	264	3.33	1.329	-2.491	.013
	Não	218	3.63	1.296		

2ª Questão: As mães que elaboraram um plano de parto estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que as mães que não elaboraram nenhum plano de parto?

Na tentativa de perceber se as mães que elaboraram um plano de parto tiveram, ou não, uma maior satisfação com a sua experiência de parto, realizou-se uma comparação entre este grupo de mães e as que não elaboraram um plano de parto. Deste modo, constatou-se que as mães que elaboraram um plano de parto classificaram, em média, a sua experiência de parto com um score de 3.31 (DP=1.423), e as que não elaboraram um plano de parto obtiveram, em média, uma satisfação de 3.50 (DP=1.302). Estas diferenças não são estatisticamente

significativas ($t_{(480)} = -1.119$, $p = 0.264$). Porém, apesar de não existirem diferenças, a média da satisfação com a experiência de parto das mães que não elaboraram um plano de parto é superior (cf. Tabela 30 e, em anexo IV, tabelas 3 e 4).

Tabela 30. Comparação entre as mães que elaboraram e não elaboraram um plano de parto

	Elaboração		N	Média	Desvio-padrão	t	p
	plano de parto						
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim		74	3.31	1.423	-1.119	.264
	Não		408	3.50	1.302		

3ª Questão: As mães que tiveram o seu último parto num hospital público encontram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que tiveram o seu último parto num hospital privado?

Para analisar se as mães que tiveram o seu último parto num hospital público se mostraram mais satisfeitas com a sua experiência de parto, executou-se uma comparação entre este grupo de mães e aquelas que tiveram o seu último parto num hospital privado. Desta forma, verificou-se que as mães que tiveram a sua última experiência de parto num hospital privado classificaram, em média, a sua experiência de parto com um score de 4.05 (DP=1.075) e as que tiveram o seu último parto num hospital público obtiveram uma média de 3.38 (DP=1.334). Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas ($t_{(95,445)} = -4.486$, $p < 0.001$), havendo evidências de que há uma maior satisfação com a experiência de parto quando as mulheres têm o seu parto num hospital privado (cf. Tabela 31 e, em anexo IV, tabelas 5 e 6).

Tabela 31. Comparação das médias entre as mães que tiveram o seu último parto num hospital público e num hospital privado

	Local Parto	N	Média	Desvio-padrão	t	p
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Num hospital público	417	3.38	1.334	-4.486	.000
	Num hospital privado	64	4.05	1.075		

4ª Questão: As mães que tiveram o seu último parto durante a pandemia de Covid-19 tiveram uma experiência de parto mais satisfatória do que as mães que tiveram o seu último parto antes da pandemia?

Com o intuito de esclarecer se as mães que tiveram o seu último parto durante a pandemia de Covid-19 estão mais ou menos satisfeitas do que aquelas que tiveram o seu parto antes da pandemia, comparou-se as médias relativamente à satisfação com a experiência de parto destes dois grupos de mães. Como resultado, constatou-se que as mães que tiveram o seu último parto durante a pandemia de Covid-19 classificaram, em média, a sua experiência de parto com um score de 3.48 (DP=1.344), enquanto que as mães que não tiveram o seu parto durante a pandemia classificaram a sua experiência de parto com uma média de 3.47 (DP=1.317). Estas diferenças não se revelam estatisticamente significativas ($t_{(480)}=0.073$, $p=0.941$), não havendo evidências de que há uma melhor experiência no parto antes da pandemia (cf. Tabela 32 e, em anexo IV, tabelas 7 e 8).

Tabela 32. Comparação das médias entre as mães que tiveram o seu último parto antes e durante a pandemia

	Parto decorreu		N	Média	Desvio-padrão	t	p
	antes da pandemia	durante a pandemia					
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim		109	3.48	1.344	.073	.941
	Não		373	3.47	1.317		

5ª Questão: O tipo de parto interferiu na satisfação que as mulheres tiveram no seu último parto?

Para averiguar se o tipo de parto interferiu na satisfação com a experiência de parto das mães desta amostra, foram comparadas as médias da satisfação com a experiência de parto, em função do tipo de parto realizados. Desta forma, observaram-se diferenças significativas da satisfação com a experiência de parto, em função do tipo de parto realizado ($H_{(4)}=70.470$, $p<0.001$), ou seja o tipo de parto interferiu na satisfação das mães com a sua experiência de parto. De mencionar, ainda, que as mães que tiveram um parto natural alcançaram, em média, uma satisfação de 4.52 com a sua experiência de parto, as mães que tiveram um parto

normal/vaginal uma satisfação média de 3.82, as mães que tiveram cesariana programada uma satisfação média de 3.70, as mães que tiveram um parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps alcançaram uma satisfação média de 3.09 e as mães que tiveram uma cesariana de emergência alcançaram uma satisfação média de 2.78 em relação à sua experiência de parto (cf. Tabela 33 e, em anexo IV, tabelas 9 e 10).

Tabela 33. Comparação das médias da satisfação com a experiência de parto consoante o tipo de parto

	N	Média	Desvio- padrão	H	p	Post-hoc
Parto natural (parto sem intervenções médicas)	29	4.52	.871	70.470	<0.001	p=0.001
Parto normal/vaginal	188	3.82	1.168			p<0.001
Cesariana programada	53	3.70	1.234			p=0.034
Parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps	118	3.09	1.371			p=0.032
Cesariana de emergência (cesariana inesperada e não programada pela grávida)	94	2.78	1.246			

6ª Questão: As mães que sentiram que tiveram um maior controlo durante o seu parto sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

Com o objetivo de perceber se as mães que sentiram que tiveram controlo nas decisões tomadas pela equipa médica durante o seu parto estão mais satisfeitas com a sua experiência do que aquelas que sentiram não ter controlo, comparou-se a média da satisfação entre estes dois grupos de mães. Assim, verificou-se que as mães que, no seu último parto, sentiram que tiveram controlo classificaram, em média, a sua experiência com um score de 4.27 (DP=.916) e as que não sentiram controlo obtiveram uma média de 2.90 (DP=1.274). Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas ($t_{(479,908)}=13.638$, $p<0.001$), havendo evidências de que há uma melhor experiência no parto quando as mulheres sentem que têm controlo nas decisões tomadas ao longo do seu parto (cf. Tabela 34 e, em anexo IV, tabelas 11 e 12).

Tabela 34. Comparação das médias entre as mães que não sentiram e sentiram que tiveram controle durante o seu parto

	Controlo nas decisões tomadas durante o parto		N	Média	Desvio-padrão	t	p
	Sim	Não					
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim		200	4.27	.916	13.638	.000
	Não		282	2.90	1.274		

7ª Questão: As mães cuja equipa médica comunicou mais com elas sobre os procedimentos usados durante o parto sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

Na tentativa de perceber se as mães cuja equipa médica comunicou mais com elas sobre os procedimentos usados ao longo do seu parto tiveram uma experiência de parto mais satisfatória, procedeu-se a uma comparação entre as médias da satisfação com a experiência de parto das mães que comunicaram mais e menos com a sua equipa médica. Deste modo, observou-se que as mães que, no seu último parto, sentiram que a equipa médica comunicou com elas ao longo do seu parto classificaram, em média, a sua experiência de parto com um score de 3.92 (DP=1.144) e as que não sentiram que a equipa médica comunicou com elas ao longo do seu parto obtiveram uma média de 2.52 (DP=1.155). Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas ($t_{(480)} = 12.569$, $p < 0.001$), havendo evidências de que há uma melhor experiência de parto quando a equipa médica vai comunicando com as mulheres sobre os procedimentos usados ao longo do trabalho de parto (cf. Tabela 35 e, em anexo IV, tabelas 13 e 14).

Tabela 35. Comparação das médias entre as mães cuja equipa médica comunicou e não comunicou com elas

	Comunicação equipa médica		N	Média	Desvio-padrão	t	p
	Sim	Não					
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim		326	3.92	1.144	12.569	.000
	Não		156	2.52	1.155		

8ª Questão: As mães que sentiram participar nas decisões tomadas pela equipa médica mostraram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

Para analisar se as mães que participaram nas decisões tomadas pela equipa médica estiveram mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que não participaram, fez-se uma comparação das médias da satisfação com a experiência de parto entre estes dois grupos de mães. Assim, constatou-se que as mães que, no seu último parto, participaram nas decisões tomadas pela equipa médica ao longo do seu trabalho de parto classificaram, em média, a sua experiência com um score de 4.05 (DP=1.047) e as que não participaram obtiveram uma média de 2.92 (DP=1.320). Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas ($t_{(466,378)} = 10.460$, $p < 0.001$), havendo evidências de que há uma melhor experiência no parto quando as mulheres participam nas decisões tomadas pela equipa médica (cf. Tabela 36 e, em anexo IV, tabelas 15 e 16).

Tabela 36. Comparação das médias da satisfação com a experiência de parto das mães que participaram e não participaram nas decisões tomadas pela sua equipa médica

	Decisões tomadas pela equipa médica	N	Média	Desvio- padrão	t	p
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	234	4.05	1.047	10.460	.000
	Não	248	2.92	1.320		

9ª Questão: As mães que tiveram um contacto imediato com o seu bebé, assim que este nasceu, tiveram uma maior satisfação com a sua experiência de parto?

