



UC/FPCE — 2008

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**À volta do nascimento: antecipação da experiência de parto,  
experiência de parto e *Bonding* – um estudo exploratório**

Carmen Sofia Ramalho Brecha Correia  
(e-mail:carmensofiacorreia@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (área de sub-especialização em  
Psicopatologia e Psicoterapia Dinâmica) sob a orientação do Professor Doutor  
Rui Paixão

### **À volta do nascimento: antecipação da experiência de parto, experiência de parto e *Bonding* – um estudo exploratório**

A vinculação materna ao bebé ou *bonding*, tem sido descrita como uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece e constrói de um modo gradual a partir daquilo que se verifica durante a gravidez e, mais especificamente, no parto e após o parto. Assim, o presente estudo procura abordar as particularidades da forma como a grávida antecipa o parto e suas implicações ao nível da satisfação com a experiência de parto, nunca descurando o impacto que ambos os processos têm no funcionamento emocional das mulheres, bem como no estabelecimento do *bonding*.

Tratando-se de um estudo exploratório com uma amostra inicial de 50 mulheres, avaliadas durante a gravidez e depois, num segundo momento, no pós-parto, pretende-se: 1) explorar a forma como as mulheres primíparas e múltiparas antecipam e experienciam o parto; 2) explorar se a antecipação da experiência de parto se relaciona com a experiência evocada de parto; 3) explorar a relação entre a antecipação da experiência de parto e o *bonding* ao bebé imaginário, no último trimestre de gestação, bem como entre a experiência de parto e o *bonding* ao bebé real, no período pós-parto e puerpério.

Os resultados apontam no sentido das mulheres primíparas e múltiparas desenvolverem uma antecipação do parto distinta, vivenciando a experiência de parto também de forma distinta; tendo sido encontradas correlações dignas de nota (atendendo aos resultados obtidos anteriormente) entre a forma como o parto é antecipado e o *bonding* ao bebé imaginário, bem como entre o modo como a experiência de parto é vivenciada e sentida e o *bonding* ao bebé real.

**Palavras-chave:** antecipação do parto, experiência de parto, *bonding*.

### **Around childbirth: childbirth anticipation, childbirth experience and Bonding – an exploratory study**

Maternal attachment to the baby, or bonding, has been described as a long-lasting, specific and unique emotional relationship, gradually built and established from the experiences that take place during pregnancy and, more specifically, the events occurring in childbirth and the period following parturition. Therefore, the present study aims to explore the particularities of the way that the pregnant woman anticipates childbirth and its implications in the satisfaction with the childbirth experience, never forgetting the impact that both processes have in the emotional functioning of women, as well as in the establishment of bonding.

This being an exploratory study, with an initial sample of 50 women, assessed

first during pregnancy and secondly in the period ensuing childbirth, its intended to: (1) explore the way primiparae and multiparae women anticipate and experience birth; 2) explore whether childbirth anticipation is related to the evoked childbirth experience; 3) explore the association between childbirth anticipation and bonding towards the imaginary baby, in the last trimester of gestation, as well as the association between the childbirth experience and bonding towards the real baby, in the afterbirth and postnatal period.

The results point to a distinction between the two groups of women, primiparae and multiparae, concerning the way they anticipate and experience childbirth; noteworthy correlations (regarding the results obtained previously) have been found between the way childbirth is anticipated and bonding towards the imaginary baby, as well as between the way childbirth is experienced and felt and bonding towards the real baby.

**Key Words:** childbirth anticipation, childbirth experience, bonding.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Rui Paixão (pelo tempo, atenção, paciência, rigor científico e crítica),

À Maternidade Bissaya Barreto (com um agradecimento especial à equipa de enfermagem da U.I.P. e a todas as grávidas e recém-mães que se disponibilizaram a participar no estudo),

Ao meu pai... pois acredito que me esteja a ver neste momento e porque sei o quão feliz deve estar...

À minha mãe, pelo apoio, preocupação e respeito que demonstrou para com o meu esforço e trabalho,

Aos meus colegas e amigos, pela partilha, confiança e coragem que sempre me transmitiram (com uma palavra especial e sentida ao “Núcleo Duro”... amigos de sempre e para sempre),

Aos meus professores,

A todos o meu muito obrigada!

## Índice

Introdução .....	01
I. Enquadramento Conceptual .....	02
1. O processo gravídico e o despertar da vinculação materna/ <i>bonding</i> .....	02
2. <i>Bonding</i> pré-natal – do bebé fantasmático ao bebé imaginário .....	09
3. Antecipação da experiência de parto.....	12
4. Experiência de parto .....	13
5. <i>Bonding</i> perinatal – do bebé imaginário ao bebé real .....	16
6. <i>Bonding</i> pós-natal .....	17
II. Objectivos e hipóteses .....	18
III. Metodologia .....	20
1. Amostra .....	20
2. Caracterização dos Instrumentos .....	23
2.1. Questionário 1 – 3º trimestre de gestação .....	23
2.2. Questionário 2 – Pós-parto/puerpério .....	24
2.3. Questionário de Antecipação do Parto (Q.A.P.) .....	24
2.4. Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Q.E.S.P.) .....	25
2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (B.S.I.).....	27
2.6. Escala de <i>Bonding</i> (E.B.).....	29
IV. Apresentação dos resultados .....	30
V. Discussão dos resultados .....	42
VI. Conclusões .....	48
Bibliografia .....	51
Anexos .....	

## Introdução

É no decorrer do processo gravídico que tem lugar a edificação da ligação afectiva mãe-bebé como matriz e prelúdio das interacções futuras, particularmente daquelas que se estabelecem no pós-parto e puerpério (Figueiredo, 2003; Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005; Klaus & Kennell, 1976). Neste sentido, o presente estudo, encarando a gravidez e o desenrolar do processo de vinculação materna ou *bonding* num *continuum* (MacFarlane, 1979; Robson & Kumar, 1980), visa essencialmente:

- a) Explorar a forma como as mulheres primíparas e múltíparas antecipam e experienciam o parto;
- b) Explorar se a antecipação da experiência de parto se relaciona com a experiência evocada de parto;
- c) Explorar a relação entre a antecipação da experiência de parto e o *bonding* ao bebé imaginário, no último trimestre de gestação, bem como entre a experiência de parto e o *bonding* ao bebé real no período pós-parto e puerpério.

Neste contexto, atendendo ao tema escolhido e aos objectivos traçados, o estudo apresenta-se estruturado em duas grandes partes: a primeira visa clarificar a temática abordada servindo, de igual modo, de enquadramento e ancoragem teóricos à segunda parte, destinada à apresentação e discussão da investigação.

Na primeira parte deste trabalho realiza-se uma aproximação teórica ao processo gravídico e às particularidades de cada uma das fases que o constituem: “Integração/Incorporação”, “Diferenciação” e “Separação” (Justo, 1990, 1994). No plano cronológico, estas fases correspondem sensivelmente aos três trimestres de gestação; articulando-as com o despertar do *bonding*. No ponto seguinte, ao ser explorada a noção de *bonding* pré-natal como a oscilação entre os conceitos de bebé fantasmático e de bebé real (Lebovici, 1987), considera-se pertinente destringir e clarificar os conceitos de “laço de vinculação” e “*bond*”, explanando-se o conceito de *bonding* (Klaus & Kennell, 1976); já que, se por um lado a vinculação da criança aos pais (e particularmente à mãe), continua a ser largamente investigada (Bowlby, 1976, 2002), por outro, sabe-se muito pouco sobre as emoções que os pais dirigem ao “bebé”, bem como acerca do modo como se constrói e evolui o vínculo parental com o recém-nascido (Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002; Figueiredo, 2003).

Numa segunda etapa procura-se abordar as particularidades da forma como a grávida antecipa o parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2006) e suas implicações ao nível da satisfação com a experiência de parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004b), nunca descurando o impacto que ambos os

processos têm no funcionamento emocional das mulheres, bem como no estabelecimento do *bonding*.

Para encerrar esta primeira parte, opta-se por explorar sucintamente as noções de *bonding* perinatal (Sá, 2004), como a ponte entre os conceitos de bebé imaginário e bebé real, intimamente relacionado com todas as ocorrências que interagem aquando do trabalho de parto e parto; e *bonding* pós-natal que espelha a relação “continte/conteúdo” preconizada por Bion (1991).

No que respeita à segunda parte deste trabalho começa-se por apresentar os objectivos e hipóteses, bem como a metodologia (onde se inclui a caracterização da amostra e dos instrumentos) para em seguida serem apresentados e discutidos os resultados obtidos.

No desfecho do presente estudo apresenta-se uma síntese das principais conclusões, sendo focadas as limitações do trabalho apresentado e lançadas pistas para futuras investigações neste domínio incontornável da Vida Humana que é a vivência da gravidez e da maternidade.

## I. Enquadramento Conceptual

### 1. O processo gravídico e o despertar da vinculação materna/*bonding*

A gravidez representa um período de construção e desenvolvimento, “(...) um tempo pleno de vida e significado simbólico, transformação e importância” (Colman & Colman, 1994, p.13), obrigando a futura mãe a um esforço de adaptação e reajustamento aos níveis biológico, psicológico e social (Justo, 1994).

Embora a gravidez e a maternidade, do ponto de vista psicológico, sejam ambos processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, os seus respectivos conceitos representam realidades distintas, embora interligadas, na medida em que a maternidade engloba a gravidez (delimitada no tempo), inscrevendo-se num projecto a longo prazo que requer uma componente relacional de envolvimento e de partilha para a vida (Alvarez, 1995; Camarinho, 1998; Canavarro, 2006; Leal, 1990; Mendes, 2002): “quando existe um projecto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente (...) permite a preparação para ser mãe (...)”. Os nove meses de “(...) ensaios, ligação, ansiedade, fantasia e reflexões, permitem que o projecto de maternidade se continue a construir e consolidar de forma progressiva” (Canavarro, 2006, p.19-20).

O período gestacional marca o início de uma nova etapa do ciclo vital da mulher, sendo vivido por esta como um «período de crise» e de extrema vulnerabilidade, na medida em que se trata de um momento de reflexão do seu

passado e de relançamento do seu futuro (Bibring, 1959). Como tal, a mulher revive, elabora e tenta resolver conflitos infantis, dando-se uma alteração e um enriquecimento da identidade feminina, uma vez que a grávida além de filha e mulher passa também a ser mãe, não podendo assim voltar a estar delimitada apenas a si própria (Bibring, Dwyer, Huntington, & Valenstein, 1961; Cruz, 1990; Justo, 1990; Nascimento, 2003; Silva, 1997). Trata-se de um trabalho interno redobrado, isto é, de um trabalho interno de integração de duas identidades (individual e social), que podemos sintetizar ao falar de “transformação da, e pela identidade” (Camarneiro, 1998, p.26). Compreensivelmente podem sobressair sinais de labilidade e instabilidade emocionais. Para estas modificações do humor e do comportamento contribuem ainda as alterações no funcionamento hormonal – as quais, para além de concorrerem simultaneamente como causa e efeito das alterações no funcionamento psicológico, são, também, por sua vez, influenciadas pelo funcionamento orgânico da mulher de acordo com o momento e evolução da gravidez (Cotralha, 2007).

A nova definição de papéis pode reactivar conflitos inconscientes, particularmente os que tiveram lugar aquando da infância e adolescência, sendo precisamente neste sentido que a gravidez é encarada como uma experiência essencialmente regressiva (Camarneiro, 1998; Cruz, 1990; Justo, 1990; Soifer, 1991). Deste modo, subjacente ao desejo de ter um filho, existe sempre o desejo do retorno à unidade primária (encontro com a sua mãe), consubstanciada no fantasma de perfeição da criança que irá nascer, a qual se tornará no representante da unidade e da integridade narcísicas (Cordeiro, 1994; Silva, 1997). É neste contexto que Gomes Pedro (1982) nos diz que a mulher quando sabe que está grávida voa da criança que foi para a criança que vai ter. Assim, “(...) a mulher ao preparar-se para ser mãe, vai percorrer, de novo, os caminhos da sua meninice (...)” (*idem*, p.22), recriando e reescrevendo experiências não concluídas ou não satisfeitas. Este movimento, tanto pode adquirir contornos de libertação, levando à aceitação da imperfeição parental e dos seus limites como, pelo contrário, reforçar cada um dos sentimentos e rancores ancestrais; trazendo, neste caso, para a maternidade ameaças importantes ao nível do relacionamento com o novo ser (Bayle, 2006). É esta mobilização de novos e antigos sentimentos, que propicia a energia psíquica necessária para o longo trabalho de adaptação ao ser em desenvolvimento (Brazelton & Cramer, 1993).

No seu desejo de ter um filho, a mulher experimenta uma forma única de dupla identificação. Ela identifica-se, ao mesmo tempo, com a própria mãe e com o feto, projectando-o como a parte boa que tanto ela desejou e idealizou. Nesta

imagem onnipotente, a mãe realiza os seus próprios ideais, sendo a criança, em certa medida, um prolongamento dela própria (Bayle, 2006). Deste modo, a grávida desempenha os papéis e revela os atributos de mãe e de filha, com base em experiências passadas com a própria mãe e consigo própria enquanto filha (Brazelton & Cramer, 1993).

Durante os nove meses de gestação, em que a mulher vai progressivamente adaptar-se física e psicologicamente ao feto em desenvolvimento, têm lugar uma sucessão de fases que podem descrever-se como o despertar da vinculação materna/*bonding*; sendo que a cada uma delas se associa um período particular do desenvolvimento fetal (Brazelton & Cramer, 1993; Silva, 1997). Neste sentido, e segundo Colman e Colman (1994), Justo (1990) e Santos (1990), os sentimentos de ligação afectiva mãe-bebé crescem durante a gravidez de acordo com uma dinâmica onde as sucessivas oscilações na distribuição das posições objectal e narcísica da mulher têm um papel determinante (Bibring *et al.*, 1961). Esta dinâmica impõe-se ao longo de três processos ou fases sequenciais que, no plano cronológico, correspondem sensivelmente aos três trimestres de gestação (Silva, 1997). Estas fases são designadas por: «Integração/Incorporação» (1º trimestre); «Diferenciação» (2º trimestre) e «Separação» (3º trimestre) (Justo, 1990, 1994).

Durante o alvorecer da vinculação materna ou *bonding*, a primeira fase – «Integração ou Incorporação» – encerra uma tarefa fundamental: a aceitação e adaptação à gravidez, que é acompanhada de mudanças (embora ténues) no corpo da mãe, numa altura em que ainda não há evidências notórias da existência do feto (Brazelton & Cramer, 1993; Camarinho, 1998; Cruz, 1990). Integrar a gravidez implica, entre outras coisas, uma adaptação da grávida às expectativas da maternidade e uma dinâmica psicológica à volta da identidade feminina (Justo, 1994), bem como uma mudança nos hábitos de vida e a preparação do organismo e da família para a chegada do novo ser (Justo, 1990; Silva, 1997). Sendo precisamente sobre a aceitação da ideia de maternidade que o vínculo mãe-bebé se poderá desenvolver de forma favorável (Santos, 1990).

Paralelamente à fantasia e ao desejo mágico de serem uns pais perfeitos a criarem um filho perfeito, este tempo não é tão-somente um tempo de alegria, mas também de preocupações e medos face a esta nova condição (Camarinho, 1998). É neste contexto, que neste primeiro momento tem lugar um período de «um branco de filho», na expressão de Brazelton e colaboradores (1987), durante o qual o feto é eliminado em benefício da vivência e da representação de «estar grávida». Para que tal seja possível, a futura mãe tenta mobilizar cada vez mais defesas (nomeadamente as maníacas), fomentando os desejos positivos de ter o bebé e de ser uma mãe

perfeita (Brazelton & Cramer, 1993; Justo, 1986).

É neste sentido que para Mendes (2002), a ambivalência surge como a atitude que caracteriza o primeiro trimestre de gravidez, sujeito a uma projecção de aceitação e rejeição. É igualmente neste sentido que Justo (1994), nos diz que um “(...) grande número de mulheres grávidas se encontra a «cozinhar» internamente, sentimentos inconscientes de rejeição e, em simultâneo, sentimentos conscientes de aceitação da criança.” (*idem*, p.128), o que parece resultar em grande parte da reelaboração que a mulher faz da relação com a sua mãe. Ou seja, este conflito marcado pela ambivalência parece expressar a intensidade das vivências persecutórias que existem face à maternidade, produto dos sentimentos de culpa infantil, quer pelos ataques fantasiados à própria mãe, quer pelo desejo de ocupar o seu lugar (Cruz, 1990).

Habitualmente, a manifestação dos sintomas físicos muito frequente durante o primeiro trimestre de gestação (particularmente a fraqueza, o enjoo matinal, as náuseas e os vómitos), embora seja atribuível às rápidas modificações do equilíbrio hormonal e endócrino é também atribuída por diversos autores de orientação psicanalítica (Chertock, Mondzian, & Bonnaud, 1963; Colman & Colman, 1994; Soifer, 1991) a manifestações psicossomáticas. É neste contexto que Colman e Colman (1994) nos vêm dizer a propósito do referido conflito interno da mulher: “Mesmo que as alterações hormonais despoletem a resposta fisiológica, o significado vem do *interior* da mulher” (*idem*, p.67).

De qualquer modo, é nesta fase que entram em jogo sentimentos opostos de amor e raiva, de frustração e de satisfação, anteriormente experienciados, superados ou não, segundo o equilíbrio interno que se instalou em cada mulher (Mascoli, 1990). Compreende-se, assim, que nesta primeira fase uma das tarefas a realizar se prenda com a aceitação do «corpo estranho» que a mulher transporta consigo, passando a encará-lo como uma parte benigna de si própria. De forma gradual, esta ambivalência será transformada pelo impulso maternal num estímulo para a tarefa da gravidez (Brazelton & Cramer, 1993).

No primeiro trimestre, como referido, o feto não é ainda sentido e as alterações do esquema corporal são pouco perceptíveis. Grávida e feto são sentidos como um único ser, podendo a gestante alimentar uma imagem narcísica de total fusão com o filho que tem dentro de si (Brazelton & Cramer, 1993; Sá, 2004; Silva, 1997). Na segunda fase – «Diferenciação» –, marcada pelos primeiros movimentos fetais, começa a ser notória a contribuição do feto para a relação, uma vez que é através destes movimentos que o feto demonstra a sua presença, afirmando-se como um ser distinto e obrigando a grávida a vivenciar a sua autonomia existencial (Justo,

1986, 1990, 1994; Mendes, 2002). Justo (1994) acredita que estes movimentos marcam o início da produção e elaboração das fantasias maternas sobre a criança; e que o feto, num retorno alternante, responde por emissão de «pontapés».

Sentir as manifestações do feto e aceitar os seus movimentos, é aceitar a realidade do futuro bebé, fantasiando sobre a sua personalidade, permitindo desta forma que a grávida vá adaptando o bebé imaginário ao bebé real – “(...) o feto deve ser reconhecido como um objecto [separado], isto é, uma futura criança, em vez de uma parte do *self*” (Offerman-Zuckerberg, 1980) – e desenvolva um *bonding* saudável. É de referir que o que preenche a grávida não é a reprodução biológica, nem o feto, mas o filho do sonho. Ela sente necessidade de se agarrar a uma imagem à qual se possa facilmente identificar: não tanto à de um recém-nascido no dia do seu nascimento, mas à de um bebé de algumas semanas (Brazelton, 1987). Ou seja, em algumas circunstâncias a mulher pode recorrer a defesas maníacas, constituindo-se deste modo as fantasias de um filho bom e bonito, como o refúgio habitual que permite o prosseguimento da gravidez (Mascoli, 1990).

A grávida ao sentir o feto como algo de concreto dentro de si vai interpretar esses movimentos, atribuindo-lhes características pessoais, isto na medida em que o futuro bebé se torna agora uma realidade concreta, ou seja, um ser que é ao mesmo tempo independente e ainda tão dependente (Camarneiro, 1998; Cruz, 1990). No fundo, gestante e feto são “(...) dois seres dependentemente separados, que se conhecem sem nunca se terem olhado ou que se sentem sem nunca se terem tocado” (Sá, 2004, p.108).

É precisamente neste contexto que surgem, segundo Maldonado (1985), os sentimentos de personificação do feto, pois “à medida que o bebé dá provas dramáticas de estar presente, a grávida começa a concebê-lo como um indivíduo, separado dela própria. As alterações já não são apenas nela, de repente há alterações no feto” (Colman & Colman, 1994, p.73). A grávida começa então a aperceber-se que o desenvolvimento do feto é regido por ritmos e regras próprias, que ela não pode controlar (Silva, 1997), tornando-se então particularmente sensível ao seu estado fisiológico e emocional e começando a procurar um estado de sintonia, de graça, entre o seu comportamento e o do feto. Este processo é facilitado pela emergência de fantasias de idealização do filho e pela competência para cuidar dele. Fantasias que, por sua vez, têm como pano de fundo o seu relacionamento, enquanto criança, com a própria mãe (Brazelton & Cramer, 1993). Esta tendência regressiva ao longo da gravidez, quando tudo corre pelo melhor, reforça a energia psíquica e permite constituir uma fonte de conhecimento empático sobre o que é o “bebé”. Não obstante, também pode ser entendida como uma ameaça à identidade pois, ao

reactivar reacções conflituais e/ou patológicas, desperta fortes sentimentos de fusão entre a grávida e a sua própria mãe. Podendo a primeira, quando a necessidade de dependência da mãe é muito grande e não se encontra preenchida, vir a relacionar-se com o bebé como uma criança invejosa, sentindo o feto, e mais tarde o bebé, como rival (Brazelton & Cramer, 1993). É neste contexto que a percepção dos movimentos fetais, ao longo do despertar da vinculação, se constitui como um período crítico. Pois se por um lado pode contribuir para que o *bonding* se consubstancie, por outro pode acentuar a distância entre a «gravidez uterina» e a «gravidez na cabeça», podendo estas duas realidades tornar-se incompatíveis e inconciliáveis (Justo, 1990; Sá, 2004; Silva, 1997).

É também nesta segunda fase que se tornam evidentes as alterações na forma do corpo da grávida. Alterações estas que tanto podem ser vividas com orgulho, como sentidas como uma deformação, surgindo nestes casos o medo da irreversibilidade da forma corporal (Camarneiro, 1998; Colman & Colman, 1994). Assim, tal como referem Brazelton e Cramer (1993), a existência concreta do “bebé”, complementada por imagens ultrassónicas, e as mudanças, agora visíveis, no corpo da gestante, constituem uma nova realidade e uma fonte de fantasias para a mulher grávida. “A futura mãe pode identificar-se com o feto agora evidente e experimentar novos sentimentos de fusão e simbiose com a própria mãe. Pelo que este «regresso ao útero» fantasiado, desperta novas necessidades não satisfeitas de dependência e desejos de simbiose. É como se, por intermédio do filho que ainda não nasceu, a grávida pudesse recuar e ir buscar os aspectos gratificantes das suas primeiras relações com a mãe para se retemperar e revitalizar” (*idem*, p.35). No entanto, é de salientar a importância da mulher, até ao término da gravidez, conseguir um distanciamento mínimo face aos conteúdos dos seus sonhos e fantasias, promovendo a diferenciação psicológica mãe-feto. Se tal não acontecer, a realidade pode causar uma desilusão capaz de perturbar todo o processo vincutivo, afectando a preparação para o nascimento, bem como a vivência da separação física aquando do parto (Mendes, 2002; Justo, 1986; Silva, 1997). Numa gestação de termo, é nos últimos dois/três meses que se opera, de modo significativo, esta mudança.

A terceira fase – «Separação» –, é considerada como o período de preparação para a separação que ocorre aquando do parto.

O progressivo crescimento do feto ao longo da gravidez é acompanhado, para Brazelton e Cramer (1993), de um desenvolvimento, igualmente contínuo, da imagem do “bebé” na mente da mãe – a qual se baseia “(...) tanto em necessidades e anseios narcisistas como na percepção do desenvolvimento do feto” (*idem*, p.43).

Em cadência com a possibilidade de os pais imaginarem o bebé, cada vez mais, como um ser diferenciado e real, também o feto começa a desempenhar o seu papel através de movimentos e níveis de actividade que se começam a inserir em ciclos e padrões, permitindo à gestante reconhecê-los e apoiar-se neles, fazendo a sua leitura e personalizando deste modo o feto ao atribuir-lhe um temperamento, uma personalidade (Brazelton & Cramer, 1993; Brazelton, 2000; Mascoli, 1990). Trata-se de um tempo de fantasias intensamente dirigidas à caracterização do filho com atributos físicos e psicológicos próprios que possibilitam a separação (Camarneiro, 1998). É também uma época de preocupação quanto ao trabalho de parto e parto, bem como de receios quanto à possibilidade de cuidar do bebé ou de ser uma boa mãe (Colman & Colman, 1994; Soifer, 1991). Desta forma, prepara-se o nascimento para que o bebé não seja um estranho nessa altura (Brazelton & Cramer, 1993; Silva, 1997).

A preparação interna para o parto envolve um aumento da ansiedade – tanto para a primípara como para a múltipara – reactivando geralmente sentimentos ambivalentes, uma vez que a grávida deseja terminar a gravidez e libertar-se do volume desproporcionado que atingiu a nível corporal, ao mesmo tempo que deseja «guardar» o bebé e continuar com os sentimentos de plenitude da «barriga cheia»; receia o parto e suas consequências, mas deseja encontrar-se com o bebé real (que pode não coincidir com o bebé imaginário) (Bayle, 2006; Camarneiro, 1998; Mascoli, 1990; Silva, 1997). Por sua vez, o reactivar da ambivalência nas mulheres grávidas implica um uso mais intenso dos mecanismos de defesa (nomeadamente os maníacos) que lidam com o impulso agressivo, operando no sentido de negar a existência de conflitos; isto comparativamente às mulheres não-grávidas (Justo, 1990, 1994).

Os últimos meses de gestação têm essencialmente como função preparar a mãe para a separação e para o início das relações extra-uterinas. Segundo Mascoli (1990), o trabalho de elaboração interna da separação inicia-se no momento em que a grávida crê que o feto pode sobreviver fora do espaço uterino. Com o aproximar do fim da gravidez “(...) os pais começam a encarar os bebés como seres suficientemente fortes para sobreviverem no mundo exterior. Quanto mais os pais se convencem de que o bebé que vai nascer é um indivíduo capaz e interactivo, mais confiam na capacidade do bebé para sobreviver ao trabalho de parto e ao nascimento” (Brazelton & Cramer, 1993).

Neste momento é importante que a mulher conclua a individualização do seu “bebé” para que, no momento do parto, a separação física e emocional se integrem e o nascimento não seja vivenciado como uma perda de parte de si própria (Silva,

1997).

No entanto, a incerteza quanto à data do parto; o temor à dor e à ocorrência de complicações (tais como o recurso a fórceps/ventosas ou cesariana de emergência), bem como em relação ao «esvaziamento» e morte (da própria e/ou do bebé), adquirem características inconscientes e o parto é normalmente aguardado como um momento irreversível e imprevisível, sobre o qual não se tem controlo (Crandon, 1979; Cruz, 1990; Soifer, 1991). Encontra-se, assim, associado a elevados níveis de ansiedade que aumentam à medida que a grávida se vai apercebendo que o parto se aproxima e que não existe uma forma fácil do bebé surgir (Areskog, Kjessler, & Uddenberg, 1984; Colman & Colman, 1994).

## **2. *Bonding* pré-natal – do bebé fantasmático ao bebé imaginário**

Apesar de anteriormente se ter salientado a importância do que acontece no decurso das fases da gravidez, como momentos ao longo dos quais o vínculo mãe-bebé se vai organizando, a verdade é que investir maternalmente um filho é um acto que se inicia muito antes da gestação ou do parto. O desejo de ter um filho, e as fantasias nascidas desse desejo, podem ser percebidas como a pré-história do *bonding* (Brazelton & Cramer, 1993), sendo precisamente no desenvolvimento e na articulação dessas mesmas fantasias que se inscreve um largo potencial responsivo da gestante e futura mãe.

Muito embora a vinculação da criança aos pais (e particularmente à mãe), tenha sido e continue a ser largamente investigada (Bowlby, 1976, 2002), o movimento contrário, ou seja, a vinculação dos pais à criança, ou *bonding*, ainda espelha um terreno praticamente intocável, que só agora começa a ser lavrado.

A ideia de que o envolvimento emocional dos pais é uma circunstância determinante para a qualidade da interação e dos cuidados que estes providenciam, e, por consequência, um factor que influencia o desenvolvimento da criança, tem sido, contudo, amplamente divulgada na literatura (Bayle, 2006; Bowlby, 1976, 2002; Brazelton *et al.*, 1987; Brazelton & Cramer, 1993; Brazelton, 2000; Figueiredo, 2003; Figueiredo *et al.*, 2005). Paradoxalmente, sabe-se muito pouco acerca das emoções que os pais dirigem ao feto/bebé, bem como do modo como se constrói e evolui o vínculo parental com o recém-nascido (Figueiredo, 2003).

Se nos centrarmos no conceito de laço de vinculação<sup>1</sup> que se refere à necessidade inata de manter a proximidade com o parceiro materno e relativamente

---

<sup>1</sup> Considerado por Holmes como a componente psicodinâmica da vinculação (Guedeney & Guedeney, 2004).

independente da procura alimentar, e o compararmos com o conceito de *bond*, percebemos que o que os distingue é a direcção do processo, uma vez que “o laço de vinculação se dirige do mais fraco para aquele que o protege” (Guedeney & Guedeney, 2004, p.38). Neste caso, do bebé para a mãe, constituindo-se como *a* forma primária de laço social que se institui como *a* matriz relacional, na medida em que o modelo construído a partir das relações com as figuras de vinculação, tem implicações na formação posterior de novas relações, influenciando a representação mental/simbólica que construímos dos outros e de nós próprios (Bowlby, 1976, 2002; Guedeney & Guedeney, 2004; Machado, 1995). O *bond*, ao contrário, refere-se ao “sentimento que aquele que presta os cuidados tem, de estar ligado à criança de que se ocupa”, ou seja trata-se do movimento contrário – dos pais (e particularmente da mãe) para o bebé (Guedeney & Guedeney, 2004, p.38).

Tendo como pano de fundo a diferenciação acima mencionada, Klaus e Kennell (1976) introduzem o conceito de *bonding* para designar a “relação emocional única, específica e duradoura” (Figueiredo, 2003, p.521) que se estabelece e se constrói a partir daquilo que se verifica durante a gravidez e, mais especificamente, no parto e após o parto (Figueiredo, Costa, & Morais, 1982; Figueiredo, 2003), principalmente nos primeiros momentos que se seguem ao parto (Klaus & Kennell, 1976; Klaus, Kennell, & Klaus, 2000); embora na estreita dependência do equipamento hormonal materno bem como da emergência de determinadas competências por parte do recém-nascido (Bowlby, 1976; Figueiredo, 2003; Figueiredo *et al.*, 2005). No entanto, o *bonding* não é um dado imediato que acontece sempre e logo aquando do primeiro contacto da mãe com o bebé, mas antes um processo gradual que se intensifica ao longo do primeiro ano de vida (MacFarlane, 1979; Robson & Kumar, 1980). Neste mesmo sentido, não deixa de ser importante que surja na mãe um estado específico, que Winnicott (1956) denominou de “*preocupação materna primária*”, que se desenvolve gradualmente ao longo da gravidez e se mantém nas primeiras semanas após o parto. Esta “*preocupação materna primária*”, segundo Winnicott (1956), constitui-se como uma disposição particular da mãe em relação ao bebé, possibilitando uma adaptação sensível e delicada às suas necessidades. Dito de outro modo, a preocupação materna primária traduz-se pela capacidade empática da mãe que consegue preocupar-se com o seu bebé, identificando-se com ele e proporcionando uma adaptação suficientemente boa que corresponda às suas necessidades desenvolvimentais (Winnicott, 1956).

Stern (1980, 1997), por sua vez, fala de uma “*constelação materna*” e mostra que, durante a gravidez, a mãe elabora progressivamente uma representação do bebé

(bebé imaginário) que facilita o envolvimento afectivo e a interacção adequada com a criança a seguir ao parto (bebé real). De facto, a presença de um «período crítico» ou «sensível» para o estabelecimento da resposta emocional da mãe ao bebé, nos momentos imediatos ao parto (Kennell, Trause, & Klaus, 1975), foi assinalada na sequência das investigações sobre o *imprinting*, levadas a cabo com mamíferos. Tais estudos verificaram que, no caso de não ter nenhum tipo de contacto logo a seguir ao parto, a mãe rejeita a cria. Este conceito, no entanto, tem vindo a ser parcialmente posto em causa, pois embora o período que se segue ao parto ofereça as condições óptimas para o estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé (*bonding*), tal não parece observar-se em todas as mulheres, e, mesmo noutros mamíferos, a vinculação materna pode estabelecer-se de um modo apenas gradual (Figueiredo, 2003).

O *bonding* tem sido descrito como um processo de adaptação mútua, no qual mãe e bebé activamente participam; estabelecendo-se gradualmente a partir dos momentos iniciais em que se dão os primeiros intercâmbios, geralmente considerados como fundamentais e determinantes para o relacionamento futuro na díade (Figueiredo 2003; Figueiredo *et al.*, 2005). Por conseguinte, o *bonding* não é um processo unidimensional, já que o comportamento do bebé participa e influencia a ligação afectiva que a mãe vai estabelecer com este (Klaus *et al.*, 2000). Para além disso, e assente na proposta inicial de Bowlby (1976), segundo a qual a sobrevivência do bebé (e da espécie) estaria dependente da proximidade da mãe, George e Solomon (1999, cit. *in* Figueiredo, 2003), salientam que o sistema de vinculação materna, que designam de “*maternal attachment*”, se desenvolve numa interacção constante com o sistema de vinculação do bebé, tendo a mesma função adaptativa: proporcionar a protecção e sobrevivência do mesmo (Figueiredo, 2003; Figueiredo *et al.*, 2005).

Em síntese, no processo de vinculação da mãe ao bebé ou *bonding* parecem existir múltiplas interferências de diversa ordem, nomeadamente biológica, psicológica e sócio-cultural, relacionadas com a gravidez, bem como com o parto e o pós-parto, referindo-se à mãe, mas também ao bebé e ao pai (Figueiredo *et al.*, 2005).

“Um filho nasce primeiro na imaginação e nos sonhos dos pais, logo, num plano emocional, nasce-se... antes de se nascer” (Sá, 2008, p.41). Por conseguinte, é durante a gravidez que a relação mãe-bebé se estrutura a partir das fantasias maternas, começando-se assim a tecer as primeiras malhas da vinculação materna ou *bonding* – o *bonding* pré-natal. Soulé (1990, cit. *in* Sá, 2004) entende este tipo de vinculação materna como a oscilação entre os conceitos de bebé fantasmático e de

bebé imaginário. Assim, ao longo da gravidez os pais oscilam entre uma pré-figuração do bebé que deriva das suas próprias experiências de filiação e identificação aos seus próprios pais – o bebé fantasmático – e a pré-figuração de um bebé imaginário que advém da ressonância da gravidez, exprimindo o pensamento e fantasias dos pais, sendo investido narcisicamente (Lebovici, 1987).

### **3. Antecipação da experiência de parto**

É incontornável que a preparação (ou reajustamento – nos caso das múltiparas) para a maternidade obriga à reorganização psicológica, relacional e social da mulher, implicando a resolução de um conjunto de tarefas desenvolvimentais, como referido. Uma dessas tarefas consiste no progressivo elaborar de uma antecipação adaptativa ao parto, o qual poderá possibilitar níveis mais adaptativos de ansiedade e um comportamento mais adequado na situação de parto e pós-parto (Crandon, 1979; MacDonald, Gynther, & Christakos, 1963; Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005).

Embora, muitas vezes, a antecipação da experiência de parto não se confirme posteriormente, os escassos estudos existentes sobre esta temática (Areskog *et al.*, 1984; Costa, 2004a; Costa *et al.*, 2004b; Costa *et al.*, 2006; Pacheco *et al.*, 2005) mostram que as expectativas prévias se relacionam e são susceptíveis de influenciar a experiência de parto, nomeadamente em relação à dor, tipo de parto, qualidade da experiência e ansiedade experienciada. Assim, a forma como a mulher antecipa o parto, nomeadamente as expectativas que alimenta, o medo e ansiedade que sente, bem como a informação de que dispõe, influenciam a forma como posteriormente a experiência de parto é sentida e vivida.

Um dos factores mais preponderantes na maior parte dos estudos (Areskog *et al.*, 1984; MacDonald *et al.*, 1963; Matthews, 1964), prende-se com a acentuada prevalência de medo e ansiedade associados à antecipação do parto, particularmente no decorrer do terceiro trimestre de gestação (Pacheco *et al.*, 2005); em parte, na medida em que o volume uterino atinge o seu máximo neste trimestre, decorrendo deste factor grande parte da variabilidade da expressão e intensidade de vários dados somáticos inerentes à gravidez, pelo que “(...) a dinâmica emocional e os diversos aspectos da personalidade manifestam-se, macroscopicamente, através de diversos sintomas e sinais (...) que envolvem alguma «dor mental», que ao ser traduzida em angústia, depressão, ou noutra «colorido psicopatológico» adjacente, expressa o mal-estar individual e relacional da mulher” (Biscaia & Sá, 1997, p.41).

Por outro lado, para Soifer (1991), os elevados níveis de ansiedade e medo são justificados na medida em que a antecipação da experiência de parto é

percepcionada pela maior parte das mulheres como comportando uma grande ansiedade de separação (sensação de «esvaziamento»), já que “para o inconsciente, o parto representa uma castração e o período pré-expulsivo configura a ameaça de que esta seja levada a cabo” (Soifer, 1991, p.57).

De qualquer modo, num estudo realizado por Areskog e colaboradores (1984), constatou-se que as mulheres com medo ante-natal do parto apresentam um risco acrescido de ter uma experiência de parto negativa, para além de, como defendem Figueiredo e colaboradores (2005), maiores dificuldades de vinculação com o bebé (*bonding*) no período pós-natal imediato. E, embora a ansiedade seja um factor comum ao processo gravídico normativo, a realidade é que um elevado número de mulheres atinge valores que podem ser considerados de risco, com claras implicações adversas na saúde e bem-estar das mesmas e do bebé (nomeadamente piores resultados obstétricos e parto prematuro) (Crandon, 1979; Erikson, 1975; Glover & O'Connor, 2002; Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993; McDonald *et al.*, 1963), mesmo após o período gestacional; parecendo relacionar-se com cuidados maternos desadequados e dificuldades ao nível do temperamento e comportamento da criança (Pacheco *et al.*, 2005).

#### **4. Experiência de parto**

O parto em si não é um acontecimento exclusivamente biológico, mas, também, um processo psicológico, social e cultural (Figueiredo, 2000), que coloca a mulher em contacto directo com a sua realidade interna, constituindo-se como um momento de grande vulnerabilidade emocional.

Ainda a propósito da experiência de gravidez e parto, a maior parte das mães descreve um mesmo conjunto de acontecimentos específicos (Figueiredo *et al.*, 2002), que têm vindo a ser universalmente reconhecidos como parte integrante da experiência de parto, nomeadamente a elevada preocupação com a dor e com a morte associadas ao parto (Lozoff, Jordan, & Malone, 1988). Na maior parte das vezes a experiência de parto é, sob diversos aspectos, relatada como uma experiência difícil, sendo que quanto mais difícil é, pior o ajustamento emocional da mulher no puerpério, assim como menos adequada a relação que estabelece com o bebé (Figueiredo *et al.*, 2002).

Neste contexto, a investigação tem vindo a mostrar que as experiências relativas ao parto são de extrema importância, interferindo de forma significativa no funcionamento emocional das mães, bem como no estabelecimento de uma relação adequada com o bebé (Costa 2004a; Costa *et al.*, 2004b; Cranley *et al.*, 1983; Erikson, 1975; Figueiredo *et al.*, 2002; Tulman, 1986). É neste sentido que alguns

autores se têm vindo a dedicar ao estudo dos factores susceptíveis de influenciar a experiência de parto, evidenciando a importância de algumas circunstâncias, como: o tipo de parto, a presença de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional, a dor sentida durante o parto e a possibilidade de contacto imediato com o bebé (Crandon, 1979; Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Erikson, 1975; Figueiredo *et al.*, 2002; Figueiredo, 2003; Figueiredo *et al.*, 2005; Leventhal, Leventhal, Shacham, & Easterling, 1989; Manning & Wright, 1983; Marut & Mercer, 1979; Matthews, 1964; Niven, 1988; Robson & Kumar, 1980; Tulman, 1986).