Com o objetivo de verificar se as mães que tiveram um contacto imediato com o seu bebé, assim que este nasceu, sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto, realizou-se uma comparação entre este grupo de mães e as que não tiveram um contacto imediato com o seu bebé. Desta forma, verificou-se que as mães que, no seu último parto, tiveram um contacto imediato com o seu bebé assim que este nasceu classificaram, em média, a sua experiência de parto com um score de 3.72 (DP=1.263), ao passo que as que não tiveram um contacto imediato obtiveram uma média de 2.80 (DP=1.248). Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas ($t_{(480)} = 7.090$, $p < 0.001$), havendo evidências de que há uma

melhor experiência no parto quando as mulheres têm um contacto imediato com o seu bebé após o parto (cf. Tabela 37 e, em anexo IV, tabelas 17 e 18).

Tabela 37. Comparação das médias da satisfação com a experiência de parto entre as mães que tiveram e que não tiveram um contacto imediato com o seu bebé

	Contacto imediato		N	Média	Desvio-padrão	t	p
	com o bebé						
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim		352	3.72	1.263	7.090	.000
	Não		130	2.80	1.248		

10ª Questão: Existe uma correlação entre a satisfação com a experiência de parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto?

Para verificar se existe uma correlação entre a satisfação com a experiência de parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto, realizou-se uma correlação entre estas duas variáveis. Assim, observou-se que existe uma correlação negativa, significativa de baixa intensidade entre a classificação da experiência de parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto ($r = -.314$, $p < 0.001$). Deste modo, verifica-se que, à medida que a satisfação da mãe com a experiência no seu último parto aumenta, diminui a frequência com que esta tem pensamentos automáticos negativos em relação ao seu bebé no pós-parto, e vice-versa (cf. Tabela 38 e, em anexo IV, tabelas 19 e 21).

Tabela 38. Correlação entre a satisfação com a experiência de parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos

		Totais	EPAN
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Correlação Pearson		-.314
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		159

11ª Questão: As mães que sentiram que a sua experiência de parto afetou, de forma negativa, a relação com o seu bebé têm mais pensamentos automáticos negativos sobre o seu bebé no período pós-parto?

Com o intuito de perceber se existe uma correlação entre uma interferência negativa da experiência de parto na relação das mães desta amostra com o seu bebê e a existência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto, realizou-se uma correlação entre estas duas variáveis. Como tal, observou-se a existência de uma correlação negativa, significativa de baixa intensidade entre as mães cuja experiência de parto afetou, de forma negativa, a relação com o seu bebê e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto ($\rho = -.287$, $p < 0.001$). Estes aspetos variam de forma indireta, ou seja, quanto mais as mães sentem que a sua experiência de parto não afetou, de forma negativa, a relação que têm com o seu bebê, menos pensamentos automáticos negativos têm sobre o seu bebê no pós-parto, e vice-versa (cf. Tabela 39 e, em anexo IV, tabelas 20 e 21).

Tabela 39. Correlação entre a relação da mãe-bebê após o parto e a escala EPAN

		Totais EPAN
Experiência de parto e relação com o bebê	Correlação Spearman	-.287
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	159

12ª Questão: O tipo de parto, a liberdade de movimentos durante o parto, a comunicação com a equipa médica, a participação nas decisões tomadas pela equipa médica, a sensação de controlo nas decisões tomadas pela equipa médica o contacto imediato com o bebê depois do parto e os cuidados prestados pela equipa médica estão correlacionados com a escala PCL-V?

Com o objetivo de analisar o grau de correlação existente entre as variáveis acima mencionadas e a escala PCL-V, realizou-se uma análise correlacional entre as variáveis, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson e, no caso de falha no pressuposto da normalidade, o coeficiente de correlação de Spearman (teste não-paramétrico).

Correlação entre o tipo de parto normal/vaginal e a PCL-V

Verificou-se a existência de uma correlação negativa, significativa de muito baixa intensidade entre o parto normal/vaginal e uma experiência de parto traumática ($r = -.162$, $p < 0.001$). Desta forma, as mães que tiveram um parto normal/vaginal têm tendência para não desenvolverem uma perturbação de stress pós-traumático após o parto, e vice-versa (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 22).

Correlação entre a cesariana de emergência e a PCL-V

Existe uma correlação positiva, significativa e de muito baixa intensidade entre a cesariana de emergência e uma experiência de parto traumática ($r = .143$, $p = .002$). Assim, verifica-se que as mães que tiveram uma cesariana de emergência têm tendência a desenvolverem uma perturbação de stress pós-traumática após o parto (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 23).

Quanto à correlação com os outros tipos de parto, observou-se que esta não era significativa: correlação negativa e de muito baixa intensidade entre o parto natural e uma experiência de parto traumática ($r = -.031$, $p = .493$); correlação positiva e de muito baixa intensidade entre o tipo de parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps e uma experiência de parto traumática ($r = .077$, $p = .092$); correlação negativa e de baixa intensidade entre cesariana programada e uma experiência de parto traumática ($r = -.028$, $p = .537$) (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabelas 24, 25 e 26).

Correlação entre a liberdade de movimentos e a escala PCL-V

Observou-se a existência de uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a liberdade de movimentos durante o parto e uma experiência de parto traumática ($r = .198$, $p < 0.001$). Estes resultados indicam que, quando aumenta a falta de liberdade de movimentos durante o parto, aumentam, também, os sintomas para uma perturbação de stress pós-traumático na sequência da experiência de parto (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 27).

Correlação entre a comunicação com a equipa médica e a escala PCL-V

Entre estas duas variáveis verificou-se a existência de uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade ($r=.252$, $p<0.001$). Tal significa que, à medida que aumenta a falta de comunicação da equipa médica sobre os procedimentos usados no parto com as mães, aumentam, também, os sintomas para uma perturbação de stress pós-traumático após o parto (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 28).

Correlação entre a participação nas decisões tomadas pela equipa médica e a escala PCL-V

Relativamente à correlação entre a participação nas decisões tomadas pela equipa médica e a existência de uma experiência de parto traumática, observa-se que esta é positiva, significativa e de muito baixa intensidade ($r=.174$, $p<0.001$). Desta forma, observa-se que, à medida que aumenta a falta de participação das mães nas decisões tomadas pela equipa médica, aumentam, também, os sintomas para uma perturbação de stress pós-traumático após o parto (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 29).

Correlação entre a perceção de controlo nas decisões tomadas pela equipa médica e a escala PCL-V

Depois de analisar a correlação entre estas duas variáveis, constatou-se que esta é uma correlação positiva, significativa de baixa intensidade ($r=.206$, $p<0.001$). Estes resultados revelam que, à medida que aumenta a falta de sensação de controlo das mães perante o que ia acontecendo no seu parto, aumentam os sintomas para uma perturbação de stress pós-traumático após o parto (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 30).

Correlação entre um contacto imediato com o bebé após o parto e a escala PCL-V

No que diz respeito à correlação entre um contacto imediato da mãe com o bebé após o parto e os resultados obtidos na escala PCL-V, verificou-se que esta é uma correlação positiva, significativa e de muito baixa intensidade ($r=.121$, $p=.008$). Assim, à medida que aumenta o tempo em que a mãe toca no seu bebé pela primeira vez, aumentam, também, os sintomas da

mãe para uma perturbação de stress pós-traumático após o parto (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 31).

Correlação entre os cuidados prestados pela equipa médica e a escala PCL-V

Entre os cuidados prestados pela equipa médica e a escala PCL-V, observou-se a existência de uma correlação negativa, significativa de moderada intensidade ($r = -.410$, $p < 0.001$). Tais resultados indicam que, à medida que a satisfação das mães desta amostra com os cuidados prestados pela equipa médica que as acompanhou no seu parto aumenta, diminuem os sintomas das mães para uma perturbação de stress pós-traumático após o parto, e vice-versa (cf. Tabela 40 e, em anexo IV, tabela 32).

Tabela 40. Correlações entre as variáveis e a escala PCL-V

Variáveis	PCL-V	
	Correlação	p
Parto natural	$\rho = -.031$.493
Parto normal/vaginal	$r = -.162^{**}$	<0.001
Parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps	$r = .077$.092
Cesariana programada	$r = -.028$.537
Cesariana de emergência	$r = .143^{**}$.002
Liberdade de movimentos	$r = .198^{**}$	<0.001
Comunicação com a equipa médica	$r = .252^{**}$	<0.001
Participação nas decisões tomadas pela equipa médica	$r = .174^{**}$	<0.001
Controlo nas decisões tomadas pela equipa médica	$r = .206^{**}$	<0.001
Contacto imediato com o bebé	$r = .121^{**}$.008
Cuidados prestados pela equipa médica	$r = -.410^{**}$	<0.001

** correlação significativa ao nível .05

Tabela 41. Síntese dos principais resultados

Principais resultados
Caraterização sociodemográfica
- a amostra é composta por 482 mulheres
- a idade das participantes varia entre os 20 e os 51 anos (M= 33.65)
- 56.8% das mães possuem o ensino superior
- 36.9% residem na área de Lisboa e Vale do Tejo
- 78.6% das mães encontram-se empregadas
- 10% encontram-se em licença de maternidade
- 43.2% são casadas
- 42.5% encontram-se em união de facto
- 57.1% têm um filho; 34.4% têm 2 filhos e 8.5% têm 3 ou mais filhos
Gravidez e preparação para o parto
- 54.8% participaram em cursos de preparação para o parto
- 84.6% não elaboraram um plano de parto
- das 15.4% mães que elaboraram um plano de parto, 59.5% referiram que o mesmo foi bem aceite pela equipa médica
- a maioria das mães, 41.7% classificam de “bom” o acompanhamento médico que tiveram durante a gravidez
Informações sobre o parto
- 33.0% das mães tiveram o parto há 1 ano ou menos
- 86.5% tiveram o seu último parto num hospital público
- 22.6% das mães tiveram o seu último parto durante a pandemia
- 60.8% estiveram acompanhadas durante o parto, sendo que 91.0% foram acompanhadas pelo pai do bebé
- 33.3% das mães não tiveram acompanhante durante o parto devido à pandemia de Covid-19
- 39.0% tiveram um parto normal/vaginal
- 57.7% das mães tiveram o parto por si desejado
- 22.0% não tiveram o parto por si desejado devido a complicações durante o parto
Intervenções e situações vivenciadas durante o parto
- 45.6% das mães foram injetadas com ocitocina
- 33.8% tiveram o procedimento de episiotomia