Quanto à possibilidade de contacto mãe-bebé após o parto, para além dos efeitos benéficos que decorrem da possibilidade de a mãe entrar e permanecer em contacto com o bebé logo a seguir ao parto, assinalados nos estudos realizados nos anos 70 por Klaus e Kennell (1976)<sup>2</sup>, mais recentemente foram observados resultados semelhantes em estudos realizados em diversos contextos culturais, designadamente no nosso país por Gomes Pedro (1982), mostrando a importância do contacto imediato com o bebé na qualidade da interacção e dos cuidados que a mãe providencia ao mesmo. Também no estudo elaborado por Costa (2004a), as mulheres que na vivência do pós-parto tiveram oportunidade de tocar nos seus bebés nos primeiros 5 minutos de vida experienciaram maior capacidade de relaxamento e viveram este período de forma significativamente mais positiva. De forma idêntica, as mulheres que puderam pegar nos seus bebés até 30 minutos após o parto, denotaram maior capacidade para relaxar, experienciaram menos sentimentos negativos e descreveram um maior suporte por parte do companheiro, bem como um pós-parto mais positivo e uma experiência de parto mais positiva na sua globalidade. No mesmo sentido, Cranley e colaboradores (1983), constataram a existência de uma associação positiva entre a percepção da mulher acerca da experiência de parto e os sentimentos demonstrados para com o bebé durante a primeira semana após o parto. Tendo-se verificado que as mulheres que revelaram uma percepção mais positiva do parto (avaliada pela *The Perception of Birth Scale*) denotaram resultados mais elevados na *Leifer Scale – “How I Feel About My Baby Now”* ( $r = .19; p = .04$ ). Deste modo, a promoção do contacto precoce mãe-bebé, é uma prática que tem vindo a ser cada vez mais implementada e privilegiada em contexto hospitalar, nomeadamente na Maternidade Bissaya Barreto (M.B.B.), que implementou o que

---

<sup>2</sup> Na investigação de Klaus e Kennell (1976), junto das mães a quem o bebé não foi retirado e se permitiu o contacto corporal com o mesmo nos momentos que se seguiram ao parto, verificou-se uma maior proximidade com o bebé um mês após o parto, estratégias mais eficazes de apaziguamento do mal-estar do bebé ao ano de idade e maior estimulação verbal do bebé aos 2 anos de idade.

designou de “Política do Aleitamento Materno”<sup>3</sup>, com uma série de 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e contacto precoce mãe-bebé; entre eles a promoção do início da amamentação na primeira meia hora após o parto, ainda na sala de partos, onde o contacto do recém-nascido com a pele da mãe é igualmente privilegiado logo após o nascimento, bem como a prática do alojamento conjunto, permitindo que mães e bebés permaneçam juntos 24 horas.

Neste sentido, o estudo do impacto da experiência de parto na satisfação com o mesmo e na ligação afectiva mãe-bebé (*bonding*), começa a ser alvo de interesse por parte de alguns investigadores (Costa, 2004a; Cranley *et al.*, 1983), tendo-se verificado a existência de uma associação significativa entre a satisfação da mulher com a experiência de parto e a qualidade dos sentimentos que dirige ao bebé no pós-parto e puerpério. Nestes casos, ao que tudo indica, quanto maior for a satisfação da mãe com a experiência de parto, maior será o seu envolvimento emocional positivo com o bebé (*bonding* positivo). A investigação conduzida neste domínio mostra ainda que, de acordo com as práticas que são definidas pela instituição, quanto mais a mãe se envolve e participa nas decisões relativas ao parto, bem como nos cuidados a prestar ao bebé logo a seguir ao parto, melhor é a sua experiência, bem como a qualidade da interacção que estabelece com o bebé (Bradley, Ross, & Warnyca, 1983; Cranley *et al.*, 1983; Robson & Kumar, 1980).

O medo é a resposta mais prevalecte quando as mulheres são questionadas acerca da experiência de parto. Este medo refere-se, sobretudo, à dor que podem vir a experimentar durante o trabalho de parto e parto, assim como ao bem-estar e sobrevivência da mãe e do bebé (Matthews, 1964; Niven, 1988). Ao longo do processo de trabalho de parto e de todas as alterações fisiológicas que lhe estão inerentes, o mal-estar físico e emocional materno aumentam até ao período expulsivo e ao primeiro contacto com o bebé (Figueiredo *et al.*, 2002). A intensidade de dor é, assim, em parte, responsável pela percepção da experiência de parto, bem como pelos sentimentos nutridos durante este período. É neste sentido que o factor dor tem merecido especial atenção por parte dos profissionais de saúde, particularmente nos últimos anos (Matthews, 1964; Niven, 1988).

De facto, a dor experimentada durante o trabalho de parto e parto não é facilmente esquecida, de tal modo que algumas mulheres relembram muitas vezes a dor intensa que sentiram, como se de uma situação traumática se tratasse, o que impede algumas delas de voltar a engravidar novamente (Niven, 1988). Para além disso, uma experiência de parto dolorosa e complicada pode levar a problemas psicológicos adicionais no pós-parto e puerpério, tais como distúrbios emocionais,

---

<sup>3</sup> Cf. Anexo 9.

problemas na amamentação e uma necessidade extra de ajuda prática em casa após a alta do hospital (Figueiredo *et al.*, 2002). Interferindo, também, de forma muito adversa, na disposição positiva da mulher para se envolver emocionalmente com o bebé, como mostram Robson e Kumar (1980), num estudo onde constatam que o envolvimento emocional da mãe com o bebé é significativamente mais demorado quando o parto é muito doloroso.

Com base nos estudos realizados sobre esta questão (Leventhal *et al.*, 1989), foi possível constatar que a maior parte das mulheres espera vir a sentir, e sente dor por ocasião do trabalho de parto e parto, sendo a dor uma das dimensões mais preponderantes da experiência de parto. No entanto, embora a dor sentida seja preponderante e considerada pela maior parte das mães como a pior parte de todo este processo, a experiência de parto não se reduz à experiência de dor. Costa e colaboradores (2004b), reconhecendo a duplicidade da situação, propuseram-se analisar a experiência de parto através da administração do *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto* (Q.E.S.P.), nos primeiros 5 dias do puerpério, a 115 mulheres primíparas utentes da Consulta Externa de Obstetria da Maternidade Júlio Dinis. Os resultados mostram que, durante o trabalho de parto e parto, a maioria das mulheres não vê confirmadas as suas expectativas prévias em relação a alguns aspectos: sentem-se excluídas das decisões médicas; consideram que têm pouca informação e preparação; vivenciam um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor; estão preocupadas com o estado de saúde do bebé e consideram útil o apoio do companheiro.

A intensidade de dor é mais elevada no trabalho de parto, diminui no parto, para voltar a aumentar no pós-parto, considerado como doloroso, embora a dor não pareça interferir com a capacidade da mulher para cuidar do bebé ou para se relacionar com o companheiro. De uma forma geral, embora se encontrem satisfeitas com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, as mulheres não estão insatisfeitas com a intensidade de dor que sentiram durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Isto é, apesar da maioria das mulheres vivenciar elevados níveis de dor, consideram a experiência de parto como uma experiência gratificante pelo que a avaliam positivamente.

### **5. Bonding perinatal – do bebé imaginário ao bebé real**

A vinculação materna perinatal encontra-se intimamente relacionada com todas as ocorrências que interagem aquando do trabalho de parto e parto: desde a intensidade e a extensão da dor, os acidentes no decurso do trabalho de parto e parto, até ao contacto extenso pele-a-pele mãe-bebé (Sá, 2004).

Para além disso, é de notar que é precisamente no momento do parto que se dá a confrontação entre o bebé imaginário e o bebé real (bebé recém-nascido, que os pais podem ver, ouvir e acariciar). Daí que os processos vinculativos perinatais, podendo não ser determinantes, possam ser francamente disruptivos (Bayle, 2006; Brazelton & Cramer, 1993; Sá, 2004); em particular nos casos em que a aproximação progressiva do bebé imaginário ao real não foi feita.

Assim, se se considerar o valor maturativo do espaço transaccional durante o qual o bebé imaginário dá lugar ao bebé real no interior da mãe, poder-se-á pressupor sobre o valor terapêutico do bebé nas mães que não criaram o espaço de ilusão-desilusão e foram incapazes de investir o bebé real dentro de si (Brazelton & Cramer, 1993). Bebé que num contexto analítico se constitui como um objecto de transferência (de sentimentos e relações inconscientes) – dando à mulher a possibilidade de, revivendo a sua situação de filha, recriar a imagem de uma boa mãe interna e, desse modo, poder ela própria tornar-se mãe (Brazelton & Cramer, 1993; Silva, 1997). O bebé constitui-se como o agente activo que mobiliza toda a maturação mental inerente à gravidez e experiência de parto, fragilizando psicologicamente a mãe na medida em que potencia todas as suas vivências afectivas, esbatendo assim todos os mecanismos defensivos que esta utilizava até então (Justo, 1986). É neste sentido que Soulé (1985, cit. in Bayle, 2006, p.26) nos diz que a experiência de parto coloca os pais a nu, numa espécie de “transparência psíquica”, aproximando-os dos seus desejos mais profundos e dos seus fantasmas menos elaborados, donde surgem algumas angústias centradas no bebé (Leitão, 1998).

## **6. Bonding pós-natal**

No pós-parto e puerpério, quando a adaptação mútua ocorre, tem lugar um sensível ajustamento entre a mãe e o bebé. Este ajustamento remete para a vinculação materna ou *bonding* pós-natal, que se encontra intimamente ligada à relação «contínente/conteúdo» de Bion (1991), que é operacionalizada como uma função mental, inicialmente desempenhada pela mãe em relação aos conteúdos psíquicos por elaborar do bebé, transformando-os no seu interior e devolvendo-lhos pensáveis. Assim, porque a mãe transforma as emoções e os afectos do bebé no seu interior, assume-se como continente dos conteúdos do bebé, devolvendo-lhe elementos pensáveis, transformados, imagens mentais (elementos  $\alpha$ ) que o tornam apto a organizar uma função pensante, a imaginar (função  $\alpha$ ). “Lê-me para que eu te possa ler”, poderá traduzir esta relação que estrutura o pensamento do bebé (Sá, 2003, p.131).

No entanto, muitas vezes tal não acontece, podendo verificar-se desajustamentos ou desinteresse da mãe pelo bebé que, conseqüentemente, pode levar à inexistência de um espaço psíquico disponível para ele na interacção (Nascimento, 2003), dando azo a distúrbios precoces na relação mãe-bebé.

## II. Objectivos e hipóteses

Alguns estudos (Costa, 2004a; Costa *et al.*, 2004b; Costa *et al.*, 2006; Cranley *et al.*, 1983; Robson & Kumar, 1980; Tulman, 1986) demonstram que a forma como a grávida antecipa a experiência de parto, bem como a forma como se vincula ao feto (bebé imaginário) durante a gravidez, pode influenciar o impacto que o momento do parto tem na vivência de “dar à luz” e, posteriormente, na vivência da maternidade; particularmente ao nível do estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé no pós-parto e puerpério (Figueiredo *et al.*, 2002; Figueiredo, 2003). No entanto, esta é ainda uma temática que necessita de maior aprofundamento por parte da investigação (Bradley *et al.*, 1983; Brazelton & Cramer, 1993; Brazelton, 2000; Costa, 2004a; Figueiredo, 2003; Gomes Pedro, 1982).

Neste sentido, o presente estudo tem como objectivos:

- (1) Explorar a forma como as mulheres primíparas e multíparas antecipam e experienciam o parto;
- (2) Explorar se a antecipação da experiência de parto se relaciona com a experiência evocada de parto;
- (3) Explorar a relação entre a antecipação da experiência de parto e o *bonding* ao bebé imaginário, no último trimestre de gestação, bem como entre a experiência de parto e o *bonding* ao bebé real no período pós-parto e puerpério.

O primeiro objectivo operacionaliza-se nas seguintes hipóteses:

H1. O tipo de antecipação do parto que as mulheres desenvolvem é uma função das experiências de parto vividas até então pelas mesmas. É expectável, neste contexto, que a antecipação do parto tal como é avaliada pelo Questionário de Antecipação do Parto (Q.A.P.) de Costa e colaboradores (2006), seja diferente entre grávidas primíparas e multíparas;

H2. O tipo de antecipação que as grávidas (primíparas e multíparas) fazem da experiência de parto, avaliado pelo Q.A.P., deve relacionar-se com experiências de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico passado/actual;

H3. O tipo de antecipação que as grávidas (primíparas e multíparas) fazem da experiência de parto, avaliado pelo Q.A.P., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica avaliada pelo Inventário de Sintomas

Psicopatológicos (B.S.I.) de Canavarro (1999);

H4. O tipo de experiência de parto que as mulheres evocam é uma função da antecipação que fazem dessa experiência, bem como das experiências de parto vividas até então pelas mesmas. É expectável, neste contexto, que o tipo de experiência de parto, tal como é avaliado pelo Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Q.E.S.P.) de Costa e colaboradores (2004b), difira entre recém-mães primíparas e multíparas;

H5. O tipo de experiência de parto, avaliado pelo Q.E.S.P., deve relacionar-se com a existência de experiências de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico passado/actual;

H6. O tipo de experiência de parto, avaliado pelo Q.E.S.P., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica, tal como é avaliada pelo B.S.I.;

H7. Em função das particularidades inerentes à gravidez e pós-parto, é expectável que a intensidade de sintomatologia psicopatológica, avaliada pelo B.S.I., difira nestes dois momentos.

O segundo objectivo operacionaliza-se na seguinte hipótese:

H8. Atendendo às relações que se estabelecem entre a antecipação do parto e a experiência de parto, referidas em H1 e H4, é expectável que o tipo de antecipação do parto, avaliado pelo Q.A.P., que as grávidas (primíparas e multíparas) desenvolvem se relacione com o tipo de experiência de parto vivido e reportado pelas recém-mães (primíparas e multíparas), tal como avaliado pelo Q.E.S.P..

O terceiro objectivo operacionaliza-se nas seguintes hipóteses:

H9. O estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé imaginário deve relacionar-se com a forma como a gravidez é vivida e sentida pela grávida (primípara e multípara). Neste contexto, é expectável que o *bonding* ao bebé imaginário, avaliado pela Escala de *Bonding* (E.B.) de Figueiredo e colaboradores (2005), se relacione com o tipo de antecipação do parto, avaliado pelo Q.A.P., desenvolvido pelas grávidas primíparas e multíparas;

H10. O *bonding* ao bebé imaginário, avaliado pela E.B., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica na grávida tal como esta é avaliada pelo B.S.I.;

H11. O estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé real, no período pós-parto, deve relacionar-se com a forma como o parto é vivido e sentido pela recém-mãe (primípara e multípara). Neste contexto, é expectável que o *bonding* ao bebé real, avaliado pela E.B., se relacione com o tipo de experiência de parto evocada pelas recém-mães (primíparas e multíparas) no Q.E.S.P.;

H12. O *bonding* ao bebé real, avaliado pela E.B., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica na recém-mãe, tal como esta é avaliada pelo B.S.I.;

H13. É expectável que o tipo de experiência de parto, avaliado pelo Q.E.S.P., determine mudanças no período pós-parto no que respeita ao envolvimento afectivo mãe-bebé real (*bonding* ao bebé real), quando comparado com o envolvimento afectivo mãe-bebé imaginário (*bonding* ao bebé imaginário) durante a gravidez, tal como estes são avaliados pela E.B..

### III. Metodologia

#### 1. Amostra

A amostra foi recolhida na Unidade de Intervenção Precoce (U.I.P.) da M.B.B.<sup>4</sup> no período compreendido entre Novembro de 2007 e Abril de 2008.

Tendo em conta os objectivos do estudo e os critérios de exclusão previamente definidos<sup>5</sup>, integraram a amostra, num primeiro momento, 50 mulheres grávidas entre as 22 e as 39 semanas de gestação (terceiro trimestre de gestação). Num segundo momento (pós-parto/puerpério), apenas se revelaram disponíveis 33 das 50 mulheres anteriormente referidas (21 primíparas e 12 múltíparas), o que corresponde a 66.0% das que foram inquiridas durante a gravidez.

Procurando cumprir os propósitos do estudo, a amostra foi dividida em dois grupos: primíparas e múltíparas.

#### *Caracterização sócio-demográfica das grávidas*

No que concerne à paridade, 56.0% (n=28) das mulheres eram primíparas, situando-se a média das idades nos 27.50 anos (DP = 4.85).

Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maior parte das mulheres primíparas eram casadas [60.7% (n=17)], 28.6% (n=8) viviam em união de facto e 10.7% (n=3) eram solteiras. Entre as mulheres múltíparas, a esmagadora maioria era casada, constituindo 90.9% (n=20) desta subamostra, ao passo que 4.5% (n=1) eram solteiras e igual percentagem vivia em união de facto.

---

<sup>4</sup> As utentes dos serviços da M.B.B. vêm por iniciativa própria, por influência familiar ou encaminhadas por outros serviços de saúde pública, tais como: centros de saúde, hospitais, maternidades, centros de atendimento a toxicodependentes bem como tribunais. Das utentes da M.B.B. apenas algumas são encaminhadas para a Unidade de Intervenção Precoce, após uma triagem efectuada na Consulta Externa, no Internamento, na Urgência e/ou na Unidade de Diagnóstico Pré-Natal.

<sup>5</sup> Analfabetismo e/ou desconhecimento da Língua Portuguesa e tempo gestacional inferior ao terceiro trimestre.

Quanto à constituição do agregado familiar, e no que respeita às mulheres primíparas, verificou-se que 82.1% (n=23) viviam só com o companheiro, observando-se que 7.1% (n=2) viviam sozinhas e que igual percentagem vivia com o companheiro e outros familiares. No que respeita às mulheres múltíparas, a esmagadora maioria (95.5%; n=21) vivia com o companheiro e apenas uma (4.5%) vivia sozinha.

Analisando a zona de residência, verificou-se que a maioria das mulheres primíparas (60.7%; n=17) residia em zonas rurais e 39.3% (n=11) numa zona urbana. Verificando-se a mesma tendência (predominância da zona rural face à zona urbana) no grupo das múltíparas, com 54.5% (n=12) e 45.5% (n=10), respectivamente.

No que concerne à escolaridade, procedeu-se a uma divisão em três grupos (até ao 9º ano de escolaridade, do 9º ao 12º anos de escolaridade e acima do 12º ano). No grupo das mulheres primíparas, 60.7% (n=17) revelaram uma formação ao nível do ensino superior, seguidas de 32.1% (n=9) com o ensino secundário completo, sendo que apenas 7.1% (n=2) detinham o ensino básico. Por sua vez, no grupo das mulheres múltíparas, 50% (n=11) possuíam o ensino secundário completo, 31.8% (n=7) detinham uma formação ao nível do ensino superior e 18.2% (n=4) apresentavam o ensino básico completo.

No que respeita à actividade profissional<sup>6</sup>, constatou-se que a maioria das mulheres primíparas (28.0%) pertencia a “Quadros Superiores” ou “Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas”. Seguidas, em igual percentagem (19.0%), de “Técnicos e profissionais de nível intermédio”, “Pessoal administrativo” e “Pessoal dos Serviços e Vendedores”. Verificou-se, ainda, que 25.0% das mulheres deste grupo se constituíam como “Trabalhadores não qualificados”.

No grupo das múltíparas, 27.2% pertenciam a “Quadros Superiores” ou correspondiam a “Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas”, 27.3% constituíam-se como “Técnicos e profissionais de nível intermédio” ou “Pessoal administrativo” e 31.8% pertenciam ao grupo “Pessoal dos Serviços e Vendedores”. Registrando-se 18.8% de “Trabalhadores não qualificados”.

É de notar que a maioria das mulheres referiu nunca ter tido acompanhamento psicológico (62.0%; n=31) ou psiquiátrico (74.0%; n=37) no passado, nem actualmente [(84.0%; n=42) e (90.0%; n=45), respectivamente], constatando-se esta tendência tanto no grupo primíparas como no grupo múltíparas.

---

<sup>6</sup> Ao nível da actividade profissional as grávidas foram classificadas em 9 categorias correspondentes aos 9 grandes grupos da Classificação Nacional de Profissões (CNP), de 1994.

Quanto à existência de problemas de saúde/médicos, verificou-se uma situação idêntica, ou seja, a maioria [82.1% (n=23) no grupo das primíparas e 86.4% (n=19) no grupo das múltíparas] referiu não ter qualquer tipo de problemas desta natureza.

#### *Dados relativos à gravidez*

Relativamente ao tempo de gestação, foram referidos valores compreendidos entre as 22 e as 39 semanas, obtendo-se a média de 32.90 semanas (DP= 4.35); metade das mulheres referiu tempos de gestação iguais ou superiores a 34 semanas.

Quanto ao planeamento da gravidez, encontraram-se diferenças entre os dois grupos, na medida em que a maioria das grávidas primíparas (60.7%; n=17) afirmou ter planeado a gravidez, ao contrário do que acontece no grupo múltíparas com 59.1% (n=13) a referirem não o ter feito.

Metade das mulheres já tinha tido a confirmação de que o bebé que esperavam era do sexo masculino, (50% em ambos os grupos) passando-se o mesmo, mas para o sexo feminino em 46.4% (n=13) dos casos nas primíparas e em 50% (n=11) nas múltíparas. No entanto, no que respeita à preferência pelo sexo do bebé, a maioria afirmou não ter preferência [71.4% (n=20) no grupo das primíparas e 68.2% (n=15) no grupo das múltíparas].

A maior parte das mulheres [75% (n=21) no grupo das primíparas e 86.4% (n=19) no grupo das múltíparas] afirmou não ter tido complicações médicas durante a gravidez.

#### *Informações relativas ao parto e pós-parto*

A maioria das mulheres [71.4% (n=15) no grupo das primíparas e 91.7% (n=11) no grupo das múltíparas] teve um parto de termo. No grupo das primíparas, 23.8% (n=5) tiveram um parto prematuro, ao passo que entre as mulheres múltíparas esta situação apenas se verificou uma única vez (8.3%). A este nível, entre as mulheres primíparas registou-se o único caso (4.8%) de parto pós-termo da amostra.

Nas mulheres primíparas, a maioria dos partos (71.4%) foram eutócitos e 28.6% distócitos, sendo que 4.8% destes foram induzidos. De entre os partos eutócitos, 9.5% foram espontâneos e 19% induzidos. Em 28.6% foram utilizados fórceps, em 9.5% ventosas, e ambos os procedimentos instrumentais em 4.8% dos partos. Nas mulheres múltíparas, verificou-se a mesma tendência, com 66.7% dos partos a serem eutócitos e 33.3% distócitos. De entre os partos eutócitos, 33.3% foram espontâneos e 25% induzidos, tendo-se recorrido em 8.4% dos casos a fórceps. Ou seja, nas mulheres múltíparas ocorreram menos partos instrumentais.

A maioria das mulheres primíparas (85.7%; n=18) recorreu a anestesia epidural, ao passo que nas restantes o parto decorreu sem recurso a anestesia (4.8%; n=1) ou com anestesia geral (9.5%; n=2). De igual modo, também a maioria das mulheres múltíparas (75%; n=9) recorreu a anestesia epidural, ao passo que 16.7% (n=2) optou por não recorrer a anestesia, tendo as restantes 8.3% (n=1) efectuado o parto com recurso a anestesia geral.

A maioria dos partos foram acompanhados, mais precisamente em 71.4 % das primíparas (n=15) e em 58.3% das múltíparas (n=7). O pai do bebé foi a companhia mais frequente [80% (n=12) no grupo das mulheres primíparas e 42.9 % (n=3) no das mulheres múltíparas].

#### *Dados relativos ao recém-nascido*

Todos os bebés nasceram saudáveis e com um peso compreendido entre 2.230 kg e 4.285 kg, sendo o peso médio de 3.284 kg (DP= 0.497). Segmentando a amostra por grupos de participantes, constatou-se que nas primíparas a maioria dos bebés (52.4%; n=11) nasceu com um peso compreendido entre 3.000 e 3.500 kg. Ao passo que nas múltíparas em 33.3% (n=4) os bebés nasceram com um peso ligeiramente inferior, mas dentro dos parâmetros considerados normais (entre 2.500 e 3.000 kg). A maioria dos bebés [82.3% (n=14) no grupo primíparas e 60.0% (n=6) no grupo múltíparas] apresentou um índice de APGAR ao quinto minuto igual a 10.

Nas mulheres primíparas, o bebé permaneceu junto da mãe após o nascimento em 95.2% dos casos (n=20) e nas múltíparas em todos eles. A esmagadora maioria das mulheres primíparas (90.5%; n=19) referiu, ainda, ter alimentado o bebé ao peito. Por sua vez, a totalidade das mulheres múltíparas referiu ter amamentado ao peito os seus bebés.

## **2. Instrumentos**

A recolha de dados foi efectuada com os instrumentos que passamos a descrever em seguida.

### **2.1 Questionário 1 – 3º trimestre de gestação**

Este primeiro questionário abrange 19 questões distribuídas por duas partes: na primeira parte avaliam-se as variáveis sócio-demográficas como a idade, a zona de residência, a escolaridade, a actividade profissional, o estado civil e o agregado familiar, bem como algumas variáveis psicológicas, como o acompanhamento psicológico/psiquiátrico passado e/ou actual. Na segunda parte, o questionário centra-se na recolha de dados relativos à gravidez, incluindo as semanas de gestação,

se se tratou ou não de uma gravidez planeada, em que momento ocorreu a confirmação da gravidez, preferência pelo sexo do bebé, sexo do bebé, bem como complicações médicas durante a gravidez.

### **2.2 Questionário 2 – pós-parto (1º mês de vida do bebé)**

O período pós-parto foi avaliado/estudado com um segundo questionário de 21 itens composto para o efeito. Este questionário organiza-se em três partes: na primeira são estudadas as variáveis sócio-demográficas e psicológicas (alteração da zona de residência, escolaridade, actividade profissional, estado civil, agregado familiar, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico actual, bem como presença de problemas de saúde), na segunda os dados relativos à vivência do parto e pós-parto (nomeadamente tipo de parto, recurso a anestesia, tipo de anestesia, suporte social durante o parto e complicações no pós-parto) e na terceira e última parte as informações relativas ao recém-nascido, bem como à interacção precoce mãe-bebé no pós-parto e puerpério (peso à nascença, APGAR, saúde do bebé, permanência do bebé junto da mãe no pós-parto e aleitamento).

### **2.3 Questionário de Antecipação do Parto (Q.A.P.)**

O Q.A.P.<sup>7</sup> validado para a população portuguesa por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques e Pais (2006), visa essencialmente avaliar as diferentes dimensões envolvidas na forma como as mulheres grávidas antecipam e planeiam a experiência de parto. Trata-se de um questionário de auto-resposta, constituído por 52 questões, respeitantes às expectativas da grávida relativamente a diferentes acontecimentos referentes ao trabalho de parto, parto e pós-parto. Abrange temas como: “antecipação da dor; preocupações com o bem-estar próprio e do bebé; planeamento e preparação para o parto; suporte esperado de pessoas significativas”, entre outros aspectos (Costa *et al.*, 2006, p.256).

Cada item é respondido numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, existindo ainda duas questões que assumem um formato dicotómico (“sim/não”) (Costa *et al.*, 2006).

---

<sup>7</sup> A construção e validação do Q.A.P. foram pensadas com base num instrumento de 29 itens elaborado e validado por Marut e Mercer (1979), para avaliar o modo como a mulher antecipa a experiência de parto. Assim, alguns dos aspectos presentes neste instrumento como, por exemplo, “a satisfação antecipada com a experiência de parto e capacidade para desfrutar do primeiro contacto com o bebé”, foram mantidos no Q.A.P., que contempla igualmente outras temáticas (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2006).

Segundo Costa e colaboradores (2006), os itens do Q.A.P. são passíveis de se organizarem em seis subescalas:

(S1 do Q.A.P.) – “Planeamento e preparação para o parto”, constituída por 8 itens relativos à tomada de decisão quanto ao local e forma como se quer que o parto decorra, treino de métodos de relaxamento para aquando do trabalho de parto e parto, informação quanto aos procedimentos relativos ao trabalho de parto e parto;

(S2 do Q.A.P.) – “Expectativas quanto ao parto”, constituída por 14 itens relativos à intensidade de dor e sentimentos esperados quanto ao trabalho de parto e parto;

(S3 do Q.A.P.) – “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” constituída por 13 itens relativos ao estado de saúde (da mãe e do bebé) durante e após o parto e às consequências (sequelas físicas e/ou psicológicas, morte) que o parto pode ter, quer para a mãe, quer para o bebé;

(S4 do Q.A.P.) – “Expectativas quanto ao pós-parto”, constituída por 6 itens relativos à intensidade de dor sentida no pós-parto;

(S5 do Q.A.P.) – “Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”, constituída por 4 itens relativos às atitudes da mãe para com o bebé e o companheiro (exemplo, interferência da dor nos cuidados prestados ao bebé e na relação com o companheiro);

(S6 do Q.A.P.) – “Expectativas quanto ao suporte social”, constituída por 7 itens relativos ao apoio que a grávida espera obter por parte de figuras significativas (companheiro, familiares, amigos) durante o parto e pós-parto.

As subescalas estão organizadas de forma a que quanto mais elevada a cotação, mais positiva a antecipação do parto. Neste sentido, os autores do instrumento optaram por inverter a cotação dos itens que constituem a subescala “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” (S3). Assim, nesta subescala, quanto maior a pontuação menores as preocupações da mulher com a saúde e consequências adversas do parto, logo mais positiva a antecipação do parto. Desta forma, os itens são somados de modo a que uma cotação mais elevada na escala total do Q.A.P. corresponda a uma antecipação mais positiva do parto.

Trata-se de um instrumento com boas características psicométricas: Teste-Reteste de .690; *Alpha de Cronbach* de .851 e *Split-Half* de .589.

#### **2.4 Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Q.E.S.P.)**

O Q.E.S.P.<sup>8</sup>, validado para a população portuguesa por Costa, Figueiredo,

<sup>8</sup> A construção e validação do Q.E.S.P. (à semelhança do Q.A.P.), foi pensada com base num instrumento de 29 itens elaborado e validado por Marut e Mercer (1979), para

Pacheco, Marques e Pais (2004b), visa essencialmente avaliar a percepção da mulher acerca da experiência de parto. Trata-se de um questionário de auto-resposta constituído por 104 questões referentes às expectativas; experiência; satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As respostas que se reportam à experiência, satisfação, expectativas e dor são obtidas a partir de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos. As questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora se encontrem organizadas numa escala tipo *Likert*, variam entre 0 e 10 (Costa *et al.*, 2004b).

Segundo Costa e colaboradores (2004b), a Análise Hierárquica de Clusters permitiu a identificação de oito subescalas:

(S1 do Q.E.S.P.) – “Condições e cuidados Prestados”, constituída por 14 itens relativos à qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde;

(S2 do Q.E.S.P.) – “Experiência positiva”, constituída por 22 itens relativos à confirmação de expectativas, auto-controlo, auto-confiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto;

(S3 do Q.E.S.P.) – “Experiência negativa”, constituída por 12 itens que se referem ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto;

(S4 do Q.E.S.P.) – “Relaxamento”, constituída por 6 itens relativos à experiência de relaxamento durante o trabalho de parto e parto;

(S5 do Q.E.S.P.) – “Suporte social”, constituída por 3 itens relativos ao apoio proporcionado por pessoas significativas;

(S6 do Q.E.S.P.) – “Suporte do companheiro”, constituída por 8 itens relativos especificamente ao apoio do companheiro;

(S7 do Q.E.S.P.) – “Preocupações”, constituída por 14 itens referentes a preocupações com a própria e com o bebé;

(S8 do Q.E.S.P.) – “Pós-parto”, constituída por 25 itens relativos a aspectos relacionados com a vivência do pós-parto.

As subescalas estão organizadas de forma a que quanto mais elevada a cotação, mais positiva a experiência e satisfação com o parto, à excepção das subescalas S3 (“Experiência negativa”) e S7 (“Preocupações”), em que quanto mais elevada a cotação, menos positiva a experiência e satisfação com o parto. No sentido de dar significado ao valor da cotação do Q.E.S.P., em termos da sua pontuação total

---

avaliar a percepção da mulher acerca da experiência de parto. Assim, alguns dos aspectos presentes neste instrumento como, por exemplo, “a intensidade de dor sentida”, os “sentimentos positivos de confiança, controlo, prazer e satisfação”, o “suporte social”, os “sentimentos desagradáveis”, a “satisfação com a experiência de parto e a capacidade para desfrutar do primeiro contacto com o bebé”, foram mantidos.

ser tanto mais elevada quanto mais positiva a experiência e satisfação com o parto por parte da recém-mãe, as pontuações das subescalas S3 (“Experiência negativa”) e S7 (“Preocupações”) são subtraídas ao somatório das pontuações das restantes subescalas.

O estudo psicométrico mostra que o Q.E.S.P. apresenta muito boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* de .90; *Coefficiente de Split-half* de .68) e consistência temporal aceitável (teste-reteste de .50). Por permitir a identificação de experiências de parto menos positivas, susceptíveis de se traduzirem em dificuldades de ajustamento após o parto, o Q.E.S.P. é um instrumento que se pode revelar útil para os técnicos e investigadores da área da saúde reprodutiva (Costa *et al.*, 2004b).

### **2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (B.S.I.)**

O *Brief Symptom Inventory* – B.S.I. (Derogatis, 1982, cit. *in* Canavarro, 1999) traduzido para a população portuguesa em 1999 por Canavarro, foi desenvolvido numa tentativa de responder à desvantagem (tempo prolongado de administração) apontada ao SCL-90-R; constituindo-se actualmente como um dos questionários de auto-resposta mais utilizados.

Visa, essencialmente, avaliar a presença e intensidade de diferentes sintomas psicopatológicos, sendo para o efeito composto por 53 itens de auto-resposta, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos. Segundo Derogatis (1982, cit. *in* Canavarro, 1999, p.7-10), os itens do B.S.I. são passíveis de se agruparem em nove dimensões de sintomatologia distintas:

(D1 do B.S.I.) – “Somatização”, constituída por 7 itens que reflectem o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes desta dimensão;

(D2 do B.S.I.) – “Obsessões-Compulsões”, constituída por 6 itens referentes a sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada;

(D3 do B.S.I.) – “Sensibilidade Interpessoal”, constituída por 4 itens centrados nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interacções sociais são as manifestações características desta

dimensão;

(D4 do B.S.I.) – “Depressão”, constituída por 6 itens que reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida;

(D5 do B.S.I.) – “Ansiedade”, constituída por 6 itens que se constituem como indicadores gerais, tais como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico;

(D6 do B.S.I.) – “Hostilidade”, constituída por 5 itens que incluem pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera;

(D7 do B.S.I.) – “Ansiedade Fóbica”, constituída por 5 itens que se reportam à resposta de medo persistente que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento;

(D8 do B.S.I.) – “Ideação Paranóide”, constituída por 5 itens, representativos do comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação;

(D9 do B.S.I.) – “Psicoticismo”, constituída por 5 itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento.

Os restantes 4 itens não pertencem a nenhuma destas dimensões, tendo sido mantidos por se referirem a sintomatologia considerada relevante. O inventário permite também obter três índices globais de perturbação (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos) sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional.

Os estudos psicométricos revelam boa fidelidade (*Alpha de Cronbach* de .797 para a “Obsessão-Compulsão”; .760 para a “Sensibilidade Interpessoal; .728 para a “Depressão”; .766 para a “Ansiedade”; .759 para a “Hostilidade” e .718 para a “Ideação Paranóide”). As escalas de “Ansiedade Fóbica” e de “Psicoticismo” apresentam menor fidelidade (*Alpha de Cronbach* de .624 e de .621, respectivamente); tendo sido encontrada boa estabilidade temporal. Quanto à validade da versão portuguesa deste instrumento, os estudos revelam uma boa validade discriminativa com um *Lambda de Wilks* de .17 (Canavarro, 1999).

## 2.6. Escala de Bonding (E.B.)

A versão original da *Escala de Bonding* (E.B.), a *Mother-Baby Bonding Questionnaire* [Taylor, Adams, Doré, Kumar, & Glover, (*in press*) cit. in Figueiredo *et al.*, 2005], é constituída por 8 itens de auto-resposta numa escala tipo *Likert* de 4 pontos. Ao ser posteriormente traduzida e acrescentada por Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais (2005), deu origem à versão portuguesa alargada do instrumento.

O conceito de *Bonding* tem sido descrito como compreendendo dois aspectos: o primeiro, relaciona-se com a “(...) preocupação com a segurança e bem-estar do bebé”; o segundo, diz respeito ao “(...) investimento emocional e ao espaço mental que o bebé ocupa no universo representativo dos pais” (Figueiredo *et al.*, 2005, p.136).

A E.B. destina-se a avaliar mais directamente o segundo aspecto (Figueiredo *et al.*, 2005, p.149), sendo composta por 12 itens referentes à presença e intensidade de diferentes emoções em relação ao bebé.

Segundo Figueiredo e colaboradores (2005), os itens da E.B. são passíveis de se organizarem satisfatoriamente em três subescalas:

(S1 da E.B.) – “*Bonding* Positivo”, constituída por 3 itens que medem o “envolvimento emocional positivo”;

(S2 da E.B.) – “*Bonding* Negativo”, constituída por 6 itens que avaliam o “envolvimento emocional negativo”;

(S3 da E.B.) – “*Bonding Not Clear*”, constituída por 3 itens que por sua vez sinalizam a “indefinição ou confusão no envolvimento emocional dos pais para com o bebé”. (Figueiredo *et al.*, 2005, p.143).

Pontuações elevadas na subescala “*Bonding* Positivo” (S1) significam um envolvimento emocional mais positivo. Por sua vez, pontuações elevadas nas subescalas “*Bonding* Negativo” (S2) e “*Bonding Not Clear*” (S3) traduzem, respectivamente, a presença de um maior número de sentimentos negativos e de alguma indefinição ou confusão no envolvimento emocional, neste caso da mulher para com o bebé. “No sentido de dar significado ao valor da cotação da escala de *Bonding*, em termos da sua pontuação total ser tanto mais elevada quanto melhor o *bonding* dos pais para com o bebé, as pontuações das subescalas *Bonding* Negativo e *Bonding Not Clear* são subtraídas à pontuação da subescala *Bonding* Positivo” (Figueiredo *et al.*, 2005, p.141).

A E.B. trata-se de um instrumento moderadamente robusto, na medida em que, embora não preencha os critérios de excelência, oferece índices satisfatórios de fidelidade e validade (*Alpha de Cronbach* de .447, Coeficiente de Bipartição de .526

e Coeficiente de Correlação de *Spearman* de .491) (Figueiredo *et al.*, 2005).

#### IV. Apresentação dos resultados

**H1. O tipo de antecipação do parto que as mulheres desenvolvem é uma função das experiências de parto vividas até então pelas mesmas. É expectável, neste contexto, que a antecipação do parto tal como é avaliada pelo Questionário de Antecipação do Parto (Q.A.P.) de Costa e colaboradores (2006), seja diferente entre grávidas primíparas e múltíparas.**

Os resultados<sup>9</sup> obtidos no Q.A.P.<sup>10</sup> (*cf.* Anexo 11 - Quadro 5), revelaram que o grupo das primíparas apresentou uma ligeira superioridade em relação ao grupo das múltíparas na escala total e no que concerne às subescalas: S2 (“Expectativas quanto ao parto”) e S4 (“Expectativas quanto ao pós-parto”) do Q.A.P..

Por sua vez, as pontuações das mulheres múltíparas revelaram-se superiores quando comparadas com as das primíparas, nas subescalas S1 (“Planeamento e preparação para o parto”), S3 (“Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”) e S6 (“Expectativas quanto ao suporte social”) do Q.A.P..

**H2. O tipo de antecipação que as grávidas (primíparas e múltíparas) fazem da experiência de parto, avaliado pelo Q.A.P., deve relacionar-se com experiências de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico passado/actual.**

Para verificar esta hipótese estudou-se primeiro a relação entre a existência de acompanhamento psiquiátrico passado/actual e o tipo de antecipação que as grávidas (primíparas e múltíparas) fazem do parto, seguida da relação entre a existência de acompanhamento psicológico passado/actual e o tipo de antecipação do parto desenvolvido pelas mesmas (primíparas e múltíparas).

Nestes diferentes estudos, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, tendo-

---

<sup>9</sup> Ao nível destas observações, ter-se-á em conta a mediana, uma vez que se figura a medida de tendência central mais adequada para a descrição de dados em que as distribuições são pouco simétricas.

<sup>10</sup> Atendendo a que os autores do Q.A.P. (Costa *et al.*, 2006) preconizam uma avaliação através da soma das pontuações dos itens e que as subescalas têm, na sua constituição, um número diferente de itens, a comparação dos resultados entre elas não pode ser feita de forma linear. Por este motivo optou-se por calcular médias ponderadas. Desta forma, as médias são expressas numa escala compreendida entre 1 e 4, independentemente do número de itens.

-se verificado que o “acompanhamento psiquiátrico passado” (*cf.* Anexo 11 – Quadro 6) apenas se revelou pertinente, no grupo múltiparas, no que concerne à subescala S5 (“Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”) do Q.A.P. ( $p=.013$ ). As mulheres múltiparas que tiveram acompanhamento psiquiátrico no passado apresentaram expectativas mais elevadas durante a gravidez quanto à relação com o bebé e o companheiro, comparativamente com as múltiparas que nunca tiveram acompanhamento psiquiátrico.

Quanto à relação entre “acompanhamento psiquiátrico actual” e o “tipo de antecipação do parto”, bem como entre “acompanhamento psicológico passado/actual” e o “tipo de antecipação que as grávidas fazem do parto” (*cf.* Anexo 11 – Quadros 7, 8 e 9), não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ).