-
- 42.5% mencionaram que as intervenções realizadas no seu parto foram consentidas por si
 - 55.6% referiram que as intervenções foram realizadas sem serem necessárias
 - 16.0% das mães foram vítimas de procedimentos médicos coercivos ou não consentidos por si
 - 12.0% foram alvo de cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e a situações ameaçadoras de vida
-

Relação da mãe com a equipa médica que a acompanhou

- 51.5% das mães tiveram liberdade de movimentos durante o parto
 - 67.6 % revelaram que a equipa médica comunicou com elas sobre os procedimentos realizados
 - 51.5% não participaram nas decisões tomadas pela equipa médica
 - 58.5% sentiram que não tiveram controlo nas decisões tomadas pela equipa médica
 - 69.1% das mães sentiram que a equipa médica se adaptou a si e às suas necessidades
 - a maioria das mães desta amostra, 37.1% classificaram como “muito bons” os cuidados prestados pela equipa médica durante o parto
-

Risco de sofrer lesões graves durante o parto

- 76.6% das participantes sentiram que não estiveram em risco de sofrer lesões graves
 - 71.0% sentiram que o seu bebé não esteve em risco de sofrer lesões graves
 - 90.7% mencionaram que o seu bebé não nasceu com lesões graves devido ao parto
-

Contacto imediato da mãe com o bebé após o parto

- 73.0% das mães tiveram um contacto imediato com o seu bebé depois do parto
 - das 27.0% das mães que não tiveram um contacto imediato com o seu bebé, 56.2% mencionaram como principal motivo a prestação de cuidados imediatos de pós-parto ao recém-nascido
-

Considerações sobre a experiência de parto

- 52.3% das mães afirmaram que o parto que tiveram correspondeu às suas expectativas
 - 70.3% não consideraram a sua experiência de parto como um evento traumático
 - a maioria das mães, 28.2% classificaram a sua experiência de parto como “muito boa”
 - 51.5% das mães afirmaram que a sua experiência de parto influenciou a sua decisão de voltar a engravidar
 - 94.8% referiram que a sua última experiência de parto não interferiu na relação com o seu bebé
-

-
- 90.7% das mães mencionaram que a sua última experiência de parto não interferiu na relação com o pai do seu bebê
 - 77.2% referiram que a experiência de parto não interferiu na vivência da sexualidade
 - das 22.8% das mães que assinalaram que a experiência de parto afetou a vivência da sua sexualidade, 50.0% mencionaram como causa as dores sentidas durante a relação sexual, devido à realização de procedimentos cirúrgicos durante o parto
 - 74.1% das mães referiram que a sua última experiência de parto não interferiu na sua autoestima
-

Escala de Pensamentos Automáticos Negativos no Pós-Parto (EPANPP)

- as mães pontuaram, na escala total, uma média de 6.55 valores (DP=7.863)
-

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V (PCL-V)

- as mães pontuaram, na escala total, uma média de 13.33 valores (DP=17.823)
 - 66 (13.7%) das mães desta amostra apresentaram um possível diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático
-

As mães que participaram num curso de preparação para o parto estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que não participaram?

- As mães que não participaram num curso de preparação estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que as mães que participaram num curso (M=3.63, DP=1.296 vs M=3.33, DP=1.329), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t_{(480)} = -2.491$, $p=0.013$)
-

As mães que elaboraram um plano de parto tiveram uma maior satisfação com a sua experiência de parto do que as mães que não elaboraram nenhum?

- As mães que não elaboraram um plano de parto estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que as mães que elaboraram um plano (M=3.50, DP=1.302 vs M=3.31, DP=1.423, verificando-se que esta diferença não é significativa ($t_{(480)} = -1.119$, $p=0.264$).
-

As mães que tiveram o seu último parto num hospital público tiveram uma experiência de parto mais satisfatória do que as que tiveram num hospital privado?

- As mães que tiveram o seu último parto num hospital privado estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que as mães que tiveram a sua experiência num hospital público (M= 4.05, DP=1.075 vs M=3.38, DP=1.334), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t_{(95.445)} = -4.486$, $p<0.001$).
-

As mães cujo último parto decorreu durante a pandemia de Covid-19 tiveram uma experiência de parto menos satisfatória do que aquelas que tiveram o parto antes da pandemia?

- As mães que tiveram o seu último parto durante a pandemia de Covid-19 estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que tiveram o seu parto antes da pandemia, (M=3.48, DP=1.344 vs M=3.47, DP=1.317). Esta diferença não se revela estatisticamente significativa ($t_{(480)}=-0.073$, $p=0.941$).

O tipo de parto interferiu na satisfação que as mulheres tiveram no seu último parto?

- Existem diferenças significativas ao nível da satisfação com a experiência de parto, em função do tipo de parto realizado ($H(4)=70.470$, $p<0.001$).

As mães que sentiram que tiveram um maior controlo durante o seu parto sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

- As mães que sentiram que tiveram maior controlo durante o seu último parto estão mais satisfeitas com a sua experiência do que aquelas que não sentiram ter controlo (M=4.27, DP=.916 vs M= 2.90, DP=1.274), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(479.908)}=13.638$, $p<0.001$).

As mães cuja equipa médica comunicou mais com elas durante o parto sentiram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

- As mães que, no seu último parto, sentiram que a equipa médica comunicou com elas, estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que não tiveram essa comunicação (M= 3.92, DP=1.144 vs M= 2.52, DP=1.155), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t_{(480)}= 12.569$, $p<0.001$).

As mães que sentiram participar nas decisões tomadas pela equipa médica mostraram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto?

- As mães que participaram nas decisões tomadas pela equipa médica ao longo do seu trabalho de parto estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que não participaram (M= 4.05, DP=1.047 vs M=2.92, DP=1.320). Esta diferença é estatisticamente significativa ($t_{(466.378)}=10.460$, $p<0.001$).

As mães que tiveram um contacto imediato com o seu bebé, assim que este nasceu, tiveram uma maior satisfação com a sua experiência de parto?

- As mães que, no seu último parto, tiveram um contacto imediato com o seu bebé assim que este nasceu estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que não tiveram um contacto imediato (M= 3.72, DP=1.263 vs M= 2.80, DP=1.248), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(480)}=7.090$, $p<0.001$).

Existe uma correlação entre a satisfação com a experiência de parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto?

- correlação negativa, significativa de baixa intensidade ($r= -.314$, $p<0.001$), o que significa que, à medida que aumenta a satisfação com a experiência no último parto, diminui a frequência com que as mães têm pensamentos automáticos negativos em

relação ao seu bebê, e vice-versa.

Existe uma correlação entre a relação mãe-bebê após o parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto?

- correlação negativa, significativa de baixa intensidade ($\rho = -.287$, $p < 0.001$), o que significa que, quanto mais as mães sentem que a sua experiência de parto não afetou, de forma negativa, a relação que têm com o seu bebê, menos pensamentos automáticos negativos têm sobre o seu bebê no pós-parto, e vice-versa.

Correlações com a escala PCL-V

- correlação negativa, significativa de muito baixa intensidade entre o parto normal/vaginal e uma experiência de parto traumática ($r = -.162$, $p < 0.001$);
 - correlação positiva, significativa e de muito baixa intensidade entre a cesariana de emergência e uma experiência de parto traumática ($r = .143$, $p = .002$);
 - correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a liberdade de movimentos durante o parto e uma experiência de parto traumática ($r = .198$, $p < 0.001$);
 - correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre a comunicação com a equipa médica e a escala PCL-V ($r = .252$, $p < 0.001$);
 - correlação positiva, significativa e de muito baixa intensidade entre a participação nas decisões tomadas pela equipa médica e a existência de uma experiência de parto traumática ($r = .174$, $p < 0.001$);
 - correlação positiva, significativa de baixa intensidade entre o controlo nas decisões feitas pela equipa médica e a escala PCL-V ($r = .206$, $p < 0.001$);
 - correlação positiva, significativa e de muito baixa intensidade entre um contacto imediato com o bebê após o parto e a escala PCL-V ($r = .121$, $p = .008$);
 - correlação negativa, significativa de moderada intensidade entre os cuidados prestados pela equipa médica e a escala PCL-V ($r = -.410$, $p < 0.001$).
-

V – Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos perceber quais são os fatores que contribuem para uma maior satisfação das mães com a sua experiência de parto, quais os fatores que contribuem para a existência de uma possível perturbação de stress pós-traumático na sequência de uma experiência de parto e quais as consequências de uma experiência de parto negativa na vida da mãe, sobretudo quanto à relação com o seu bebé. Para tal, formularam-se várias questões de investigação e procedeu-se à análise dos resultados obtidos, recorrendo à análise descritiva e inferencial.