### **H3. O tipo de antecipação que as grávidas (primíparas e múltiparas) fazem da experiência de parto, avaliado pelo Q.A.P., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica avaliada pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos (B.S.I.) de Canavarro (1999).**

Através da análise dos resultados alcançados com o B.S.I. (*cf.* Anexo 11 – Quadro 10), pode-se dizer que durante a gravidez, a intensidade dos sintomas psicopatológicos foi relativamente baixa, situando-se os valores médios e medianos abaixo de 1 em todas as dimensões e em ambos os grupos. Esta conclusão é ainda corroborada pelo facto do Índice Geral de Sintomas também apresentar valores inferiores a 1. No mesmo sentido, o Índice Total de Sintomas Positivos (53 como máximo), apresentou valores relativamente baixos, situando-se em torno de 21 na aplicação do inventário durante a gravidez. Por sua vez, o Índice de Sintomas Positivos (podendo variar entre 1 e 4 pontos), revelou valores médios e medianos próximos do mínimo da escala.

Numa análise comparativa entre dimensões e índices, verificou-se que durante a gravidez, as mulheres deste estudo evidenciaram maior intensidade de sintomas Obsessivo-Compulsivos, Somáticos, Ansiosos e Hostis e menor intensidade de sintomas de Sensibilidade Interpessoal, Psicóticos e de Ansiedade Fóbica. Comparando agora os dois grupos de mulheres – primíparas e múltiparas – e apesar das pontuações baixas, é possível constatar atendendo à mediana, que na maioria das situações em que os resultados diferiram entre os dois grupos, foram as mulheres primíparas que revelaram pontuações mais elevadas. Durante a gravidez, apenas na D8 (“Ideação Paranóide”) do B.S.I. se verificaram pontuações mais

elevadas por parte das mulheres múltiparas em relação às primíparas. Em todas as outras dimensões e índices, é o grupo primíparas que se associa a valores mais elevados (*cf.* Anexo 11 – Quadro 10).

A relação entre as variáveis “presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica” e “tipo de antecipação do parto”, foi estudada através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância.

Os resultados (*cf.* Anexo 11 – Quadro 11) evidenciaram que para as grávidas primíparas ocorreram duas correlações estatisticamente significativas (a primeira positiva e a segunda negativa) ( $p < .05$ ) entre S1 (“Planeamento e preparação para o parto”) do Q.A.P. e D5 (“Ansiedade”) do B.S.I., e entre S3 (“Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”) do Q.A.P. e D6 (“Hostilidade”) do B.S.I. Neste sentido, pode-se dizer que quanto mais ansiosas se revelaram as mulheres primíparas, mais elevado foi o seu nível de planeamento e preparação para o parto. Por sua vez, quanto mais elevados os sintomas psicopatológicos de hostilidade maior a preocupação com a saúde e consequências adversas do parto.

Quanto às mulheres múltiparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 12), verificou-se que apenas a S5 (“Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”) do Q.A.P. revelou correlações estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) com a D1 (“Somatização”) e D7 (“Ansiedade Fóbica”) do B.S.I., bem como com o “Índice Geral Sintomas” e “Total de Sintomas Positivos” do mesmo instrumento. Isto é, para as grávidas múltiparas, quanto mais elevadas as suas expectativas relativamente à relação com o bebé e com o companheiro, mais elevados os sintomas psicopatológicos de somatização e ansiedade fóbica, bem como a globalidade de sintomatologia psicopatológica.

**H4. O tipo de experiência de parto que as mulheres evocam é uma função da antecipação que fazem dessa experiência, bem como das experiências de parto vividas até então pelas mesmas. É expectável, neste contexto, que o tipo de experiência de parto, tal como é avaliado pelo Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Q.E.S.P.) de Costa e colaboradores (2004b), difira entre recém-mães primíparas e múltiparas.**

Os resultados obtidos no Q.E.S.P.<sup>11</sup> (*cf.* Anexo 11 – Quadro 13), revelaram

---

<sup>11</sup> Para fazer a análise dos resultados referentes à avaliação da experiência e satisfação com o parto procedeu-se de forma idêntica à descrita para a antecipação do parto.

que o grupo primíparas apresentou pontuações superiores ao grupo múltiparas, no que diz respeito às subescalas S3 (“Experiência negativa”), S4 (“Relaxamento”), S6 (“Suporte do companheiro”) e S7 (“Preocupações”) do Q.E.S.P.. Assim, as mulheres primíparas, apesar de se terem revelado satisfeitas com os níveis de relaxamento alcançados, bem como com o suporte que receberam por parte do companheiro, vivenciaram uma experiência de parto menos positiva do que as múltiparas, revelando maiores preocupações no pós-parto do que estas últimas.

Por sua vez, as mulheres múltiparas denotaram pontuações mais elevadas do que as primíparas na escala total e nas subescalas S1 (“Condições e cuidados prestados”), S2 (“Experiência positiva”), S5 (“Suporte social”) e S8 (“Pós-parto”) do Q.E.S.P.. Estes resultados evidenciam que estas mulheres vivenciaram uma experiência de parto mais positiva do que as primíparas no que respeita às condições e cuidados prestados, experiência positiva, suporte social, pós-parto, bem como no seu global.

**H5. O tipo de experiência de parto, avaliado pelo Q.E.S.P., deve relacionar-se com a existência de experiências de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico passado/actual.**

Para verificar esta hipótese estudou-se primeiro a relação entre a existência de acompanhamento psiquiátrico passado/actual e o tipo de experiência de parto evocado pelas mulheres (primíparas e múltiparas), seguida da relação entre a existência de acompanhamento psicológico passado/actual e o tipo de experiência de parto evocado pelas mesmas (primíparas e múltiparas).

Nestes diferentes estudos, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, tendo-se verificado que quanto à relação entre “acompanhamento psiquiátrico passado” e “tipo de experiência de parto” (cf. Anexo 11 – Quadro 14), não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Já no que respeita à variável “acompanhamento psiquiátrico actual” (cf. Anexo 11 – Quadro 15) esta apenas se revelou pertinente, no grupo primíparas, no que concerne à S3 (“Experiência negativa”) do Q.E.S.P.. Assim, as mulheres primíparas que actualmente têm acompanhamento psiquiátrico, relataram uma experiência de parto mais negativa, do que as primíparas que não o têm.

No que concerne ao “acompanhamento psicológico passado” (cf. Anexo 11

---

Contudo, como os itens não estavam todos na mesma escala de resposta, houve a necessidade de introduzir factores de correcção. Deste modo, foi possível apresentar as médias ponderadas numa escala contínua de 1 a 5 pontos.

– Quadro 16), este apenas se revelou pertinente, no grupo múltiparas, no que concerne à S3 (“Experiência negativa”) do Q.E.S.P. ( $p = .019$ ). Neste caso, as mulheres múltiparas que não tiveram acompanhamento psicológico no passado, relataram uma experiência de parto mais negativa do que as múltiparas que tiveram esse tipo de acompanhamento.

Por último, no que diz respeito à variável “acompanhamento psicológico actual” (cf. Anexo 11 – Quadro 17), os resultados apenas se revelaram pertinentes, no grupo primíparas, no que concerne à S7 (“Preocupações”) do Q.E.S.P., mostrando que as mulheres primíparas que actualmente não têm acompanhamento psicológico evidenciaram maiores níveis de preocupação face às que têm o mesmo tipo de acompanhamento.

**H6. O tipo de experiência de parto, avaliado pelo Q.E.S.P., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica, tal como é avaliada pelo B.S.I.**

Através da análise dos resultados alcançados com o B.S.I. (cf. Anexo 11 – Quadro 10), pode-se dizer que, tal como durante a gravidez, também no período pós-parto a intensidade dos sintomas psicopatológicos foi relativamente baixa, situando-se os valores médios e medianos abaixo de 1 em todas as dimensões, em ambos os grupos. Esta conclusão é ainda corroborada pelo facto do Índice Geral de Sintomas também apresentar valores inferiores a 1. No mesmo sentido, o Índice Total de Sintomas Positivos (53 como máximo), apresentou valores relativamente baixos, situando-se próximo de 18 no pós-parto. Por sua vez, o Índice de Sintomas Positivos (podendo variar entre 1 e 4 pontos), revelou valores médios e medianos próximos do mínimo da escala.

Fazendo-se uma análise comparativa entre dimensões e índices, verificou-se que, após o parto, as mulheres deste estudo evidenciaram uma maior intensidade de sintomas Obsessivo-Compulsivos, Ansiosos e Hostis, sendo menos intensos os sintomas de Ansiedade Fóbica, Somáticos e de Psicoticismo.

Comparando agora os dois grupos de mulheres – primíparas e múltiparas – e apesar das pontuações baixas, é possível constatar atendendo à mediana, que na maioria das situações em que os resultados diferiram entre os dois grupos, é novamente o grupo primíparas que se associa a valores mais elevados, tal como verificado aquando da gravidez. Esta tendência mantém-se no pós-parto, com as primíparas a revelarem pontuações mais elevadas em todas as dimensões – D3 (“Sensibilidade Interpessoal”), D4 (“Depressão”), D5 (“Ansiedade”), D7

(“Ansiedade Fóbica”), D8 (Ideação Paranóide”) e D9 (“Psicoticismo”) do B.S.I. e índices (“Índice Geral de Sintomas” e “Índice de Sintomas Positivos”) em que os grupos diferiram, exceptuando a D2 (“Obsessões-Compulsões”) do B.S.I. (*cf.* Anexo 11 – Quadro 10).

A relação entre as variáveis “presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica” e o “tipo de experiência de parto”, foi estudada através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Analisando os resultados obtidos, verificou-se que, para as mulheres primíparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 18), foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre a S7 (“Preocupações”) do Q.E.S.P. e as D1 (“Somatização”) e D7 (“Ansiedade Fóbica”) do B.S.I.; bem como entre a S8 (“Pós-parto”) do Q.E.S.P. e as D2 (“Obsessões-Compulsões”), D4 (“Depressão”), D6 (“Hostilidade”), D8 (“Ideação Paranóide”) e D9 (“Psicoticismo”) do B.S.I. e “Índice Geral de Sintomas” do mesmo instrumento. Isto é, quanto mais preocupadas se revelaram as mulheres primíparas quanto à experiência de parto, menores foram os sintomas de somatização e ansiedade fóbica. Por sua vez, quanto mais positiva foi a vivência do pós-parto, menor a sintomatologia psicopatológica obsessiva-compulsiva, depressiva, hostil, de ideação paranóide e de psicoticismo, bem como a globalidade de sintomatologia psicopatológica manifestada pelo mesmo grupo de mulheres.

Relativamente às mulheres múltiparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 19), observaram-se correlações negativas estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre a S3 (“Experiência negativa”) do Q.E.S.P. e a D1 (“Somatização”) do B.S.I., e entre a S8 (“Pós-parto”) do Q.E.S.P. e a D3 (“Sensibilidade Interpessoal”) do B.S.I.. Isto é, para as mulheres múltiparas, quanto mais negativa a experiência e satisfação com o parto, mais baixos os sintomas psicopatológicos de somatização e quanto mais elevada a sintomatologia de sensibilidade interpessoal, menor a experiência e satisfação evidenciada no pós-parto.

**H7. Em função das particularidades inerentes à gravidez e pós-parto, é expectável que a intensidade de sintomatologia psicopatológica, avaliada pelo B.S.I., difira nestes dois momentos.**

Para analisar estas diferenças foi aplicado o teste Wilcoxon. A análise dos resultados (*cf.* Anexo 11 – Quadro 20) evidenciou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da D1 (“Somatização”) do B.S.I. ( $p < .001$ ),

nas mulheres primíparas. No entanto, nestas mulheres e à excepção deste resultado, não se verificou no pós-parto uma redução significativa dos sintomas apresentados durante a gravidez.

Já no que concerne às mulheres múltíparas, as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas para todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica do B.S.I., com a excepção das D5 (“Ansiedade”) e D7 (“Ansiedade Fóbica”). Todas estas diferenças indicaram que nas mulheres múltíparas se verificou uma diminuição da sintomatologia psicopatológica no pós-parto face à apresentada durante a gravidez.

**H8. Atendendo às relações que se estabelecem entre a antecipação do parto e a experiência de parto, referidas em H1 e H4, é expectável que o tipo de antecipação do parto, avaliado pelo Q.A.P., que as grávidas (primíparas e múltíparas) desenvolvem se relacione com o tipo de experiência de parto vivido e reportado pelas recém-mães (primíparas e múltíparas), tal como avaliado pelo Q.E.S.P..**

Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, verificou-se que, para as primíparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 21), foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre as subescalas: S1 (“Planeamento e preparação para o parto”) do Q.A.P. e as S2 (“Experiência positiva”), S4 (“Relaxamento”) do Q.E.S.P. e a escala total do mesmo instrumento; S2 (“Expectativas quanto ao parto”) do Q.A.P. e S7 (“Preocupações”) do Q.E.S.P.; bem como entre S6 (“Expectativas quanto ao suporte social”) do Q.A.P. e as S1 (“Condições e cuidados prestados”) e S5 (“Suporte social”) do Q.E.S.P.. O facto das correlações se terem revelado positivas permitiram atestar que durante a gravidez, as mulheres primíparas que mais planearam e prepararam o parto, evidenciaram uma maior satisfação com o mesmo (percepcionando-o como uma experiência positiva), uma maior satisfação em termos de relaxamento e em termos globais. Por sua vez, as que apresentaram maiores expectativas quanto ao parto mostraram-se mais preocupadas no pós-parto. Por último, aquelas que revelaram expectativas mais positivas quanto ao suporte social tenderam a estar mais satisfeitas no pós-parto com as condições e cuidados prestados, bem como com o suporte social que receberam.

Quanto às múltíparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 22), observaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre as subescalas: S3 (“Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”) do Q.A.P. e S7

(“Preocupações”) do Q.E.S.P.; S4 (“Expectativas quanto ao pós-parto”) do Q.A.P. e S3 (“Experiência negativa”) do Q.E.S.P.; e correlações negativas estatisticamente significativas entre as subescalas: S1 (“Planeamento e preparação para o parto”) do Q.A.P. e S6 (“Suporte do companheiro”) do Q.E.S.P., bem como com a escala total do mesmo instrumento; S5 (“Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”) do Q.A.P. e S4 (“Relaxamento”) do Q.E.S.P.. Neste sentido, as mulheres múltíparas que durante a gravidez se revelaram menos preocupadas quanto à saúde e condições adversas do parto, mostraram-se no pós-parto mais preocupadas. As que revelaram expectativas elevadas quanto ao pós-parto, descreveram a experiência de parto como uma experiência negativa. Por sua vez, as mulheres múltíparas que mais planearam e prepararam o parto, evidenciaram menor satisfação ao nível do suporte por parte do companheiro e em termos globais com a experiência de parto. Por último, quanto mais elevadas as expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro, menor o relaxamento alcançado no pós-parto.

**H9. O estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé imaginário deve relacionar-se com a forma como a gravidez é vivida e sentida pela grávida (primípara e múltípara). Neste contexto, é expectável que o *bonding* ao bebé imaginário, avaliado pela Escala de *Bonding* (E.B.) de Figueiredo e colaboradores (2005), se relacione com o tipo de antecipação do parto, avaliado pelo Q.A.P., desenvolvido pelas grávidas primíparas e múltíparas.**

Analisando os resultados obtidos com a E.B.<sup>12</sup> (cf. Anexo 11 – Quadro 23), constatou-se que durante a gravidez, o *bonding* positivo se constituiu como a subescala onde se verificaram valores mais elevados e o *bonding* negativo os mais baixos. Verificou-se ainda que o *bonding not clear* apresentou valores baixos neste momento de avaliação.

Comparando os resultados dos dois grupos de participantes – primíparas e múltíparas –, e tendo em atenção a mediana constatou-se que, durante a gravidez, as mulheres primíparas revelaram valores mais elevados que as múltíparas ao nível do *bonding not clear*, e inferiores no que diz respeito ao *bonding* positivo e total.

A relação entre as variáveis “*bonding* ao bebé imaginário” e “tipo de

<sup>12</sup> Pelas razões expostas anteriormente, também aqui se procedeu ao cálculo de médias ponderadas (numa escala contínua de 0 a 3 pontos) para fazer uma análise mais directa dos resultados da avaliação do *bonding* durante a gravidez e no período pós-parto.

antecipação do parto”, foi estudada através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância, tendo evidenciado para as primíparas (cf. Anexo 11 – Quadro 24), a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre as subescalas: S3 (“Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”) do Q.A.P. e escala total de *bonding*; S5 (“Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”) do Q.A.P. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B., bem como com a escala total de *bonding*; e correlações negativas estatisticamente significativas entre as subescalas: S3 (“Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”) do Q.A.P. e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; S5 (“Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”) do Q.A.P. e S2 (“*Bonding* Negativo”) da E.B.. Neste sentido, e relativamente às grávidas primíparas, pode-se afirmar que quanto menos preocupadas com a saúde e consequências adversas do parto, maior o *bonding* total e menor o *bonding not clear* manifestados. Por sua vez, quanto mais elevadas as expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro, mais elevado o *bonding* positivo e o *bonding* total e mais baixo o *bonding* negativo. Ou seja, quanto mais positivas são as expectativas (durante a gravidez) quanto à relação com o bebé e com o companheiro (no pós-parto), maior é o envolvimento emocional positivo e total da grávida primípara para com o bebé imaginário, e menores os sentimentos negativos nutridos em relação ao mesmo.

No que concerne às mulheres múltiplas (cf. Anexo 11 – Quadro 25), não se observaram correlações estatisticamente significativas.

**H10. O *bonding* ao bebé imaginário, avaliado pela E.B., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica na grávida tal como esta é avaliada pelo B.S.I..**

A relação entre estas variáveis foi estudada através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância.

Durante a gravidez, nas mulheres primíparas (cf. Anexo 11 – Quadro 26), foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre as dimensões/subescalas: D3 (“Sensibilidade Interpessoal”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.; D4 (“Depressão”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.; D8 (“Ideação Paranóide”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.; “Total de Sintomas Positivos” do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.. Isto é, quanto maior a sintomatologia psicopatológica de sensibilidade interpessoal, depressão e de ideação paranóide, bem como o número de sintomas positivos, mais baixo o *bonding*

positivo. Ou seja, quanto mais intensa a sintomatologia psicopatológica acima referida, menor o envolvimento emocional positivo da grávida primípara para com o bebé imaginário.

Quanto às grávidas múltiparas (cf. Anexo 11 – Quadro 27), os resultados evidenciaram a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre as dimensões/subescalas: D2 (“Obsessões-Compulsões”) do B.S.I. e as S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; D4 (“Depressão”) do B.S.I. e as S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; D7 (“Ansiedade Fóbica”) do B.S.I. e as S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; D8 (“Ideação Paranóide”) do B.S.I. e as S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; D9 (“Psicoticismo”) do B.S.I. e as S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; “Índice Geral de Sintomas” do B.S.I. e S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; “Total de Sintomas Positivos” do B.S.I. e S2 (“*Bonding* Negativo”) e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.. Verificaram-se, ainda, correlações negativas estatisticamente significativas entre as dimensões/subescalas: D2 (“Obsessões-Compulsões”) do B.S.I. e escala total de *Bonding*; D4 (“Depressão”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B., assim como com a escala total de *Bonding*; D5 (“Ansiedade”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B., assim como com a escala total de *Bonding*; D7 (“Ansiedade Fóbica”) do B.S.I. e escala total de *Bonding*; D8 (“Ideação Paranóide”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B., assim como com a escala total de *Bonding*; D9 (“Psicoticismo”) do B.S.I. e escala total de *Bonding*; “Índice Geral de Sintomas” do B.S.I. e escala total de *Bonding*; “Total de Sintomas Positivos” do B.S.I. e escala total de *Bonding*. Estes dados parecem, assim, indicar que quanto maior a sintomatologia obsessiva-compulsiva, depressiva, de ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo, bem como quanto maior a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica na sua globalidade, mais elevado o *bonding* negativo e *not clear*. Por sua vez, quanto maior a sintomatologia depressiva, de ansiedade e de ideação paranóide, mais baixo o *bonding* positivo e total. Por último, quanto maior a sintomatologia obsessiva-compulsiva, de ansiedade fóbica e psicoticismo, bem como a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica, mais baixo o *bonding* total.

De uma maneira geral, as grávidas múltiparas que apresentaram maior intensidade de sintomatologia psicopatológica, tenderam a evidenciar um envolvimento emocional positivo e em termos globais com o bebé imaginário mais baixo, bem como um envolvimento emocional negativo e *not clear* em relação ao mesmo, mais elevado.

**H11. O estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé real, no período pós-parto, deve relacionar-se com a forma como o parto é vivido e sentido pela recém-mãe (primípara e múltipara). Neste contexto, é expectável que o *bonding* ao bebé real, avaliado pela E.B., se relacione com o tipo de experiência de parto evocada pelas recém-mães (primíparas e múltiparas) no Q.E.S.P..**

Analisando os resultados obtidos com a E.B. (cf. Anexo 11 – Quadro 23), constatou-se que, tal como aquando da gravidez, também no pós-parto o *bonding* positivo se constituiu como a subescala onde se verificaram valores mais elevados e o *bonding* negativo os mais baixos. Verificou-se ainda que o *bonding not clear* apresentou valores baixos neste momento de avaliação.