Para perceber quais os fatores que poderão contribuir para uma maior satisfação da mulher com a sua experiência de parto, foram feitas várias comparações relativamente à satisfação com a experiência de parto das mães desta amostra. Deste modo, os resultados obtidos neste estudo revelaram que o local onde as mães tiveram o seu último parto; o tipo de parto que as mães tiveram; a perceção de controlo que as mães sentiram ter ao longo do seu parto; a comunicação dos médicos com as mães desta amostra; a participação das mães nas decisões tomadas pela equipa médica e um contacto imediato das mães com o seu bebé são fatores que contribuíram para que as mães estivessem mais satisfeitas com a sua experiência de parto. De facto, as mães desta amostra que tiveram o seu último parto num hospital privado revelaram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto do que aquelas que tiveram o seu último parto num hospital público. Estes resultados indicam que um hospital privado poderá oferecer melhores condições para a realização de partos, além de uma maior atenção por parte da equipa médica e de um atendimento mais personalizado consoante as necessidades de cada mãe, levando as mães a terem uma melhor experiência de parto. No que se refere ao tipo de parto, as mães desta amostra que tiveram um parto natural e as que tiveram um parto normal/vaginal mostraram-se mais satisfeitas com a sua experiência; sendo aquelas que tiveram uma cesariana de emergência as menos satisfeitas com a sua experiência de parto. Estes resultados vão ao encontro dos esperados, no sentido em que se previa que as mães que não foram submetidas a intervenções cirúrgicas no seu parto estariam mais satisfeitas com a sua experiência, pois não lidaram com o stress adicional causados pelas cirurgias. Os resultados obtidos correspondem, também, aos encontrados noutras investigações (Costa et al., 2003; Figueiredo et al., 2002). De mencionar, ainda, que a maior parte das mães desta amostra referiu ter tido o parto por si desejado, sendo que aquelas que não tiveram o parto por si desejado

apontaram como motivo principal o facto de terem tido complicações durante o parto.

Os dados encontrados no presente estudo revelaram que as mães que estavam mais satisfeitas com a sua experiência de parto são aquelas que perceberam ter um maior controlo durante o seu parto, que comunicaram mais com a sua equipa médica e que participaram nas decisões tomadas pelos médicos que as acompanharam ao longo do seu parto. Estes resultados correspondem aos esperados e aos encontrados na literatura (Crowe & Baeyer, 1989; Figueiredo et al., 2002; Waldenström, 1999), e mostram, mais uma vez, que é importante para a mãe sentir que esta tem algum tipo de controlo sobre o que se está a passar no seu parto. A participação das mães nas decisões tomadas pela equipa médica no decorrer do parto é uma forma de as mães terem controlo sobre o que se está a passar no seu parto, de estarem envolvidas no seu parto e de terem explicações sobre os procedimentos que vão sendo feitos (Waldenström, 1999). Desta forma, as mães têm a oportunidade de escolher o que consideram melhor para elas e para o seu bebé, sentindo-se mais satisfeitas com a sua experiência.

A participação num curso de preparação para o parto e a elaboração de um plano de parto, de acordo com os dados obtidos, não contribuem para que as mães tenham uma maior satisfação com a sua experiência de parto, sendo que se verificou que as mães que não participaram em nenhum curso de preparação mostraram-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto. Estes resultados não vão ao encontro dos esperados, uma vez que se previa que as mães que participaram em cursos de preparação e que elaboraram um plano de parto estariam mais satisfeitas com a sua experiência, dado que, à partida, teriam mais conhecimentos sobre o que acontece durante o parto e mais ferramentas para lidar com a ansiedade, com o stress e com o medo causados pelo parto. Estes resultados diferem, também, dos apresentados em alguns estudos, que afirmam que as mães que frequentam cursos de preparação para o parto estão mais preparadas e estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto (Morgado, Pacheco, Belém e Nogueira, 2010). Em relação à pandemia de Covid-19, observou-se que tal não contribuiu para que as mães tenham tido uma maior ou menor satisfação com a sua experiência de parto.

Relativamente à Escala de Pensamentos Automáticos Negativos no Pós-Parto, verificou-se que as mães desta amostra que tiveram o seu último parto há 1 ano ou menos obtiveram um total de 6.55 valores. Estes resultados indicam que a frequência de pensamentos

automáticos negativos que estas mães experienciam ter no pós-parto, quer em relação ao seu bebé, quer em relação à avaliação feita aos seus pensamentos negativos, é muito baixa. Entre a satisfação com a experiência de parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto, foi encontrada uma correlação negativa, significativa de baixa intensidade, o que indica que, à medida que a satisfação da mãe com a experiência no seu último parto aumenta, diminui a frequência com que esta tem pensamentos automáticos negativos em relação ao seu bebé no pós-parto, e vice-versa. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de que o bebé pode ativar na mãe memórias que esta tem sobre o seu parto. Se a mãe tiver tido uma experiência de parto negativa, o seu bebé vai ativar nela memórias negativas sobre o seu parto, o que poderá criar na mãe pensamentos e sentimentos negativos para com o seu bebé, levando a que esta se afaste do mesmo (Davis et al., 2008). Já no que concerne à correlação existente entre a relação mãe-bebé após o parto e a frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto, esta revelou-se uma correlação negativa, significativa de baixa intensidade. Tal significa que as mães que sentiram que a sua experiência de parto não interferiu negativamente na relação com o seu bebé tendem a ter menos pensamentos automáticos negativos sobre o seu bebé no pós-parto, e vice-versa. Desta forma, é possível verificar que a experiência de parto pode afetar a relação que a mãe tem com o seu bebé e a frequência de pensamentos automáticos negativos em relação a ele (Figueiredo et al., 2002). Os resultados obtidos neste estudo revelaram que a experiência de parto pode, também, ter um impacto noutras áreas da vida das mulheres. Para mais de metade das mães, a sua experiência de parto interferiu na decisão de voltarem a engravidar (cf. Tabela 20); para uma pequena percentagem das mães interferiu negativamente na relação com o seu bebé, na relação com o pai do bebé, e na sua autoestima enquanto mulher (cf. Tabelas 21 e 23). A experiência de parto também interferiu negativamente na vivência da sexualidade para uma parte das mães desta amostra, sendo que o principal motivo apontado para tal se prende com a existência de dores sentidas durante a relação sexual, devido à realização de procedimentos cirúrgicos durante o parto (cf. Tabela 22). Estes dados revelam que a experiência de parto pode afetar negativamente a relação que a mãe estabelece com aqueles que lhe são mais próximos, incluindo a relação que esta tem consigo própria, e respondem à questão de investigação que pretendia perceber quais as consequências de uma experiência de parto negativa na vida da mãe.

Para perceber se o último parto que as mães desta amostra tiveram foi um evento traumático para as mesmas, utilizou-se a escala PCL-V. Os resultados obtidos neste estudo

indicam que 66 (13.7%) das participantes deste estudo, e segundo o ponto de corte (33 pontos), apresentaram ter um possível diagnóstico para uma perturbação de stress pós-traumático na sequência da sua última experiência de parto. Esta percentagem está próxima das encontradas em outros estudos, que varia de 1-2% a 21% (Ayers, 2004; Bergant, 2012; Schwab et al., 2012). As mães que participaram nesta investigação e que tiveram o seu último parto até há 5 anos atrás manifestaram sintomas de perturbação de stress pós-traumático atualmente, apesar do tempo que passou desde o seu último parto. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Simkin (1991; 1992), que concluiu, no seu estudo, que as mulheres recordam muito viva e detalhadamente vários aspetos e pormenores da sua experiência de parto, 15 a 20 anos depois. Estes dados revelam que o parto pode ser considerado um evento traumático e que pode levar ao desenvolvimento de uma PSPT. Assim, as situações que a mãe vive no seu parto têm um impacto muito grande na sua vida e nas suas relações, e permanecem na sua memória para o resto da sua vida.

No que se refere aos fatores que podem ter contribuído para que as mães desta amostra desenvolvessem uma PSPT após o seu último parto, foram feitas várias correlações entre esses fatores e a escala PCL-V. Desta forma, observou-se que os cuidados prestados pela equipa médica correlacionam-se de forma significativa, moderada e negativa com a escala PCL-V, o que indica que, quando os cuidados prestados pelos médicos que acompanham as mães são maus, maior é a tendência para estas desenvolverem uma PSPT, e quando os cuidados prestados pela equipa médica são bons, as mães tendem a não desenvolver sintomas de trauma. Estes resultados evidenciam que a forma como os médicos cuidam das mães tem um profundo impacto na sua saúde física e psicológica, e podem influenciar a forma como elas vivem e recordam, futuramente, a sua experiência de parto. Relativamente à comunicação entre as mães desta amostra com a sua equipa médica e a perceção de controlo que essas mães sentiram ter ao longo do seu parto, foram encontradas correlações significativas, positivas e de baixa intensidade com a escala PCL-V. Já entre a liberdade de movimentos durante o parto e a participação das mães nas decisões tomadas pela equipa médica, observou-se a existência de correlações significativas, positivas e de muito baixa intensidade com a escala PCL-V. Estes resultados mostram que, à medida que aumentam a falta de comunicação da equipa médica com as mães; a falta de perceção de controlo sentida pelas mães; a falta de liberdade de movimentos durante o parto e a falta de participação das mães nas decisões tomadas pelos médicos, maior é a tendência para as mães desenvolverem uma PSPT após o parto. Estes dados vão ao encontro dos esperados e dos encontrados na literatura (Creedy et al., 2000; Olde et al.,

2006; Wijma et al., 1997) e podem ser explicados pelo facto de que, quando os médicos não vão comunicando com a mãe sobre os procedimentos que estão a realizar ao longo do parto e esta não participa nas decisões por eles tomadas, a mãe não sabe o que se está a passar com ela e o que está a ser decidido em relação a cirurgias e a procedimentos que terão implicações para o seu corpo, para a sua saúde e para o bem-estar do seu bebé. A mãe, ao não participar nas decisões tomadas pelos médicos que a acompanham, poderá sentir que não controla o que está a acontecer durante o seu parto, que não tem oportunidade de concordar ou de discordar com os procedimentos realizados pelos médicos e, por isso, de decidir o que é melhor para si e para o seu corpo, o que faz com que tenha uma experiência de parto traumática. Além de que, quando não existe uma relação de confiança e de proximidade entre a mãe e os médicos que a acompanha, esta não se encontra à vontade para comunicar como se sente, para expressar a sua opinião ou até para discordar de algo que esteja a ser feito contra a sua vontade. Estas situações podem levar a mãe a sentir que não tem controlo sobre o que está a acontecer com ela e com o seu corpo, e de que não tem uma participação ativa no seu parto, o que contribui para que esta tenha uma experiência de parto traumática, que pode resultar numa PSPT. De igual forma, quando a mãe é privada de se mover e de tentar encontrar a posição na qual se sente mais confortável para expulsar o bebé, podem surgir nela sentimentos de frustração, dor intensa e um grande desconforto. Todos estes sentimentos podem contribuir para que a mãe tenha uma experiência de parto traumática e que desenvolva sintomas de PSPT.