Comparando os resultados dos dois grupos de participantes – primíparas e múltiparas –, e tendo em atenção a mediana, constatou-se que no pós-parto a situação se inverteu, com as mulheres primíparas a revelarem um maior envolvimento emocional para com o bebé real (pontuações mais elevadas no *bonding* total), do que as múltiparas.

A relação entre as variáveis “*bonding* ao bebé real” e “tipo de experiência de parto”, foi estudada através do recurso ao coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Neste sentido, verificou-se a existência de correlações positivas estatisticamente significativas, para as mulheres primíparas (cf. Anexo 11 – Quadro 28), entre as subescalas S1 (“Condições e cuidados prestados”) do Q.E.S.P. e escala total de *Bonding*; S2 (“Experiência positiva”) do Q.E.S.P. e escala total de *Bonding*; “Escala Total” do Q.E.S.P. e escala total de *Bonding*. Verificaram-se, ainda, correlações negativas estatisticamente significativas entre as subescalas S3 (“Experiência negativa”) do Q.E.S.P. e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; “Escala Total” do Q.E.S.P. e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B. Isto é, as mulheres primíparas que revelaram uma maior satisfação com as condições e cuidados prestados aquando do parto, tendendo a percecioná-lo como uma experiência positiva, encontrando-se deste modo satisfeitas no global com esta experiência, revelaram um *bonding* total elevado, sinónimo de um maior envolvimento emocional para com o bebé real. Por sua vez, as mulheres primíparas que apresentaram valores extremos quanto à satisfação com a experiência de parto, isto é, aquelas que revelaram uma maior e menor satisfação quanto ao parto, manifestaram um *bonding not clear* mais baixo, ou seja, uma menor indefinição ou confusão no envolvimento emocional em relação ao bebé real.

No que se refere às mulheres múltiparas (cf. Anexo 11 – Quadro 29), as

correlações existentes revelaram-se negativas e estatisticamente significativas, entre as subescalas S2 (“Experiência positiva”) do Q.E.S.P. e S2 (“*Bonding* Negativo”) da E.B.; S2 (“Experiência positiva”) do Q.E.S.P. e S3 (“*Bonding Not Clear*”) da E.B.; S8 (“Pós-parto”) do Q.E.S.P. e S2 (“*Bonding* Negativo”) da E.B. Assim, atendendo a estes resultados, pode-se afirmar que quanto mais satisfeitas estas mulheres se revelaram com a experiência de parto (percepcionando-a como uma experiência positiva), mais baixo o *bonding* negativo. Por sua vez, quanto mais satisfeitas com a experiência de parto, mais baixo o *bonding not clear* e quanto mais elevada a satisfação com o pós-parto, mais baixo o *bonding* negativo. Ou seja, quanto mais satisfeitas as multíparas se revelaram com a experiência de parto e pós-parto, menores foram os sentimentos negativos nutridos em relação ao bebé real. Quanto mais satisfeitas se revelaram com a experiência de parto, menor a indefinição ou confusão no envolvimento emocional em relação ao mesmo.

**H12. O *bonding* ao bebé real, avaliado pela E.B., deve relacionar-se com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica na recém-mãe, tal como esta é avaliada pelo B.S.I..**

Também aqui para se estudar a relação entre estas variáveis se recorreu ao coeficiente de correlação de Spearman e respectivo teste de significância.

Os resultados obtidos relativamente às mulheres primíparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 30) evidenciaram a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a D7 (“Ansiedade Fóbica”) do B.S.I. e a S2 (“*Bonding* Negativo”) da E.B. e correlações negativas estatisticamente significativas entre a D7 (“Ansiedade Fóbica”) do B.S.I. e a escala total de *Bonding*, e entre a D9 (“Psicoticismo”) do B.S.I. e a escala total de *Bonding*. Ou seja, quanto maior a sintomatologia psicopatológica de ansiedade fóbica, maior o *bonding* negativo e menor o *bonding* total. Por sua vez, quanto maior a sintomatologia de psicoticismo menor o *bonding* total. Assim, quanto mais intensa se revelou a sintomatologia psicopatológica acima referida, maior o envolvimento emocional negativo da mãe primípara para com o bebé real, e menor o envolvimento emocional na sua globalidade.

Quanto às mulheres multíparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 31), os dados indicaram correlações negativas estatisticamente significativas entre: D2 (“Obsessões-Compulsões”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B., assim como com a escala total de *Bonding*; D6 (“Hostilidade”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B., assim como com a escala total de *Bonding*; D7 (“Ansiedade

Fóbica”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.; D8 (“Ideação Paranóide”) do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.; “Índice Geral de Sintomas” do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.; “Índice de Sintomas Positivos” do B.S.I. e S1 (“*Bonding* Positivo”) da E.B.. Isto é, quanto maior a sintomatologia psicopatológica de ansiedade fóbica, ideação paranóide, bem como a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica no seu global, menor o *bonding* positivo. Por sua vez, quanto maior a sintomatologia obsessiva-compulsiva e de hostilidade, menor o *bonding* positivo e o total. Em síntese, de uma maneira geral, e à semelhança do observado aquando da análise das variáveis “bebé imaginário” e “presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica na grávida”, as mães múltiparas que apresentaram maior intensidade de sintomas psicopatológicos no pós-parto tenderam a evidenciar um menor envolvimento emocional positivo e em termos globais com o bebé real.

**H13. É expectável que o tipo de experiência de parto, avaliado pelo Q.E.S.P., determine mudanças no período pós-parto no que respeita ao envolvimento afectivo mãe-bebé real (*bonding* ao bebé real), quando comparado com o envolvimento afectivo mãe-bebé imaginário (*bonding* ao bebé imaginário) durante a gravidez, tal como estes são avaliados pela E.B..**

Os resultados obtidos (*cf.* Anexo 11 – Quadro 32) com o teste Wilcoxon revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas, para as mulheres primíparas, ao nível do *bonding* positivo e do *bonding* total. No pós-parto, os valores de *bonding* positivo (S1 da E.B.) e *bonding* total (bebé real) aumentaram quando comparados com os valores obtidos aquando da gravidez (bebé imaginário). Ou seja, no pós-parto as mulheres primíparas evidenciaram um maior envolvimento afectivo em relação ao bebé.

Relativamente às mulheres múltiparas (*cf.* Anexo 11 – Quadro 32), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, revelando que o *bonding* durante a gravidez não sofreu alterações de modo significativo após o parto.

## V. Discussão dos resultados

No que respeita às *mulheres primíparas* do presente estudo, verificou-se que estas fizeram uma antecipação do parto (S2 do Q.A.P. – “Expectativas quanto ao parto”) e pós-parto (S4 do Q.A.P. – “Expectativas quanto ao pós-parto”) mais positiva, comparativamente com as múltiparas e, por hipótese, idealizada, tendo-se

verificado o mesmo ao nível da antecipação global acerca da experiência de parto. Curiosamente, este grupo de mulheres vivenciou uma experiência de parto menos positiva (S3 do Q.E.S.P. – “Experiência negativa”) do que o das múltiparas, revelando maiores preocupações no pós-parto (S7 do Q.E.S.P. – “Preocupações”) do que estas últimas. Estes resultados parecem ser concordantes com a hipótese tecida anteriormente quanto à possibilidade das mulheres primíparas terem desenvolvido uma antecipação do parto idealizada, que parece assumir um carácter defensivo<sup>13</sup> contra a ambivalência sentida aquando da gestação (Justo, 1990, 1994). Ambivalência que, de acordo com a literatura, se traduz no desejo da grávida terminar a gravidez, libertando-se do volume desproporcionado que atingiu a nível corporal, ao mesmo tempo que deseja «guardar» o bebé e continuar com os sentimentos de plenitude da «barriga cheia»; receia o parto e suas consequências, mas deseja encontrar-se com o bebé real (Bayle, 2006; Camarneiro, 1998; Mascoli, 1990; Silva, 1997). No entanto, as mulheres múltiparas, que também experienciaram a referida ambivalência aquando da gestação, não evidenciaram o mesmo tipo de antecipação do parto. Pelo que a explicação mais sensata parece passar pela junção dos aspectos referidos anteriormente com o facto de toda esta experiência se constituir como uma novidade para as mulheres primíparas. Para além disso, o facto das primíparas terem vivenciado uma experiência de parto menos positiva do que as múltiparas pode também decorrer da possibilidade da separação física que integrou o nascimento, ter sido vivida como uma perda de parte importante de si própria (Silva, 1997), muito em função da antecipação do parto desenvolvida (idealizada).

Assim, tudo indica que estas recém-mães tenham vivido e sentido o nascimento do primeiro filho como uma experiência difícil, para a qual não se encontravam preparadas (muito em função da idealização desse momento), o que se traduziu no “desabar” das defesas de idealização aquando do parto e na conseqüente insatisfação com essa experiência. É neste contexto que compreendemos as palavras de Mendes (2002), Justo (1986) e Silva (1997), quando referem a importância da mulher, aquando do terceiro trimestre de gestação, conseguir um distanciamento mínimo face aos conteúdos dos seus sonhos e fantasias, promovendo a diferenciação psicológica mãe-feto. Quando tal não acontece, a realidade pode causar uma desilusão capaz de afectar a vivência da separação física aquando do parto (Mendes, 2002; Justo, 1986; Silva, 1997).

No que respeita ao *bonding*, constatou-se que durante a gravidez as mulheres primíparas revelaram valores mais elevados que as múltiparas ao nível do *bonding not clear* (S3 da E.B. – “*Bonding Not Clear*”), e inferiores no que diz

<sup>13</sup> Que pode estar relacionado com o facto de se tratarem de utentes da U.I.P.

respeito ao *bonding* positivo (S1 da E.B. – “*Bonding* Positivo”) e total. Estes dados não deixam de ser curiosos na medida em que, mais uma vez, vão no sentido destas mulheres terem elaborado uma antecipação do parto defensiva (idealizada). Acabando em última instância, quando se fala de afectos, por deixarem transparecer uma brecha nas defesas, emergindo assim certas angústias que parecem pôr a nu a ambivalência sentida (Justo, 1986; Soulé, 1985, cit. in Bayle, 2006). Ambivalência que se parece reflectir no facto destas mulheres terem evidenciado uma maior indefinição ou confusão no envolvimento emocional em relação ao bebé imaginário, bem como um menor envolvimento emocional positivo e total em relação ao mesmo.

Por sua vez, no pós-parto a situação inverte-se, com este grupo a revelar um maior envolvimento emocional (total) em relação ao bebé real do que o das múltiparas. Este dado pode pressupor que, apesar do parto ter sido sentido como uma experiência difícil, acabou surpreendentemente por promover, nestas mulheres, o entrar em contacto com os seus próprios sentimentos (Figueiredo, 2000), assim como com os que nutrem em relação aos bebés, aproximando-as destes. Este resultado, contudo, pode ter sido “facilitado” pelo contacto precoce entre a mãe e o bebé, implementado na M.B.B.. No entanto, é de notar que estes resultados não vão de encontro aos obtidos por Cranley e colaboradores (1983), Costa (2004a) e Robson e Kumar (1980), unânimes quando relacionam a maior satisfação com a experiência de parto com um maior envolvimento emocional positivo com o bebé (*bonding* positivo).

Neste contexto, e muito em função da novidade que toda esta experiência (gravidez e maternidade) acarreta, compreende-se que neste grupo de mulheres se tenha verificado uma maior presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica (quando comparadas com as múltiparas), quer durante a gravidez, quer no pós-parto. Durante a gravidez, esta diferença pode também associar-se à percepção de que o parto se aproxima e de que não existe uma forma fácil do bebé surgir (Areskog *et al.*,; 1984; Colman & Colman, 1994). Podendo de igual modo, ser explicada em função do volume uterino ter atingido o seu máximo neste trimestre, decorrendo deste factor grande parte da variabilidade da expressão e intensidade de sintomatologia psicopatológica, (nomeadamente a somática). É também neste sentido que compreendemos as referências de Biscaia e Sá (1997), nomeadamente as relativas à dinâmica emocional e ao facto dos “(...) diversos aspectos da personalidade se manifestarem macroscopicamente, através de diversos sintomas e sinais (...) que envolvem alguma «dor mental», que ao ser traduzida em angústia, depressão, ou noutra «colorido psicopatológico» adjacente, expressa o

mal-estar individual e relacional da mulher” (Biscaia & Sá, 1997, p.41). Por outro lado, para Soifer (1991), estes resultados podem ser justificados na medida em que a antecipação da experiência de parto é percebida pela maior parte das mulheres como comportando uma grande ansiedade de separação (sensação de «esvaziamento»), já que “para o inconsciente, o parto representa uma castração e o período pré-expulsivo configura a ameaça de que esta seja levada a cabo” (Soifer, 1991, p.57).

No entanto, e atendendo a que também nas mulheres múltiparas têm lugar estas alterações aquando do terceiro trimestre de gestação, o facto de nas primíparas toda esta experiência se constituir como uma novidade, implicando uma adaptação constante à mesma, o que nos remete para as palavras de Camarheiro (1998, p.26), quando nos fala de “transformação da, e pela identidade”, parece afirmar-se como a explicação mais razoável para a diferença encontrada.

Por sua vez, no pós-parto, estes resultados podem ser explicados pelo facto destas mulheres terem vivenciado uma experiência de parto difícil, denotando um pior ajustamento emocional no pós-parto e puerpério (Figueiredo *et al.*, 2002), procurando adaptar-se à possível desilusão que o parto acarretou. Ao que, mais uma vez, acresce o facto de toda esta experiência (gravidez e maternidade) se constituir como uma novidade, implicando uma constante adaptação ao desconhecido.

Atendendo agora à análise da relação entre o tipo de antecipação do parto avaliado pelo Q.A.P., e o tipo de experiência de parto avaliado pelo Q.E.S.P., constatou-se que *dentro do grupo de mulheres primíparas*, as que mais planearam e prepararam o parto (S1 do Q.A.P. – “Planeamento e preparação para o parto”) evidenciaram uma maior satisfação com o mesmo (S2 do Q.E.S.P. – “Experiência positiva”). Estes resultados vão de encontro ao observado e discutido anteriormente, já que tudo indica que o facto de se tratar de uma primeira gravidez, implicando enfrentar o desconhecido e os receios quanto à possibilidade de cuidar do bebé ou de ser uma boa mãe (Colman & Colman, 1994; Soifer, 1991), tenha acarretado para estas mulheres um planeamento e preparação para o parto mais cuidadosos (percepção de controlo). Assim, preparou-se o nascimento para que desta forma o bebé não fosse um estranho nessa altura (Brazelton & Cramer, 1993; Silva, 1997), conseguindo-se em simultâneo alcançar um maior grau de tranquilização durante a gravidez, o que parece repercutir-se no momento do parto, alcançando-se níveis mais satisfatórios quanto à experiência de parto na sua globalidade. Por sua vez, as que apresentaram maiores expectativas quanto ao parto (S2 do Q.A.P. – “Expectativas quanto ao parto”) mostraram-se mais preocupadas no pós-parto (S7 do Q.E.S.P. – “Preocupações”), o que mais uma vez, pode denotar o “desmoronar”

de uma certa idealização (defensiva) nutrida aquando da gravidez relativamente à experiência de parto. Por último, aquelas que revelaram expectativas mais positivas quanto ao suporte social (S6 do Q.A.P. – “Expectativas quanto ao suporte social”) tenderam a estar mais satisfeitas no pós-parto com as condições e cuidados prestados (S1 do Q.E.S.P. – “Condições e cuidados prestados”), bem como com o suporte social recebido (S5 do Q.E.S.P. – “Suporte social”).

No que respeita às *mulheres múltiparas* do presente estudo, verificou-se que quanto à antecipação do parto, estas revelaram uma antecipação mais positiva, comparativamente com as primíparas no que respeita ao planeamento e preparação para o parto (S1 do Q.A.P. – “Planeamento e preparação para o parto”) e suporte social (S6 do Q.A.P. – “Expectativas quanto ao suporte social”), revelando-se ainda menos preocupadas do que as mulheres primíparas (que não se mostraram muito preocupadas) com a saúde e consequências adversas do parto (S3 do Q.A.P. – “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”). Estes resultados parecem apontar no sentido das mulheres múltiparas já não se encontrarem tão centradas no parto e nos procedimentos que lhe são inerentes, nomeadamente nas preocupações em relação ao estado de saúde da própria e do bebé aquando do parto, bem como das consequências que o parto pode trazer para ambos. Estes dados podem ser relativos ao simples facto de no caso destas mulheres existir já uma experiência que as leva a centrarem-se em questões mais práticas, como o planeamento e preparação para o parto, bem como o suporte que irão receber. No fundo, questões que se remetem directamente para ao dia-a-dia de uma grávida e futura mãe de um recém-nascido.

Esta antecipação parece mostrar-se consistente com a experiência e satisfação com o parto evidenciada por este grupo de mulheres, na medida em que estas se revelaram mais satisfeitas do que as primíparas com as condições e cuidados prestados (S1 do Q.E.S.P. – “Condições e cuidados prestados”), o suporte social (S5 do Q.E.S.P. – “Suporte social”), bem como com a experiência de parto (S2 do Q.E.S.P. – “Experiência positiva”) e pós-parto (S8 do Q.E.S.P. – “Pós-parto”), percepcionando a experiência de parto na sua globalidade (escala total) de forma mais positiva.

Neste sentido, constatou-se que quanto mais satisfeitas se revelaram as múltiparas com a experiência de parto (S2 do Q.E.S.P. – “Experiência positiva”) e pós-parto (S8 do Q.E.S.P. – “Pós-parto”), menor o *bonding* negativo (S2 da E.B. – “*Bonding* Negativo”). Resultados que também podem estar relacionados com o facto de neste grupo de mulheres se ter verificado uma diminuição da presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica no pós-parto, face à apresentada durante a gravidez,

possivelmente pelo facto de esta já não se constituir como uma experiência nova e desconhecida.

Atendendo agora à análise da relação entre o tipo de antecipação do parto avaliado pelo Q.A.P., e o tipo de experiência de parto avaliado pelo Q.E.S.P., constatou-se que *dentro do grupo de mulheres múltiparas*, as que durante a gravidez se revelaram menos preocupadas quanto à saúde e condições adversas do parto (S3 do Q.A.P. - “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”), mostraram-se mais preocupadas no pós-parto. (S7 do Q.E.S.P. - “Preocupações”). As que revelaram expectativas mais elevadas quanto ao pós-parto (S4 do Q.A.P. - “Expectativas quanto ao pós-parto”), descreveram o parto como uma experiência mais negativa (S3 do Q.E.S.P. - “Experiência negativa”). Por sua vez, as que mais planearam e prepararam o parto (S1 do Q.A.P. - “Planeamento e preparação para o parto”) evidenciaram uma menor satisfação com o nível de suporte dado por parte do companheiro (S6 do Q.E.S.P. - “Suporte do companheiro”) e em termos globais com a experiência de parto. Por último, quanto mais elevadas as expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro (S5 do Q.A.P. - “Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”), menor o relaxamento alcançado no pós-parto (S4 do Q.E.S.P. - “Relaxamento”). O que, mais uma vez, parece apontar no sentido de nas mulheres múltiparas a gravidez, tal como a experiência de parto, remeter para questões mais práticas, sendo atribuída maior ênfase a áreas com uma conotação muito prática, na medida em que estas mulheres já sabem o que implica o dia-a-dia com um recém-nascido; esperando assim, obter apoio/suporte por parte da família e amigos. No entanto, os resultados parecem pressupor que estas mulheres, no pós-parto, se sentiram um pouco decepcionadas com o suporte que efectivamente tiveram.

Considera-se ainda pertinente realçar e discutir os resultados obtidos aquando da análise das variáveis “acompanhamento psiquiátrico passado/actual” e “acompanhamento psicológico passado/actual”. Neste sentido, constatou-se que as mulheres múltiparas que tiveram acompanhamento psiquiátrico no passado apresentaram expectativas mais elevadas durante a gravidez quanto à relação com o bebé e o companheiro (S5 do Q.A.P. - “Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”), comparativamente com as múltiparas que nunca tiveram acompanhamento psiquiátrico. Por sua vez, as mulheres múltiparas que nunca tiveram acompanhamento psicológico no passado, relataram uma experiência de parto mais negativa (S3 do Q.E.S.P. - “Experiência negativa”), do que aquelas que o tiveram. Por último, as mulheres primíparas que actualmente não têm acompanhamento psicológico, evidenciaram maiores níveis de preocupação (S7 do

Q.E.S.P. – “Preocupações”) face às que actualmente têm o mesmo tipo de acompanhamento.