No que diz respeito ao tipo de parto, foram encontradas correlações significativas entre o parto normal/vaginal e a cesariana de emergência. Assim, verificou-se que as mães que tiveram um parto normal/vaginal tendem a não desenvolverem uma perturbação de stress pós-traumático no pós-parto, e as mães que tiveram uma cesariana de emergência têm tendência a desenvolverem uma perturbação de stress pós-traumático. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados na literatura (Creedy et al., 2000; Olde et al., 2006) e podem ser explicados pelo facto de as mães que têm um parto normal/vaginal sem intervenções médicas não têm de lidar com o stress adicional provocado pelas cirurgias, ao contrário das mães que têm uma cesariana de emergência, que têm de lidar com uma situação inesperada e que pode causar danos a ela própria e/ou ao seu bebé. Assim, o stress experienciado pelo uso de algum tipo de intervenção médica, bem como o medo pela vida do bebé contribuem para respostas dissociativas e confusão mental nas mães, podendo levar à existência de sintomas de trauma (Creedy et al., 2000). No que diz respeito a um contacto imediato com o bebé após o parto, foi observada uma correlação significativa com a escala PCL-V, o que indica que, quanto mais tarde a mãe tiver o

primeiro contacto com o seu bebé após o parto, maior a tendência para ter uma experiência de parto traumática. A conexão imediata da mãe com o seu bebé logo após o seu nascimento é muito importante para a construção de uma relação de vinculação, sendo muito importante o contacto imediato pele a pele. As mães cujo bebé é levado para a prestação de cuidados ao recém-nascido têm de esperar algum tempo para conhecer o seu bebé, o que pode aumentar a sua ansiedade e prejudicar a sua relação com o bebé, e a percepção que esta tem da sua experiência de parto, levando a que esta perceçione a sua experiência de parto como traumática.

Assim, e respondendo aos objetivos deste estudo, conclui-se que o parto pode ser um evento traumático para as mães, uma vez que 66 das 482 mães que fazem parte desta amostra revelaram ter sintomas para uma PSPT devido ao que viveram no seu último parto. Os resultados obtidos neste estudo mostram que são vários os fatores e situações que podem contribuir para que a mãe tenha um parto traumático que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento de uma PSPT. No entanto, existem outros fatores que não foram tidos em conta neste estudo, como a existência de traumas em partos anteriores, traços de ansiedade na mãe, depressão e a existência de outras perturbações mentais, que podem ter, igualmente, contribuído para que as mães desta amostra tenham tido uma experiência de parto traumática (Creedy et al., 2000; Olde et al., 2006). Deste modo, o parto pode ser traumático para a mãe, não só exclusivamente devido aos acontecimentos que vão ocorrendo ao longo do parto, mas também devido a outros fatores relacionados com a personalidade das mães e com as suas experiências de vida que aconteceram antes do parto.

Para além das situações analisadas neste estudo, existem outras que poderão tornar o parto um acontecimento traumático, como a existência de lesões graves na mãe e/ou no bebé; morte do bebé (Creedy et al., 2000); o nascimento prematuro do bebé; cuidado negligente por parte da equipa médica; dor intensa e insuportável na mãe (Beck, 2004); humilhação por parte da equipa médica; forte ansiedade e medo intenso em relação ao parto; ou a mãe não ter tido o parto por si desejado. Nem todas as mães que vivenciam situações traumáticas no seu parto desenvolvem sintomas de PSPT, ao passo que mães que não tenham tido um parto traumático podem desenvolver sintomas de stress pós-traumático. Este fenómeno pode ser explicado pela percepção subjetiva da mãe, ou seja, se ela perceçiona um determinado acontecimento como traumático ou não; e pela vulnerabilidade da mãe para desenvolver uma PSPT, isto é, mães que, antes do seu parto, vivenciaram experiências traumáticas ou que sofrem de perturbações

mentais tendem a considerar um evento pouco severo como traumático e a desenvolver uma PSPT (Soderquist et al, 2002). Algumas mães que manifestaram sintomas de stress pós-traumático após o seu parto podem ver os seus sintomas diminuírem ao longo do tempo, enquanto que outras podem continuar a manifestar sintomas passados vários anos após o seu parto traumático, como mostram os resultados obtidos neste estudo (cf. Tabela 28). Para além do fator temporal, o desempenhar da função materna e o amor que a mãe nutre pelo seu bebé podem contribuir para que os sintomas de stress pós-traumático após o parto desapareçam, levando a mãe a considerar que o sofrimento e dor pelos quais passou durante o seu parto “valeram a pena”.

VI – Limitações do estudo

A leitura e a interpretação dos resultados apresentados neste estudo devem ser feitas tendo em consideração as limitações do presente estudo. Primeiramente, de referir que a amostra recolhida é uma amostra de conveniência que foi recolhida *online*, pelo que poderá não ser representativa de todas as mães que tiveram o seu último parto nos últimos 5 anos em Portugal.

A segunda limitação do estudo está relacionada com a janela temporal, ou seja, neste estudo participaram mães que tiveram o seu último parto nos últimos 5 anos. Assim, as mães que tiveram o seu último parto há mais tempo poderão não se recordar tão bem de certos pormenores e acontecimentos vivenciados durante o último parto, pelo que as respostas dadas no questionário poderão estar condicionadas pela memória que as mães têm desse momento.

Uma outra limitação do estudo prende-se com o facto de o questionário elaborado ser muito longo e extenso e de ter muitas variáveis em questão, o que tornou difícil estabelecer quais os objetivos e questões de investigação a serem explorados. A opção pela elaboração de um questionário longo e que envolvesse várias variáveis foi feita devido à pouca investigação e informação existente sobre a perturbação de stress pós-traumático na sequência da experiência de parto.

Outra limitação encontrada neste estudo está relacionada com a falta de recolha de informação sobre se as mães da presente amostra manifestam, ou já manifestaram, sintomas, totais ou parciais, para a perturbação de stress pós-traumático, pois existem evidências de que mães que já vivenciaram acontecimentos traumáticos, como abuso sexual, têm uma maior probabilidade de terem uma experiência de parto traumática. Além disso, a existência prévia de uma perturbação de stress pós-traumático poderá ter influenciado as respostas dadas na escala PCL-V.

VII – Conclusão e implicações clínicas

O parto é um momento único e marcante para as mulheres, pois tem um profundo efeito físico, mental, emocional e social nas suas vidas. Apesar de o parto ser considerado um acontecimento maioritariamente feliz, onde se acolhe um novo elemento da família, este pode ser, também, um acontecimento traumático, que traz implicações severas para a mãe, para o bebé e para os seus familiares. Desta forma, torna-se importante a realização de mais estudos que explorem o lado menos positivo e mais sombrio do parto, pois assim ter-se-á um maior conhecimento sobre os fatores que poderão contribuir para uma experiência de parto negativa e traumática, a fim de minimizar as consequências negativas resultantes dessa experiência traumática. O acompanhamento ao longo da gravidez e de todo o processo do parto, por parte dos médicos que acompanham a mãe, é muito importante e deve ser valorizado, pois pode contribuir para sinalizar mães que estejam muito ansiosas com a chegada do seu parto ou que já tenham vivenciado experiências menos positivas e traumáticas em partos anteriores ou noutras áreas da sua vida, pois tais acontecimentos podem influenciar a forma como a mãe prepara a chegada do seu bebé e vive a sua experiência de parto. Neste sentido, e como foi mostrado neste estudo, deve ser promovida uma relação de proximidade, de abertura e de confiança entre os médicos que acompanham as mães durante a sua gravidez, parto e pós-parto, uma vez que tal é fundamental para que as mães se sintam à vontade para confessar eventuais problemas ou dificuldades pelas quais estejam a passar. Assim, estas podem ser sinalizadas e usufruir de toda a ajuda de que precisam para viverem este período das suas vidas de forma confortável e positiva. Os médicos que acompanham as mães ao longo do parto devem fomentar a participação das mesmas nas decisões que vão sendo tomadas, pois é importante para as mães sentirem que têm algum controlo sobre o que se está a passar com elas, com o seu corpo e com o seu bebé.

Como já foi referido anteriormente, a perturbação de stress pós-traumática na sequência do parto ainda é uma perturbação pouco estudada e pouco abordada nos hospitais e centros de maternidade, pelo que se recomenda a realização de mais estudos sobre este problema. A perturbação de stress pós-traumática na sequência do parto tem severas implicações, não só na relação que se estabelece entre a mãe e o bebé, mas também na relação entre a mãe e o pai do bebé e com a própria autoestima da mãe enquanto mulher, como foi demonstrado no presente estudo. Como tal, recomenda-se a existência de acompanhamento médico no período pós-

parto. Assim, em termos clínicos, é importante que o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático seja considerado em todas as mulheres, durante a gravidez e no período pós-natal, pois esta é uma perturbação que pode facilmente ser confundida com outras, como a depressão pós-parto e, como consequência, as mães não recebem o tratamento adequado.

Por fim, sugere-se, para investigações futuras, explorar de que forma o parto poderá ser traumático para o bebé, sendo ele é, também, um dos intervenientes do parto.

Referências Bibliográficas

Akrich, M., Leane, M., Roberts, C., & Nunes, J.A. (2012). Practising childbirth activism: A politics of evidence. *BioSocieties*, 9(2), 129-152. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.5>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.

Areskog, B., Uddenber, N., & Kjessler, B. (1983). Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 16(1), 1-12. <https://doi:10.1159/000299205>

Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, screening & treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 47(3), 552-567. <https://doi:10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>

Ayers, S., & Pickering, A.D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111-118. <https://doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x>

Ayers, S., Wright, D., & Ford, E. (2015). Hyperarousal symptoms after traumatic and nontraumatic births. *Journal of reproductive and infant psychology*, 33(3), pp. 282-293. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1004164>

Barbault, J. (1990). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Terramar.

Beck, C.T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224. <https://doi:10.1097/00006199-200407000-00004>

Boorman, R.J., Devilly, G.J., Gamble, J., Creedy, D.K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255-261. <https://doi:10.1016/j.midw.2013.03.001>

Bossano, C.M., Townsend, K.M., Walton, A.C., Blomquist, J.L., Handa, V.L. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(3) 342.e1-342.e8. <https://doi:10.1016/j.ajog.2017.04.027>

Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Celta Editora.

Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Quarteto Editora.

Carneiro, M.N. (2005). A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (século XIX). *História – Revista da FLUP*, 6(3), 69-98. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/28166061_A_nova_cultura_cientifica_na_obstetricia_e_seus_efeitos_profissionais_sec_XIX

Carvalho, M.P.S., Pinto, S.R.G., & Vaz, M.J.R. (2005). Parto Humanizado: Percepção de puérperas. *Saúde Coletiva*, 02(7), 79-83. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84220794003>

Carvalho, T., Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 1267-1282. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1098>

Colman, L.L., & Colman, A.D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Colibri.

Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: Continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, saúde & Doenças*, 8(1), 49-66. <http://hdl.handle.net/1822/17395>

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 6(26), 256-306. <http://hdl.handle.net/1822/4232>

Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e experiência emocional de parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 14-31. <http://hdl.handle.net/1822/41569>

Creedy, D.K., Shochet, I.M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111. <https://doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>

Crowe, B.A.K., & von Baeyer, C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16(2), 59-63. <https://doi:10.1111/j.1523-536x.1989.tb00862.x>

- Czarnocka, J., e Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51. [https://doi: 10.1348/014466500163095](https://doi.org/10.1348/014466500163095)
- Davis, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant mental health journal*, 29(6), 537–554. [https://doi: 10.1002/imhj.20197](https://doi.org/10.1002/imhj.20197)
- 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. [https://doi: 10.1037//0278-6133.15.4.303](https://doi.org/10.1037//0278-6133.15.4.303)
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (20), 203-217. <https://doi.org/10.14417/ap.306>
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353-359. [https://doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.008](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.008)
- Gil, M.J. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 16(3), 393-404. <http://hdl.handle.net/10400.12/5736>
- Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J., & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 148(3), 300-304. [https://doi: 10.1002/ijgo.13016](https://doi.org/10.1002/ijgo.13016)
- Goodman, P., Mackey, M.C., & Tavakoli, A.B. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219. [https://doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x)
- Green, J.M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: Findings from a large prospective study. *Birth*, 20(2), 65-72. [https://doi: 10.1111/j.1523-536x.1993.tb00419.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1993.tb00419.x)
- Hall, P.L., & Papageorgiou, C. (2005). Negative thoughts after childbirth: development and preliminary validation of a self-report scale. *Depression and anxiety*, 22(3) 121–129. [https://doi: 10.1002/da.20119](https://doi.org/10.1002/da.20119)

- Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., & Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery, 11*(3), 130-137. [https://doi.org/10.1016/0266-6138\(95\)90027-6](https://doi.org/10.1016/0266-6138(95)90027-6)
- Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal swedish cohort study. *Women and Birth, 28*(2), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.011>
- Knibiehler, Y. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Nueva Visión.
- Maldonado, M.T. P. (1991). *Psicologia da Gravidez*. Vozes.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber.
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of reproductive and infant psychology, 33*(3), 219-237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- Mercer, R.T., Hackley, K.C., & Bostrom, A.G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing research, 32*(4), 202-201. <https://doi.org/10.1097/00006199-198307000-00004>
- Morgado, C.M.L., Pacheco, C.O.C., Belém, C.M.S., & Nogueira, M.F.C. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: Estudo comparativo. *Revista Referência, 2*(12), 17-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959004>
- Mott, M. L. (2002). Parto. *Revista Estudos Feministas, 10*(2), 399-401. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200009>
- Obaid, F.P. (2012). Sigmund Freud and Otto Rank: debates and confrontations about anxiety and birth. *The International Journal of Psychoanalysis, 93*(3), 693-715. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00594.x>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>

- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1), 7- 41. <http://hdl.handle.net/1822/4725>
- Pedersen, F.A., Zaslow, M.J., Cain, R.L., & Anderson, B.J. (1981). Cesarean childbirth: Psychological implications for mothers and fathers. *Infant Mental Health Journal*, 2(4), 257-263. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198124\)2:4<257::AID-IMHJ2280020408>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198124)2:4<257::AID-IMHJ2280020408>3.0.CO;2-K)
- Piccini, C.A., Gomes, A.G., De Nardi, T., & Lopes, R.S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
- Reynolds, J.L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association*, 156(6), 831-835. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227048/>
- Rodrigues, S., Costa, A.C., Canavarro, M.C., & Fonseca, A. (2017). Adaptação da escala de pensamentos automáticos negativos pós-parto para a população portuguesa: Estudos psicométricos. *Análise Psicológica*, 35(3), 395-407. <https://doi:10.14417/ap.1334>
- Sá, Eduardo. (2004). *A maternidade e o bebé*. Fim de Século.
- Schwab, W., Marth, C., & Bergan, M.A. (2012). Post-traumatic stress disorder post-partum: The impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtsh Frauenheilk*, 72(1), 56–63. <https://doi: 10.1055/s-0031-1280408>
- Silva, L.J., & Silva, L.R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery*, 13(2), 393-401. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200022>
- Silveira, C., & Ferreira, M. (2011). Auto-conceito da grávida – factores associados. *Millenium*, 40(16), 53-67. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219>
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210. <https://doi:10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x>

- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth, 19*(2), 64-81. [https://doi: 10.1111/j.1523-536x.1992.tb00382.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1992.tb00382.x)
- Smith, J.A. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17*(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/02646839908404595>
- Soet, J.E., Brack, G.A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth, 30*(1), 36-46. <https://doi.org/10.1080/02646839908404595>
- Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol, 23*(1), 31-39. <https://doi.org/10.3109/01674820209093413>
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Casa do Psicólogo.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(5), 471-482. [https://doi: 10.1016/s0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00043-4)
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Wijma, K., Soderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(6), 587-597. [https://doi: 10.1016/s0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00041-8)
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 44*(1), 34-39. [https://doi: 10.1177/070674379904400104](https://doi.org/10.1177/070674379904400104)

Anexos

Anexo 1

Questionário As “outras dores do parto”

O parto é, sem dúvida, um momento único e especial na vida de uma mulher e, sobretudo, na vida de uma mãe. É “o momento” em que a mãe vê, toca e olha o seu bebé pela primeira vez. Mas o parto é, também, um momento delicado, que envolve várias pessoas e procedimentos médicos e cirúrgicos. E no qual a mulher nem sempre se sente entendida e apoiada como precisaria.

Em função de tudo o que representa o parto, elaborámos o presente estudo que pretende analisar qual é o papel que a mulher tem durante o seu próprio parto e entender se a sua opinião, desejos e necessidades são respeitados durante o parto e o trabalho de parto. Tentando, ainda, perceber as possíveis consequências psicológicas que surgem depois de uma experiência de parto menos positiva.

Este questionário é destinado a **todas as mulheres que tenham tido, pelo menos, uma experiência de parto nos últimos 5 anos.**

Ao longo de todo o questionário, as mães devem responder tendo em consideração a experiência que tiveram no **seu último parto.**

A sua participação é voluntária, podendo, se assim o entender, desistir a qualquer momento. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que deve responder de forma sincera e espontânea. De referir, ainda, que as suas respostas e os resultados obtidos são estritamente confidenciais, e os resultados gerais obtidos serão, unicamente, utilizados para fins de investigação.

.Muito obrigada pela sua participação!

A mestranda,
Andreia Costa Cordeiro

O orientador,
Professor Doutor Eduardo Sá

Email para esclarecimento de dúvidas: andriac152@gmail.com

Consentimento Informado

Declaro que li e compreendi as intenções deste estudo, que aceito participar voluntariamente no mesmo e que permito o uso da informação fornecida unicamente para fins de investigação.

I – Dados Sociodemográficos

O propósito das seguintes questões é recolher alguns dados pessoais e sociodemográficos seus. Responda, por favor, a todas as questões, de forma espontânea e sincera.