Todos estes resultados apontam no sentido da importância destas mulheres (tanto primíparas como múltiparas) terem um espaço e um tempo onde possam “trabalhar” os seus medos, os seus fantasmas e as suas preocupações, que comumente surgem “anexados” à gravidez e maternidade; podendo contar com o terapeuta no sentido deste ser capaz de aceitar, conter e transformar os conteúdos expelidos por identificação projectiva nas sessões e de os devolver para a grávida/recém-mãe de forma mais tolerável. Num contexto terapêutico espera-se, assim, que a dor psíquica possa emergir por detrás das defesas que foram mobilizadas contra ela, ou serem intuídas pelo terapeuta, e assim transformadas pelo mesmo num trabalho de interpretação. Ou seja, importa dar conteúdo e palavras ao sofrimento psíquico ilegível, de forma a que a mulher possa estabelecer um diálogo consigo mesma e com o outro prestes a nascer ou acabado de nascer.

## VI. Conclusões

Tendo presentes os principais objectivos deste estudo, passa-se agora em revista os resultados que se revelaram mais pertinentes.

As mulheres primíparas do presente estudo revelaram uma antecipação mais positiva (e possivelmente idealizada) do parto e pós-parto do que as múltiparas, que por sua vez se mostraram mais centradas em questões práticas, assentes no dia-a-dia de uma grávida e futura mãe de um recém-nascido (exemplo, expectativas quanto ao suporte social), revelando-se ainda menos preocupadas do que as primíparas com o seu estado de saúde e o do bebé aquando do parto, bem como com as consequências que o parto pode ter em ambos; muito em função deste momento, propriamente dito, já não se constituir como uma novidade ou algo desconhecido para estas mulheres

Curiosamente, as primíparas vivenciaram uma experiência de parto menos positiva do que as múltiparas (que se revelaram satisfeitas com essa experiência), o que se pode constituir como um indicador do “desabar” da idealização estabelecida aquando da gestação.

Durante a gravidez, as mulheres primíparas revelaram valores mais elevados que as múltiparas ao nível do *bonding not clear*, e inferiores no que diz respeito ao *bonding* positivo e total. Estes resultados, mais uma vez, vão no sentido destas mulheres terem elaborado uma antecipação do parto defensiva acabando,

quando se fala de afectos, por emergir certas angústias que parecem espelhar a ambivalência sentida, o que se reflectiu no envolvimento emocional para com o bebé imaginário. Por sua vez, no pós-parto a situação inverte-se, com este grupo de mulheres a revelar um maior envolvimento emocional para com o bebé real do que aquilo que acontece no grupo das múltiparas, dando a entender que apesar do parto ter sido sentido como uma experiência difícil, acabou surpreendentemente por promover, nestas mulheres, o entrar em contacto com os seus próprios sentimentos, assim como com os que nutrem pelos bebés, aproximando-as destes.

Os resultados vêm também salientar a importância das mulheres (tanto primíparas como múltiparas) terem um espaço e um tempo onde possam “trabalhar” os seus medos, os seus fantasmas e as suas preocupações, que comumente surgem “anexados” à gravidez e maternidade, contribuindo assim para o bem-estar da mulher e do bebé.

Na elaboração deste estudo, uma das principais dificuldades encontradas prendeu-se com a escassez de estudos empíricos que se debrucem sobre as questões respeitantes à articulação entre antecipação do parto, experiência de parto e *bonding*. De facto, a maioria dos estudos nesta área foca-se no medo e ansiedade causados pela aproximação do parto, articulando-os com o tipo de parto (eutócito ou distócito), tipo de analgesia e percepção da experiência de parto (Bradley *et al.*, 1983; Crandon, 1979; Cranley *et al.* 1983; Glover *et al.*, 2002; Hedegaard *et al.*, 1993; MacDonald *et al.*, 1963; Marut & Mercer, 1979), não analisando quais os factores particulares da antecipação do parto e da experiência de parto que possam estar relacionados com o medo ou a ansiedade experienciados, nem os relacionando com a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica existente durante este período.

Questões como as expectativas quanto ao parto, preocupações quanto à saúde e consequências adversas do parto (tanto para a mãe como para o bebé), expectativas quanto ao pós-parto, bem quanto à relação com o bebé e o companheiro ou mesmo quanto ao suporte social, têm sido ignoradas (Costa *et al.*, 2006). Este ignorar da investigação, por outro lado, traduz uma lacuna ao nível da análise da influência destas variáveis no que respeita à satisfação por parte da mulher relativamente à experiência de parto, nomeadamente em termos de experiência positiva/negativa, relaxamento, suporte social e por parte do companheiro, preocupações e vivência do pós-parto (Costa *et al.*, 2004b).

No que respeita à questão do *bonding*, os estudos (Cranley *et al.*, 1983; Tulman, 1986) têm invariavelmente procurado relacionar esta variável, mais uma vez, e principalmente, com o tipo de parto (eutócito ou distócito) e analgesia.

Quer dizer, pelo exposto, a discussão dos resultados mais relevantes acabou por ser realizada na sombra da escassez de estudos neste domínio.

Uma segunda limitação prende-se com o cuidado a ter quanto à generalização dos resultados obtidos, por se tratar de um estudo correlacional com uma amostra reduzida. A este aspecto acresce o facto desta amostra incluir apenas grávidas e recém-mães utentes da Unidade de Intervenção Precoce da M.B.B.. Neste sentido, seria interessante alargar a investigação e diversificar os locais de recolha de dados.

Uma terceira limitação prende-se com o facto de no presente estudo se ter optado por não se explorar a importância das variáveis sócio-demográficas das mulheres, no tipo de antecipação que estas fazem da experiência de parto, e na qualidade dessa experiência. Na medida em que, em função da complexidade e grau de aprofundamento necessários, esta análise acabaria por dar origem, por si só, a um outro estudo. Neste sentido, considera-se que seria interessante desenvolver um trabalho complementar onde estes aspectos fossem explorados.

O presente estudo aponta no sentido de ser incentivada a intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos psicólogos, junto das mulheres (e sempre que possível dos casais) visando a promoção de expectativas adaptativas em relação ao parto, de modo a contribuir para o bem-estar da mulher e do bebé.

Os resultados vêm sublinhar a relevância de proporcionar às grávidas e recém-mães um espaço e tempo, para que possam falar sobre os seus sentimentos relacionados com a gravidez, parto e maternidade, dando-lhes assim a possibilidade de expressarem medos, fantasmas, preocupações, bem como uma oportunidade de os discutir, prestando especial atenção não só às primíparas, como também às multíparas com experiências negativas nas suas gravidezes anteriores.

Cientes de que outros estudos poderiam agora ser realizados, acreditamos, no entanto, que o presente estudo deixa alguns contributos, alertando para a necessidade de mais investigação sobre o período gravídico, parto e pós-parto e procurando esclarecer a importância de algumas variáveis no estabelecimento da relação precoce mãe-bebé. Do mesmo modo, aqui se deixam algumas orientações para futuras investigações e se procura que haja uma reflexão sobre os resultados

obtidos e suas implicações para a intervenção que se realiza nas maternidades portuguesas.

### Bibliografia

- Alvarez, M. (1995). Esboços do Feminino: Procura do Materno? *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 33-37.
- Areskog, B., Kjessler, B., Uddenberg, N. (1984). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 13 (2), 98-107.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship – Some proposition and comments. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-24.
- Bion, W. (1991). *Elementos em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Biscaia, J., Sá, E. (1997). A gravidez no pensamento das mães. Contributo para uma estratégia de avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (Org.), *A maternidade e o bebé* (pp.41-50). Lisboa: Fim de Século.
- Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In Soczka, L. (Eds.), *As ligações infantis* (pp. 105-153). Lisboa: Livraria Bertrand.
- Bowlby, J. (2002). *Apego – A natureza do vínculo, Vol. I*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bradley, C., Ross, S., Warnyca, J. (1983). A prospective study of mother's attitudes and feelings following cesarean and vaginal births. *Birth*, 10, 79-83.
- Brazelton, T., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R., Soulé, M. (1987). *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T., Cramer, B. (1993). *A Relação Mais Precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (2000). *Tornar-se Família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar Editores.
- Camarneiro, A. (1998). *A Gravidez de Risco e o Desenvolvimento do Bebê*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da U.C., Coimbra.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I.. In Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida L. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II) (pp. 96-109), Braga: SHO.
- Canavarro, M. (Ed.) (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Chertock, L., Mondzain, M., Bonnaud, M. (1963). Vomiting and the Wish of Having a

- Child. *Psychosomatic Medicine*, 25 (1): 13.
- Colman, L., Colman, A. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida* (3ª ed.). Lisboa: Salamandra.
- Costa, R. (2004a). *Antecipação e Experiência de Parto e Depressão Após o Parto*.  
Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da U.M.,  
Minho.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., Pais, A. (2004b). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Q.E.S.P.). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 159-187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., Pais, A. (2006). Questionário de Antecipação do Parto (Q.A.P.). *Psychologica*, 41, 249-279.
- Cotralha, N. (2007). *Adaptação Psicológica à Gravidez em Mulheres Toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.
- Crandon, A. (1979). Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 109-111.
- Cranley, M., Hedhal, K., Pegg, S. (1983). Women's perceptions of vaginal and caesarean deliveries. *Nursing research*, 32 (1), 10-15.
- Cruz, M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 367-370.
- Erikson, M. (1975). The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor and delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 207-210.
- Figueiredo, B., Costa, M., Morais, M. (1982). Pessoas significativas na gravidez: primeiros dados. *Psiquiatria Clínica*, 2, 151-157.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (Org.), *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 203-217.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3:3, 521-539.  
Retirado em 22 de Outubro de 2007, de <http://hdl.handle.net/1822/3696>
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., Pais, A. (2005). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Glover, V., O'Connor, T. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, 389-391.
- Gomes Pedro, J. (1982). *Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe: Contributo para a interpretação clínica da interacção na*

- diade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guedeney, N., Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hedegaard, M., Henriksen, T., Sabroe, S., Secher, N. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307, 234-239.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994*. Retirado em 25 de Outubro de 2007, de <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- Justo, J. (1986). *Introdução ao estudo da organização defensiva na mulher grávida*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da U.L., Lisboa.
- Justo, J. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 371-376.
- Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U.L., Lisboa.
- Kennell, J., Trause, M., Klaus, M. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. In Ciba Foundation (Eds.), *Parent-infant interaction* (Vol.33) (pp.87-102). Amsterdam: Association Scientific Publishers.
- Klaus, M. Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Klaus, M., Kennell, J., Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Leal, J. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 365-366. Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1987). O bebê, a Mãe e o Psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leitão, M. (1998). *A Gravidez de Alto Risco Genético: contributo para a compreensão dos fenómenos psicológicos envolvidos*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da U.C., Coimbra.
- Leventhal, E., Leventhal, H., Shacham, S., Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), 365-371.
- Lozoff, B., Jordan, B., Malone, S. (1988). Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage and Family Review*, 12 (3-4), 35-60.
- MacDonald, R., Gynther, M., Christakos, A. (1963). Relations between maternal anxiety and obstetric complication. *Psychosomatic Medicine*. 25, 357-363.
- MacFarlane, J. (1979). *A psicologia do nascimento*. Lisboa: Moraes Editores.
- Machado, M. (1995). *Representação da Vinculação e Percepção da Qualidade da Relação Adolescente-Pais*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade

- de Psicologia e de Ciência da Educação da U.C., Coimbra.
- Maldonado, M. (1985). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Manning, M., Wright, T. (1983). Self-Efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (2), 421-431.
- Marut, J., Mercer, R. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28 (5), 260-266.
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, Atitudes e Ajustamento Materno ao Primeiro Mês de Vida da Criança: Abordagem psicológica a puerperas em isolamento e no pós-parto distócito. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 377-388.
- Matthews, A. (1964). Reflections on the pain of labor. *Nurse Mirror*, 118, 550-554.
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.
- Nascimento, M. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 47-51.
- Niven, C. (1988). Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 83-87.
- Offerman-Zuckerberg, J. (1980). Psychological and physical warning signals regarding pregnancy: Adaptation and early psychotherapeutic intervention. In Blum (Ed.), *Psychological aspects of pregnancy, birthing, and bonding* (pp. 151-173). New York: Human Sciences Press.
- 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.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*: Lisboa: Sílabo.
- Robson, K., Kumar, R. (1980). Delay onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Sá, E. (2003). *Textos com Psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2008). *Más Maneiras de Sermos Bons Pais*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Santos, P. (1990). *Papel dos factores da interacção mãe-filho no crescimento somático do recém-nascido*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da U.P., Porto.
- Silva, H. (1997). *Vinculação e Separação-Individuação em Díades Mãe-Bebês Gémeos*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da U.C., Coimbra.
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1980). *Bebé-mãe: Primeira relação*. Lisboa: Moraes Editores.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tulman, L. (1986). Initial handling of newborn infants by vaginally and cesarean-delivered mothers. *Nursing Research*, 35, 296-300.

Winnicott, D. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In D. Winnicott (Ed.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168-174). Paris: Payot.

**Anexo 1**

**(Autorização da Comissão de Ética da Maternidade Bissaya Barreto para a realização da presente investigação)**

**Anexo 2**  
**(Declaração de Consentimento Informado)**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação, inserida na investigação que Carmen Sofia Ramalho Brecha Correia está a realizar no âmbito do curso de Mestrado Integrado em Psicologia, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias.

Tomei conhecimento dos objectivos, métodos e benefícios previstos com esta investigação, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Localidade) (Dia) (Mês) (Ano)

**Anexo 3**  
**(Questionário 1)**

## Questionário 1 (3º trimestre de gravidez) – por entrevista

### PARTE I

(Caracterização sócio-demográfica da grávida)

1. Data de hoje: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
2. Nome (primeiro e último) \_\_\_\_\_
3. Idade \_\_\_\_\_
4. Zona de residência (concelho): \_\_\_\_\_
  - Rural
  - Urbana
5. Escolaridade:
  - < 9º Ano
  - Entre o 9º e o 12º anos
  - > 12º Ano
6. Profissão: \_\_\_\_\_
7. Actividade profissional:
  - 1. “Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas”.
  - 2. “Especialistas das profissões intelectuais e científicas”.
  - 3. “Técnicos e profissionais de nível intermédio”
  - 4. “Pessoal administrativo e similares”
  - 5. “Pessoal dos serviços e vendedores”
  - 6. “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”
  - 7. “Operários, artífices e trabalhadores similares”
  - 8. “Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem”
  - 9. “Trabalhadores não qualificados”
8. Estado Civil:
  - Solteira
  - Casada
  - União de facto
  - Divorciada
  - Viúva

9. Agregado familiar: \_\_\_\_\_

- Só com o companheiro
- Com o companheiro e com outros familiares
- Sem o companheiro

10. Já teve acompanhamento:

a) Psicológico

- Não
- Sim

b) Psiquiátrico

- Não
- Sim

11. Neste momento tem acompanhamento:

a) Psicológico

- Não
- Sim

b) Psiquiátrico

- Não
- Sim

12. Tem problemas de saúde / médicos (físicos)?

- Não
- Sim

12.1. Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

## PARTE II

(Dados relativos à gravidez)

13. Actual gravidez: \_\_\_\_\_ semanas

14. Esta gravidez foi planeada?

- Não
- Sim

15. Confirmação da gravidez:

- Antes do 3º mês
- Entre o 3º e o 6º mês
- Depois do 6º mês ( \_ \_ ° mês)

16. Preferia ter uma menina ou um menino?

- Menina
- Menino
- Indiferente

17. É uma menina ou um menino?

- Menina
- Menino

18. Nº de filhos:

- 0
- 1
- 2 ou mais

19. Teve complicações médicas durante a gravidez?

- Não
- Sim

Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

**Anexo 4**  
**(Questionário 2)**

## Questionário 2 (pós-parto – 1º mês de vida do bebé)

### PARTE I

(Caracterização sócio-demográfica da mãe)

1. Data de hoje: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Nome (primeiro e último) \_\_\_\_\_

(caso tenha respondido ao 1º questionário, passar para a **pergunta 13**)

3. Idade \_\_\_\_\_

4. Zona de residência (concelho): \_\_\_\_\_

- Rural
- Urbana

5. Escolaridade:

- < 9º Ano
- Entre o 9º e o 12º anos
- > 12º Ano

6. Profissão: \_\_\_\_\_

7. Actividade profissional:

- 1. “Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas”.
- 2. “Especialistas das profissões intelectuais e científicas”.
- 3. “Técnicos e profissionais de nível intermédio”
- 4. “Pessoal administrativo e similares”
- 5. “Pessoal dos serviços e vendedores”
- 6. “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”
- 7. “Operários, artífices e trabalhadores similares”
- 8. “Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem”
- 9. “Trabalhadores não qualificados”

8. Estado Civil:

- Solteira
- Casada
- União de facto
- Divorciada
- Viúva

9. Agregado familiar: \_\_\_\_\_

- Só com o companheiro
- Com o companheiro e com outros familiares
- Sem o companheiro

10. Já teve acompanhamento:

10.1) Psicológico

- Não
- Sim

10.2) Psiquiátrico

- Não
- Sim

11. Neste momento tem acompanhamento:

11.1) Psicológico

- Não
- Sim

11.2) Psiquiátrico

- Não
- Sim

12. Tem problemas de saúde / médicos?

- Não
- Sim

12.1. Se SIM, quais?

---

**13.** Houve alguma mudança significativa na sua vida desde a data em que preencheu o primeiro questionário?

- Não
- Sim

13.1. Se SIM, qual? \_\_\_\_\_

## PARTE II

(Informações relativas ao parto e pós-parto)

14. O parto foi:

- 14.1.  De termo (9 meses)  
 Prematuro (antes do tempo)  
 Pós-termo (mais de 9 meses)

14.2.  Eutócito

- Espontâneo
- Com indução
- Forceps*

- Ventosas
- Forceps* e ventosas

- Distócito
  - Espontâneo
  - Com indução

14.3. O parto decorreu com anestesia (ex. epidural/geral)?

- Não
- Sim

14.3.1. Se SIM, que tipo de anestesia? \_\_\_\_\_

15. O parto foi assistido por alguém?

- Não
- Sim

15.1. Se SIM, por quem? \_\_\_\_\_

16. Teve complicações no pós-parto?

- Não
- Sim

### **PARTE III**

(Dados relativos ao recém-nascido)

17. Peso à nascença \_\_\_\_\_

18. APGAR (5 minutos) \_\_\_\_\_

19. O bebé nasceu:

- Saudável
- Com problemas

20. Permaneceu junto da mãe após o nascimento?

- Não
- Sim

21. Alimenta o seu bebé ao peito?

- Não
- Sim

21.1. Se NÃO, porque:

- O seu leite é insuficiente
- Não quer amamentar
- Outro \_\_\_\_\_

**Anexo 5**

**(Questionário de Antecipação do Parto – Q.A.P.)**

**Anexo 6**

**(Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto – Q.E.S.P.)**

**Anexo 7**

**(Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I.)**

**Anexo 8**  
**(Escala de Bonding – E.B.)**

**Anexo 9**

**(“Política do Aleitamento Materno” da Maternidade Bissaya Barreto)**

**Anexo 10**

**(Escolha dos diferentes testes estatísticos)**

1. Devido às particularidades das distribuições de dados das subamostras todos os testes aplicados são Não – Paramétricos. Os resultados dos testes foram apresentados na sua forma normalizada (z) (Pestana & Gageiro, 2003).

2. Para estudar a relação entre variáveis calculou-se o Rhó de Spearman, que consiste no equivalente não paramétrico do Coeficiente de Pearson. Uma correlação que pretende medir o tipo e o grau de associação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2003).

<b>Variáveis</b>
BSI x QAP
BSI x QESP
QAP x QESP
Bonding x QAP
Bonding pré x BSI pré
Bonding x QESP
Bonding pós x BSI pós

3. O teste U de Mann-Whitney foi utilizado quando se pretendia comparar, em cada subamostra, os resultados (nas escalas globais e respectivas sub-escalas) entre os níveis de variáveis independentes com apenas 2 níveis. Consiste no equivalente não paramétrico do teste T-Student para amostras independentes, tendo sido aplicado para comparar a tendência central das distribuições definidas pelas seguintes variáveis (Pestana & Gageiro, 2003):

<b>VD</b>	<b>VI</b>
QAP	Acompanhamento psiquiátrico passado
QAP	Acompanhamento psiquiátrico actual
QAP	Acompanhamento psicológico passado
QAP	Acompanhamento psicológico actual
QESP	Acompanhamento psiquiátrico passado
QESP	Acompanhamento psiquiátrico actual
QAP	Acompanhamento psicológico passado
QESP	Acompanhamento psicológico actual

4. O teste T de Wilcoxon foi utilizado na comparação de resultados dos sujeitos entre testes aplicados em momentos pré e pós parto (nomeadamente o BSI, *Bonding* e respectivas escalas).