1. Idade: _____

2. Nacionalidade:

Portuguesa

Outra: _____

3. Escolaridade:

Ensino primário (até ao 4º ano)

Ensino básico (até ao 9º ano)

Ensino secundário (até ao 12º ano)

Ensino superior

4. Área de Residência:

Norte de Portugal

Centro de Portugal

Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo

Algarve

Açores

Madeira

Outra: _____

5. Situação Profissional:

Estudante

Empregada

Desempregada

Doméstica

6. Está, atualmente, em licença de maternidade?

Sim

Não

7. Estado Civil:

Solteira

Casada

União de facto

Divorciada ou separada

Viúva

8. Quantos filhos tem?

1

2

3 ou mais

II – Informações sobre a sua última gravidez

As seguintes questões têm como objetivo recolher algumas informações sobre a sua última gravidez. Responda, por favor, a todas as questões, de forma espontânea e sincera.

9. Durante a sua última gravidez, participou em algum curso de preparação para o parto?

Sim

Não

10. Na sua última gravidez, elaborou um plano de parto (documento escrito pela grávida e acompanhante, no qual são expressos os seus desejos e expetativas para o momento do parto)?

Sim

Não

10.1. (Se respondeu “sim” na questão anterior) Acha que o seu plano de parto foi bem aceite pela equipa médica que a acompanhou?

Sim

Não

11. Teve alguma das seguintes complicações durante a gravidez?

- Náuseas e vômitos excessivos
- Diabetes gestacional
- Ameaça de parto prematuro
- Anemia
- Placenta prévia
- Eclâmpsia e/ou pré-eclâmpsia
- Nenhuma das opções anteriores

12. Teve uma gravidez de risco (é considerada uma gravidez de risco aquela em que existe alguma probabilidade de ocorrer uma doença da mãe ou do bebê durante a gravidez ou durante o parto)?

- Sim
- Não

13. Considera que o acompanhamento médico que teve durante a sua última gravidez foi positivo?

- Sim
- Não

14. Como classifica esse acompanhamento, numa escala de 1 a 5? Utilize, por favor, a seguinte correspondência: 1-Muito mau; 2-Mau; 3- Razoável; 4-Bom; 5-Muito bom

- 1 2 3 4 5

III – Informações sobre o parto

As questões a seguir apresentadas têm como objetivo recolher algumas informações sobre o seu último parto. Responda, por favor, a todas as questões, de forma espontânea e sincera. Relembro, ainda, que as suas respostas são confidenciais e que pode desistir do questionário a qualquer momento, se assim o desejar.

15. O seu último parto ocorreu:

- Em Portugal
- Noutro país: _____

16. O seu último parto decorreu:

- Num hospital público
- Num hospital privado
- Em casa
- Noutro local: _____

17. O seu último parto foi prematuro?

- Sim
- Não

18. O seu último parto decorreu durante a pandemia de Covid-19?

- Sim
- Não

19. Teve acompanhamento de alguém da sua confiança durante o parto?

- Sim
- Apenas num determinado momento do parto
- Não

19.1. (Se respondeu “Sim” na questão anterior) Indique, por favor, quem a acompanhou durante o parto:

- Pai do/da bebé
- Familiares ou amigos seus
- Enfermeira e/ou outros médicos
- Doula

19.2. (Se respondeu “Não” na questão 19) Indique, por favor, o motivo principal pelo qual não teve direito a acompanhante durante o parto:

- Pandemia de Covid-19
- Complicações inesperadas durante o trabalho de parto

- Falta de condições da instituição para permitir a presença de um acompanhante
- Preferência pessoal sua em não ter nenhum acompanhante durante o parto
- Outras razões: _____

19.3. Como se sentiu perante o facto de não ter tido direito a um acompanhante a seu lado durante o parto?

- Sozinha
- Ansiosa
- Assustada
- Desprotegida
- Vulnerável
- Tranquila
- Outra: _____

19.4. O que foi mais difícil para si por não ter tido direito a um acompanhante durante o parto? Indique, por favor, a opção que mais se aproxima da sua experiência.

- Falta de apoio emocional
- Viver a experiência de parto sozinha
- Não poder partilhar o momento do parto com alguém da sua confiança
- O pai do/a bebé ser privado de assistir ao nascimento do/a filho/a
- Aumento de stress durante o parto
- Aumento da intensidade da dor sentida durante o parto
- Não se aplica

IV- Tipo de parto e intervenções realizadas durante o parto

20. Que tipo de parto teve?

- Parto natural (parto sem intervenções médicas)
- Parto normal/vaginal
- Parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps
- Cesariana programada
- Cesariana de emergência (cesariana inesperada e não programada pela grávida)

21. O seu parto foi induzido devido à Pandemia de Covid-19? (Nota: se o seu parto não decorreu durante a pandemia de Covid-19, assinale a opção “Não se aplica”)

- Sim
- Não
- Não se aplica

22. O tipo de parto que teve foi aquele que desejou?

- Sim
- Não

22.1. (Se respondeu “não” na questão anterior) Indique, por favor, o motivo pelo qual não teve o tipo de parto por si desejado:

- Complicações durante o parto
- A equipa médica não aceitou fazer o parto por si desejado
- Não teve oportunidade de escolher o tipo de parto que queria
- Outras razões: _____

23. No seu último parto foram utilizadas algumas das seguintes intervenções?

- Ocitocina (hormona usada para acelerar o trabalho de parto)
- Amniotomia (ratura artificial do saco amniótico)
- Tricotomia (raspagem dos pelos púbicos)
- Exames de toques vaginais “invasivos, constantes ou agressivos”
- Episiotomia (corte cirúrgico no períneo, de forma a facilitar a passagem do bebé)
- Manobra de Kristeller (pressão exercida na parte superior do útero para facilitar e acelerar a saída do bebé)
- Não foram utilizadas nenhuma das intervenções anteriores

23.1. As intervenções que assinalou foram realizadas sem o seu consentimento (Nota: se na questão 23 respondeu "Não foi utilizada nenhuma das intervenções anteriores", selecione, por favor, a opção "Não se aplica")?

- Sim
- Não
- Não se aplica

23.2. Acha que as intervenções que assinalou foram realizadas sem serem necessárias (Nota: se na questão 23 respondeu "Não foi utilizada nenhuma das intervenções anteriores", selecione, por favor, a opção "Não se aplica")?

- Sim
- Não
- Não se aplica

24. Sente que, durante o trabalho de parto, vivenciou alguma das seguintes situações?

- Procedimentos médicos coercivos ou não consentidos por si
- Recusa pela equipa médica em administrar analgésicos
- Falta de privacidade na sala de parto
- Cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras de vida
- Não cumprimento da sua vontade por parte da equipa médica
- Falta de condições do estabelecimento onde decorreu o parto
- Humilhação
- Não vivenciei nenhuma das situações acima mencionadas

25. Durante o trabalho de parto teve liberdade de movimentos, ou seja, pôde adotar a(as) posição(ões) na(as) qual(ais) se sentiu mais confortável?

- Sim
- Não

V - Perceções sobre o trabalho realizado pela equipa médica

26. Sente que a equipa médica comunicou consigo sobre os procedimentos que foram sendo realizados ao longo do trabalho de parto?

- Sim
- Não

27. Participou nas decisões tomadas pela equipa médica em relação aos procedimentos que foram sendo realizados durante o trabalho de parto?

- Sim

Não

28. Sente que teve controlo nas decisões que foram sendo tomadas ao longo do trabalho de parto?

Sim

Não

29. Sente que a equipa médica que a acompanhou durante o parto se adaptou a si e às suas necessidades durante o trabalho de parto?

Sim

Não

30. Sentiu, em algum momento durante o parto, que esteve em risco de sofrer lesões graves?

Sim

Não

31. Sentiu, em algum momento durante o parto, que o seu bebé esteve em risco de sofrer lesões graves?

Sim

Não

32. Acha que o seu bebé nasceu com problemas resultantes do tipo de parto ou do trabalho de parto realizados?

Sim

Não

33. Assim que o seu bebé nasceu, teve um contacto imediato com ele?

Sim

Não

33.1 (Se respondeu “não” na questão anterior) Indique, por favor, o motivo pelo qual não teve um contato imediato com o seu bebé:

- Pandemia de Covid-19
- Internamento do/da seu/sua bebé nos cuidados intensivos
- Prestação de cuidados imediatos de pós-parto ao recém-nascido
- Não estava em condições de acolher imediatamente o/a seu/sua bebé
- Decisão sua em não ter um contacto imediato com o/a seu/sua bebé
- Outras razões: _____

34. Como classifica os cuidados prestados pela equipa médica que acompanhou o seu parto, numa escala de 1 a 5? Utilize, por favor, a seguinte correspondência: 1-Muito maus; 2-Maus; 3- Razoáveis; 4-Bons; 5-Muito bons

- 1 2 3 4 5

VI – Perceções sobre a experiência de parto

35. Considera que o seu último parto foi muito doloroso?

- Sim
- Não

36. Acha que o seu último parto correspondeu às suas expetativas?

- Sim
- Não

37. Atualmente, percebe a experiência do seu último parto como um evento traumático?

- Sim
- Não

38. Como classifica a experiência do seu último parto, numa escala de 1 a 5? Utilize, por favor, a seguinte correspondência: 1-Muito má; 2-Má; 3- Razoável; 4-Boa; 5-Muito boa

- 1 2 3 4 5

VII – Consequências psicológicas do parto

39. Considera que a experiência que teve no seu último parto influenciou ou pode influenciar a sua decisão de voltar a engravidar?

Sim

Não

40. Sente que a sua experiência de parto afetou, de forma negativa, a sua relação com o/a seu/sua bebé?

Sim

Não

41. Sente que a sua experiência de parto afetou, de forma negativa, a sua relação com o pai do/da seu/sua bebé?

Sim

Não

42. Sente que a sua experiência de parto interferiu, negativamente, na forma como passou a viver a sua sexualidade?

Sim

Não

42.1 (Se respondeu “sim” na questão anterior) Indique, por favor, as razões que levaram a que o parto interferisse na forma como passou a vivenciar a sua sexualidade:

Experiência de um parto traumático

Dores sentidas durante a relação sexual, devido à realização de procedimentos cirúrgicos durante o parto

Insatisfação com a imagem corporal

Desinteresse na relação sexual

43. Sente que a sua experiência de parto interferiu, de forma negativa, na sua auto-estima enquanto mulher?

Sim

Não

44. Depois do seu último parto, sofreu de depressão pós-parto?

Sim

Não

45. O seu último parto ocorreu há:

1 ano (ou menos de 1 ano)

2 anos

3 anos

4 anos

5 anos

Anexo II

Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (Versão original: Hall & Papageorgiou, 2005, versão portuguesa de Rodrigues, Costa, Canavarro e Fonseca, 2017)

De seguida, encontram-se vários pensamentos que as mulheres podem ter após o nascimento do bebé. Por favor, leia cuidadosamente cada item e indique a frequência com que teve esse pensamento desde que o bebé nasceu, fazendo uma cruz na respetiva coluna.

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase Sempre
1. Estou presa nesta situação por causa do meu bebé.				
2. Não quero estar sozinha com o meu bebé.				
3. Eu não deveria ter considerado a hipótese de ter um bebé.				
4. É impossível explicar como me sinto.				
5. Não é normal ter os pensamentos que eu tenho.				

6. Sou rejeitada pelo meu bebê.				
7. A minha situação está completamente fora de controle.				
8. As coisas nunca irão melhorar.				
9. Eu sou uma má mãe.				
10. Posso causar danos emocionais ao meu filho.				
11. Eu não consigo tomar conta do meu bebê.				
12. Tem de se passar alguma coisa errada comigo.				
13. Se eu partilhar os meus pensamentos com os outros, eles				
irão pensar que eu sou louca.				
14. Os meus pensamentos negativos são incontroláveis.				
15. Se eu contasse às pessoas os meus pensamentos e sentimentos, haveria consequências terríveis.				
16. Ter pensamentos maus acerca do meu bebê significa que eu sou uma pessoa terrível.				
17. Estar com o meu bebê é chato.				

Anexo III

Escala PCL-V

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V (PCL-V) (Versão original: Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr, 2013, versão portuguesa: Carvalho, Motta e Pinto-Gouveia, 2020)

Seguidamente, encontra-se uma lista de problemas que as pessoas, por vezes, apresentam em resposta a uma experiência indutora de muito stress. Por favor, leia com atenção cada problema descrito, assinalando na coluna que melhor indica o grau em que foi afetada por esse problema.

Nota: Considere como “situação indutora de stress” a experiência que teve no seu último parto.

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas sobre a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetidos sobre a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
3. Agir ou sentir repetidamente, como se a situação indutora de stress estivesse realmente a acontecer de novo (revivê-la como se estivesse realmente no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbada quando algo a faz recordar a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas (ex.: palpitações, alterações da respiração, suores) quando algo a faz recordar a situação indutora de stress?	0	1	2	3	4
6. Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a situação	0	1	2	3	4

indutora de stresse?					
7. Evitar estímulos externos (ex.: pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações que a façam recordar a situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
8. Dificuldade em recordar aspetos importantes da situação indutora de stresse?	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas acerca de si, dos outros ou do mundo (ex.: ter pensamentos como: “sou má”, “existe em mim algo muito errado”, “não posso confiar em ninguém”, “o mundo é absolutamente perigoso”)?	0	1	2	3	4
10. Culpar-se a si própria ou outras pessoas pela situação indutora de stresse ou pelas suas consequências?	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como, medo, raiva, horror, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perda de interesse por atividades que anteriormente gostava?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldade em experienciar sentimentos positivos (ex.: ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos de amor em relação às pessoas que lhe são próximas)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, ter acessos de raiva, ou agir de forma agressiva?	0	1	2	3	4
16. Correr demasiados riscos ou fazer coisas que podem prejudicá-la?	0	1	2	3	4
17. Estar “superatenta, vigilante ou em sentido de alerta?	0	1	2	3	4

18. Sentir-se apreensiva/nervosa ou facilmente assustada/sobressaltada?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldade em concentrar-se?	0	1	2	3	4
20. Dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?	0	1	2	3	4

Anexo IV

Tabelas análise inferencial

Tabela 1. 1ª Questão - Teste da normalidade

	Participação curso de preparação para o parto	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skewness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	.188	264	.000	-.258	-1.140
	Não	.231	218	.000	-.661	-.685

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 2. 1ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances assumed	1.145	.285

Tabela 3. 2ª Questão – Teste da normalidade

	Elaboração plano de parto	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skweness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	.199	74	.000	-.220	-1.370
	Não	.209	408	.000	-.471	-.916

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 4. 2ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances assumed	3.373	.067

Tabela 5. 3ª Questão – Teste da normalidade

	Local Parto	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skewness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Num hospital público	,198	417	,000	-.353	-1.061
	Num hospital privado	,250	64	,000	-.886	-.477

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 6. 3ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances not assumed	13,509	,000

Tabela 7. 4ª Questão – Teste da normalidade

	Último parto decorreu durante a pandemia	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skewness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	,202	109	,000	-,323	-1,256
	Não	,210	373	,000	-,467	-,928

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 8. 4ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances assumed	,806	,370

Tabela 9. 5ª Questão – Teste da normalidade

	Tipo de parto	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skweness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Parto normal/vaginal	.246	188	.000	-.853	-.128
	Parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps	.177	118	.000	-.009	-1.260
	Cesariana programada	.219	53	.000	-.732	-.340
	Cesariana de emergência (cesariana inesperada e não programada pela grávida)	.180	94	.000	.163	-.988

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 10. 5ª Questão – Teste da normalidade

	Tipo de parto	Shapiro-Wilk				
		Statistic	df	Sig.	Skweness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Parto natural (parto sem intervenções médicas)	.611	29	.000	-1.972	3.350

Tabela 11. 6ª Questão – Teste da normalidade

	Controlo nas decisões tomadas durante o parto	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skweness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	,289	200	,000	-1,265	1,020
	Não	,162	282	,000	,066	-1,042

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 12. 6ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances not assumed	29,353	,000

Tabela 13. 7ª Questão – Teste da normalidade

	Comunicação equipa médica	Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Statistic	df	Sig.	Skweness	Kurtosis
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	,238	326	,000	-,892	-,141
	Não	,186	156	,000	,283	-,831

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 14. 7ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances assumed	2,075	,150

Tabela 15. 8ª Questão – Teste da normalidade

	Decisões tomadas pela equipa médica	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
		Statistics	df	Sig.		
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	,245	234	,000	-,963	,012
	Não	,156	248	,000	,064	-1,109

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 16. 8ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances not assumed	21,135	,000

Tabela 17. 9ª Questão – Teste da normalidade

	Contacto imediato com o bebé	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skewness	Kurtosis
		Statistics	df	Sig.		
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Sim	,237	352	,000	-,725	-,576
	Não	,178	130	,000	,217	-,911

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 18. 9ª Questão – Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Classificação da experiência no último parto (1-5)	Equal variances assumed	,048	,826

Tabela 19. 10ª Questão – Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_EPAN	,203	159	,000	1,857	3,378
Classificação da experiência no último parto (1-5)	,219	159	,000	-,341	-1,192

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 20. 11ª Questão – Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_EPAN	,203	159	,000	1,857	3,378
Relação da mãe com o/a seu/sua bebê?	,537	159	,000	-3,245	8,638

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 21. Intensidade da correlação (Brymer & Cramer, 2003)

Intensidade da correlação (Bryman & Cramer, 2003):

< 0,20 – muito baixa

≥ 0,20 e < 0,40 – baixa

≥ 0,40 e < 0,70 – moderada

≥ 0,70 e < 0,90 – alta

≥ 0,90 – muito alta

Tabela 22. Teste da normalidade entre parto normal/vaginal e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Parto normal/vaginal	,398	482	,000	,452	-1,803

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 23. Teste da normalidade entre cesariana de emergência e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df.	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Cesariana de emergência	,494	482	,000	1,544	,386

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 24. Teste da normalidade entre parto natural e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Parto natural	,540	482	,000	3,711	11,819

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 25. Teste da normalidade entre parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Parto normal/vaginal com o uso de ventosas e/ou fórceps	,470	482	,000	1,191	-,585

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 26. Teste da normalidade entre cesariana programada e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000		
Cesariana programada	,527	482	,000		

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 27. Teste da normalidade entre liberdade de movimentos e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Liberdade de movimentos parto	,349	482	,000	,058	-2,005

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 28. Teste da normalidade entre comunicação equipa medica e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Comunicação equipa médica	,432	482	,000	,756	-1,434

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 29. Teste da normalidade entre participação nas decisões médicas e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Participou nas decisões tomadas pela equipa médica	,349	482	,000	-,058	-2,005

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 30. Teste da normalidade entre controlo nas decisões e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Controlo nas decisões tomadas pela equipa médica	,385	482	,000	-,346	-1,888

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 31. Teste da normalidade entre contacto imediato com o bebé e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Contacto imediato com o bebé	,458	482	,000	1,041	-,920

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 32. Teste da normalidade entre classificação cuidados e PCL-V

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Skweness	Kurtosis
	Statistic	df	Sig.		
Totais_PCLV	,227	482	,000	1,795	2,649
Classificação cuidados prestados pela equipa médica	,233	482	,000	-,824	-,114

a. Lilliefors Significance Correction