**Anexo 11**  
**(Resultados das análises estatísticas)**

## Consistência Interna dos instrumentos

**Quadro 1 – Coeficiente *alpha* de Cronbach para as subescalas e o total do QAP**

Subescala	Nº de itens	No estudo <i>α</i>	Costa e colaboradores (2006) <i>α</i>
Planeamento e preparação para o parto	8	.669	.593
Expectativas quanto ao parto	14	.825	.815
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	13	.878	.855
Expectativas quanto ao pós-parto	6	.916	.856
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	4	.521	.680
Expectativas quanto ao suporte social	7	.679	.737
Total	52	.889	.851

**Quadro 2 – Coeficiente *alpha* de Cronbach para as subescalas e o total do QESP**

Subescala	Nº de itens	No estudo <i>α</i>	Costa e colaboradores (2004b) <i>α</i>
Condições e cuidados prestados	14	.785	.80
Experiência positiva	22	.893	.87
Experiência negativa	12	.806	.88
Relaxamento	6	.954	.93
Suporte social	3	.852	.79
Suporte do companheiro	8	.802	.83
Preocupações	14	.854	.86
Pós-parto	25	.804	.87
Total	104	.870	.90

**Quadro 3 – Coeficiente *alpha* de Cronbach para as dimensões do BSI**

Subescala	Nº de itens	No estudo (gravidez) <i>α</i>	No estudo (pós-parto) <i>α</i>	Canavarro (1999) <i>α</i>
Somatização	7	.674	.839	.797
Obsessões-compulsões	6	.831	.886	.773
Sensibilidade inter-pessoal	4	.812	.797	.760
Depressão	6	.853	.790	.728
Ansiedade	6	.845	.665	.766
Hostilidade	6	.786	.823	.759
Ansiedade fóbica	5	.645	.829	.624
Ideação paranóide	5	.670	.756	.718
Psicoticismo	5	.669	.739	.621

**Quadro 4 – Coeficiente *alpha* de Cronbach para as subescalas e o total da Escala de Bonding**

Subescala	Nº de itens	No estudo (gravidez) <i>α</i>	No estudo (pós-parto) <i>α</i>	Figueiredo e colaboradores (2005) <i>α</i>
Bonding positivo	3	.779	.708	.694
Bonding negativo	6	.815	.753	.572
Bonding not clear	3	.678	.686	.237
Total	12	.458	.493	.477

**Quadro 5 – Medidas descritivas referentes ao Questionário de Antecipação do Parto (Q.A.P.)**

<i>Subescala</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M ponderada</i>
Planeamento e preparação para o parto	Primíparas	18.75	18.00	3.77	12.0	26.0	2.34
	Múltiparas	18.96	19.50	2.72	14.0	22.0	2.37
Expectativas quanto ao parto	Primíparas	32.93	33.00	6.19	20.0	48.0	3.25
	Múltiparas	33.73	31.50	6.22	25.0	48.0	2.41
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Primíparas	40.18	39.50	7.15	22.0	51.0	3.09
	Múltiparas	39.32	40.50	7.85	27.0	51.0	3.02
Expectativas quanto ao pós-parto	Primíparas	19.22	19.50	3.54	11.0	24.0	3.20
	Múltiparas	18.86	19.00	3.68	12.0	24.0	3.14
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	Primíparas	13.32	13.50	2.04	9.0	16.0	3.33
	Múltiparas	13.59	13.50	1.89	10.0	16.0	3.40
Expectativas quanto ao suporte social	Primíparas	22.39	22.00	3.93	15.0	28.0	3.20
	Múltiparas	21.41	22.50	3.85	13.0	27.0	3.06
Total	Primíparas	146.11	143.00	16.73	116.0	185.0	2.80
	Múltiparas	144.77	140.50	16.90	119.0	178.0	2.78

**Quadro 6 – Comparação da antecipação do parto em função do acompanhamento psiquiátrico passado**

<i>Subescala</i>	<i>Acompanhamento psiquiátrico passado</i>	<i>Primíparas</i>					<i>Múltiparas</i>				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Planeamento e preparação para o parto	Não	19	18.47	18.0	-.668	.504	18	19.00	20.0		
	Sim	9	19.33	19.0			4	18.75	19.0	-.258	.796
Expectativas quanto ao parto	Não	19	32.05	32.0	-		18	33.22	31.0	-.642	.521
	Sim	9	34.78	35.0	1.185	.236	4	36.00	35.5		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Não	19	40.42	40.0	-.222	.824	18	39.28	40.5	-.171	.864
	Sim	9	39.67	39.0			4	39.5	40.0		
Expectativas quanto ao pós-parto	Não	19	19.00	19.0	-.914	.345	18	18.61	18.5	-.600	.548
	Sim	9	19.67	22.0			4	20.00	20.0		
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	Não	19	13.21	13.0	-.522	.602	18	14.06	14.0	-	<b>.013</b>
	Sim	9	13.56	14.0			4	11.50	12.0	2.473	
Expectativas quanto ao suporte social	Não	19	22.00	22.0	-.791	.429	18	21.28	22.5	-.388	.698
	Sim	9	23.22	22.0			4	22.00	23.0		
Total	Não	19	144.58	142.0	-.910	.363	18	144.28	140.5	-.043	.866
	Sim	9	149.33	146.0			4	147.00	143.0		

**Quadro 7 – Comparação da antecipação do parto em função do acompanhamento psiquiátrico actual**

<i>Subescala</i>	<i>Acompanhamento psiquiátrico actual</i>	<i>Primíparas</i>					<i>Múltiparas</i>				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Planeamento e preparação para o parto	Não	25	18.52	18.0	-1.158	.247	20	19.30	20.0	-1.732	.083
	Sim	3	20.67	21.0			2	15.50	15.5		
Expectativas quanto ao parto	Não	25	32.40	32.0	-1.640	.101	20	34.15	31.5	-.861	.389
	Sim	3	37.33	38.0			2	29.50	29.5		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Não	25	39.92	39.0	-.485	.628	20	39.65	42.0	-.515	.606
	Sim	3	42.33	45.0			2	36.00	36.0		
Expectativas quanto ao pós-parto	Não	25	18.92	19.0	-1.425	.154	20	18.95	19.0	-.460	.645
	Sim	3	21.67	23.0			2	18.00	18.0		
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	Não	25	13.24	13.0	-.563	.573	20	13.65	13.5	-.466	.642
	Sim	3	14.00	14.0			2	13.00	13.0		
Expectativas quanto ao suporte social	Não	25	22.44	22.0	-.261	.794	20	21.35	23.0	-.116	.908
	Sim	3	22.00	22.0			2	22.00	22.0		
Total	Não	25	144.76	142.00	-1.375	.169	20	145.95	143.0	-.201	.230
	Sim	3	157.33	157.0			2	133.00	133.0		

**Quadro 8 – Comparação da antecipação do parto em função do acompanhamento psicológico passado**

<i>Subescala</i>	<i>Acompanhamento psicológico passado</i>	<i>Primíparas</i>					<i>Múltiparas</i>				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Planeamento e preparação para o parto	Não	15	19.27	18.0	-.950	.342	16	19.00	19.5	.037	.977
	Sim	13	18.13	17.0			6	18.83	19.0		
Expectativas quanto ao parto	Não	15	32.27	32.0	-.716	.474	16	33.81	31.0	-.037	.970
	Sim	13	33.69	35.0			6	33.50	33.0		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Não	15	39.33	41.0	-.324	.746	16	39.81	42.0	-.370	.712
	Sim	13	41.15	39.0			6	38.00	36.0		
Expectativas quanto ao pós-parto	Não	15	19.73	20.0	-.372	.710	16	19.63	20.0	-1.708	.088
	Sim	13	18.62	19.0			6	16.83	17.0		
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	Não	15	13.20	13.0	-.489	.625	16	13.56	13.5	-.150	.881
	Sim	13	13.46	14.0			6	13.67	13.5		
Expectativas quanto ao suporte social	Não	15	22.27	25.0	-.255	.799	16	20.94	20.5	-.709	.478
	Sim	13	22.54	22.0			6	22.67	23.5		
Total	Não	15	145.47	142.0	-.023	.982	16	145.69	141.5	-.332	.740
	Sim	13	148.85	144.0			6	142.33	140.0		

Quadro 9 – Comparação da antecipação do parto em função do acompanhamento psicológico actual

Subescala	Acompanhamento Psicológico actual	Primíparas					Múltiparas				
		N	M	Md	z	p	N	M	Md	Z	p
Planeamento e preparação para o parto											
	Não	23	18.39	18.0	-1.267	.205	19	19.16	20.0	-.629	.530
	Sim	5	20.40	21.0			3	17.67	16.0		
Expectativas quanto ao parto											
	Não	23	32.74	33.0	-.391	.696	19	34.00	31.0	-.288	.773
	Sim	5	33.80	34.0			3	32.00	34.0		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto											
	Não	23	39.70	39.0	-.783	.433	19	39.95	43.0	-.863	.388
	Sim	5	42.40	45.0			3	35.33	35.0		
Expectativas quanto ao pós-parto											
	Não	23	19.09	19.0	-.999	.318	19	18.95	19.0	-.434	.665
	Sim	5	19.80	23.0			3	18.33	19.0		
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro											
	Não	23	13.09	13.0	-1.304	.192	19	13.68	14.0	-.585	.559
	Sim	5	14.40	14.0			3	13.00	13.0		
Expectativas quanto ao suporte social											
	Não	23	22.52	22.0	-.392	.695	19	21.63	24.0	-.678	.498
	Sim	5	21.80	22.0			3	20.67	21.0		
Total											
	Não	23	144.87	142.0	-.930	.352	19	146.16	144.0	-.958	.338
	Sim	5	151.80	154.0			3	136.00	138.0		

Quadro 10 – Medidas descritivas referentes ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (B.S.I.)

Momento	Subescala	Primíparas					Múltiparas				
		M	Md	DP	Min	Máx	M	Md	DP	Min	Max
Gravidez	Somatização	.83	.86	.54	.0	2.0	.82	.64	.58	.0	2.1
	Obsessões-Compulsões	.86	.83	.56	.0	2.3	1.00	.83	.81	.0	2.8
	Sensibilidade Interpessoal	.48	.25	.66	.0	2.8	.50	.25	.64	.0	2.8
	Depressão	.49	.42	.51	.0	1.8	.64	.33	.79	.0	3.2
	Ansiedade	.76	.67	.53	.0	2.0	.78	.50	.87	.0	3.7
	Hostilidade	.69	.60	.48	.0	2.2	.77	.50	.76	.0	2.6
	Ansiedade Fóbica	.30	.20	.32	.0	1.0	.33	.20	.44	.0	1.8
	Ideação Paranóide	.56	.50	.56	.0	2.2	.59	.54	.61	.0	2.2
	Psicoticismo	.38	.20	.44	.0	1.8	.45	.20	.58	.0	2.0
	Índice Geral de Sintomas	.62	.54	.39	.0	1.6	.68	.40	.62	.1	2.5
	Total de Sintomas Positivos	21.11	21.50	10.50	2.0	39.0	21.86	18.50	13.94	2.0	48.0
Pós-parto	Índice de Sintomas Positivos	1.48	1.46	.31	1.0	2.2	1.53	1.37	.52	1.0	2.8
	Somatização	.41	.14	.58	.0	2.3	.14	.14	.16	1.0	.4
	Obsessões-Compulsões	.83	.67	.79	.0	2.7	.75	.83	.75	.0	2.2
	Sensibilidade Interpessoal	1.48	.25	.62	.0	2.0	.25	.13	.38	.0	1.3
	Depressão	.50	.33	.48	.0	1.3	.38	.08	.53	.0	1.7
	Ansiedade	.68	.67	.41	.0	1.7	.63	.50	.56	.0	2.0
	Hostilidade	.65	.40	.65	.0	2.4	.63	.40	.77	.0	2.6
	Ansiedade Fóbica	.26	.33	.57	.0	2.6	.20	.10	.26	.0	.8
	Ideação Paranóide	.60	.40	.63	.0	2.0	.40	.10	.55	.0	1.6
	Psicoticismo	.39	.20	.47	.0	1.4	.27	.10	.38	.0	1.0
	Índice Geral de Sintomas	.53	.30	.47	.0	1.7	.40	.29	.43	.0	1.4
Total de Sintomas Positivos	18.14	13.00	12.88	1.0	48.0	14.42	13.00	12.97	.0	40.0	
Índice de Sintomas Positivos	1.43	1.33	.37	1.0	2.0	1.17	1.22	.46	.0	1.9	

**Quadro 11 – Correlação entre a antecipação do parto e a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica durante a gravidez (Primíparas)**

<i>Sintomas</i>	<i>QAP</i>	<i>QAP1_pre</i>	<i>QAP2_pre</i>	<i>QAP3_pre</i>	<i>QAP4_pre</i>	<i>QAP5_pre</i>	<i>QAP6_pre</i>	<i>QAPTotal_pre</i>
Somatização	$r_s$	.277	-.069	-.241	.024	-.060	-.092	-.031
	p	.154	.729	.216	.902	.761	.641	.877
	n	28	28	28	28	28	28	28
Obsessões-Compulsões	$r_s$	-.014	.096	-.119	-.048	-.025	.151	.010
	p	.945	.627	.545	.809	.901	.442	.959
	n	28	28	28	28	28	28	28
Sensibilidade Interpessoal	$r_s$	.049	-.074	-.247	.341	-.204	-.132	-.078
	p	.806	.709	.205	.076	.297	.504	.693
	n	28	28	28	28	28	28	28
Depressão	$r_s$	-.011	-.090	-.156	.253	-.319	-.236	-.076
	p	.956	.650	.427	.194	.098	.227	.700
	n	28	28	28	28	28	28	28
Ansiedade	$r_s$	<b>.380*</b>	-.025	-.236	.373	-.135	-.119	.064
	p	<b>.046</b>	.899	.227	.051	.492	.545	.747
	n	<b>28</b>	28	28	28	28	28	28
Hostilidade	$r_s$	-.244	-.342	<b>-.400*</b>	.106	-.239	.012	-.363
	p	.210	.075	<b>.035</b>	.591	.220	.952	.058
	n	28	28	<b>28</b>	28	28	28	28
Ansiedade Fóbica	$r_s$	.189	-.216	-.040	.121	-.073	-.026	-.046
	p	.335	.269	.838	.540	.712	.894	.816
	n	28	28	28	28	28	28	28
Ideação Paranóide	$r_s$	.152	-.051	-.201	.245	-.141	-.041	.026
	p	.439	.796	.306	.209	.475	.834	.895
	n	28	28	28	28	28	28	28
Psicoticismo	$r_s$	-.092	-.243	-.143	.181	-.229	-.104	-.158
	p	.642	.212	.469	.357	.242	.599	.422
	n	28	28	28	28	28	28	28
Índice Geral de Sintomas	$r_s$	.164	-.131	-.246	.266	-.166	-.087	-.052
	p	.403	.506	.207	.171	.399	.658	.795
	n	28	28	28	28	28	28	28
Total de Sintomas Positivos	$r_s$	.106	-.067	-.251	.266	-.216	-.159	-.064
	p	.592	.736	.198	.172	.270	.420	.748
	n	28	28	28	28	28	28	28
Índice Sintomas Positivos	$r_s$	.288	-.193	-.137	.095	-.071	.164	.012
	p	.138	.324	.486	.630	.719	.404	.950
	n	28	28	28	28	28	28	28

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 12 – Correlação entre a antecipação do parto e a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica durante a gravidez (Múltiparas)**

<i>Sintomas</i>	<i>QAP</i>	<i>QAP1_pre</i>	<i>QAP2_pre</i>	<i>QAP3_pre</i>	<i>QAP4_pre</i>	<i>QAP5_pre</i>	<i>QAP6_pre</i>	<i>QAPTotal_pre</i>
Somatização	<i>r<sub>s</sub></i>	-.368	-.305	-.117	-.239	<b>-.632**</b>	-.341	-.381
	<i>p</i>	.092	.168	.605	.285	<b>.002</b>	.121	.080
	<i>n</i>	22	22	22	22	<b>22</b>	22	22
Obsessões-Compulsões	<i>r<sub>s</sub></i>	-.050	.019	-.208	.125	-.375	-.086	-.126
	<i>p</i>	.824	.932	.353	.579	.085	.703	.575
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Sensibilidade Interpessoal	<i>r<sub>s</sub></i>	.165	.175	-.061	.055	-.373	.319	.137
	<i>p</i>	.462	.437	.786	.808	.088	.149	.543
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Depressão	<i>r<sub>s</sub></i>	-.010	-.017	-.361	.025	-.393	-.176	-.203
	<i>p</i>	.963	.940	.099	.911	.070	.432	.365
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Ansiedade	<i>r<sub>s</sub></i>	-.034	.001	.104	.083	-.409	.049	.045
	<i>p</i>	.879	.998	.647	.712	.059	.828	.843
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Hostilidade	<i>r<sub>s</sub></i>	.099	.067	-.016	.230	-.330	-.038	.100
	<i>p</i>	.662	.766	.943	.304	.134	.868	.659
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Ansiedade Fóbica	<i>r<sub>s</sub></i>	.054	.121	.032	.014	<b>-.426*</b>	-.096	-.017
	<i>p</i>	.811	.591	.888	.952	<b>.048</b>	.670	.940
	<i>n</i>	22	22	22	22	<b>22</b>	22	22
Ideação Paranóide	<i>r<sub>s</sub></i>	.093	.214	-.097	.178	-.270	.001	.055
	<i>p</i>	.681	.338	.668	.429	.223	.995	.810
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Psicoticismo	<i>r<sub>s</sub></i>	.013	.232	-.158	.128	-.390	.020	-.005
	<i>p</i>	.953	.298	.483	.572	.073	.928	.983
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22
Índice Geral de Sintomas	<i>r<sub>s</sub></i>	.019	.114	-.122	.075	<b>-.430*</b>	-.055	-.040
	<i>p</i>	.932	.614	.588	.741	<b>.046</b>	.808	.859
	<i>n</i>	22	22	22	22	<b>22</b>	22	22
Total de Sintomas Positivos	<i>r<sub>s</sub></i>	.033	.111	-.120	.038	<b>-.424*</b>	.022	-.038
	<i>p</i>	.884	.622	.594	.867	<b>.049</b>	.922	.867
	<i>n</i>	22	22	22	22	<b>22</b>	22	22
Índice de Sintomas Positivos	<i>r<sub>s</sub></i>	-.134	-.151	-.088	.061	-.345	-.327	-.165
	<i>p</i>	.553	.504	.696	.788	.116	.137	.464
	<i>n</i>	22	22	22	22	22	22	22

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 13 – Medidas descritivas referentes ao Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Q.E.S.P.)**

<i>Subescala</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Condições e cuidados prestados	Primíparas	46.38	45.00	5.53	40.0	58.0
	Multíparas	44.92	45.00	4.50	39.0	56.0
Experiência positiva	Primíparas	65.43	64.00	11.86	42.0	91.0
	Multíparas	65.17	66.50	11.48	42.0	82.0
Experiência negativa	Primíparas	47.86	46.00	11.87	33.0	70.0
	Multíparas	41.08	39.00	11.22	26.0	61.0
Relaxamento	Primíparas	12.62	14.00	7.08	2.0	23.0
	Multíparas	11.92	12.50	5.70	2.0	20.0
Suporte social	Primíparas	8.24	9.00	3.19	3.0	12.0
	Multíparas	9.17	10.50	3.30	3.0	12.0
Suporte do companheiro	Primíparas	25.00	26.00	4.35	12.0	29.0
	Multíparas	21.92	23.50	5.53	11.0	29.0
Preocupações	Primíparas	41.86	44.00	8.68	22.0	55.0
	Multíparas	44.00	43.00	6.09	35.0	53.0
Pós-parto	Primíparas	87.33	89.00	12.44	61.0	108.0
	Multíparas	94.00	98.50	12.48	71.0	107.0
Total	Primíparas	155.29	157.00	28.92	113.0	217.0
	Multíparas	162.00	171.50	35.63	79.0	203.0

**Quadro 14 – Comparação da experiência e satisfação com o parto em função do acompanhamento psiquiátrico passado**

<i>Subescala</i>	<i>Acompanhamento Psiquiátrico passado</i>	<i>Primíparas</i>					<i>Multíparas</i>				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Experiência positiva	Não	13	46.38	44.0	-.474	.636	9	43.67	45.0	-1.123	.261
	Sim	8	46.38	40.0			3	48.67	46.0		
Experiência positiva	Não	13	67.69	67.0	-.944	.345	9	63.22	65.0	-1.021	.307
	Sim	8	61.75	62.5			3	71.00	77.0		
Experiência negativa	Não	13	46.62	51.0	-.581	.561	9	41.11	38.0	-.277	.782
	Sim	8	49.88	46.0			3	41.00	40.0		
Relaxamento	Não	13	13.08	14.0	-.475	.635	9	10.33	12.0	-1.673	.094
	Sim	8	11.88	13.5			3	16.67	18.0		
Suporte social	Não	13	7.54	8.0	-.216	.224	9	9.78	12.0	-.987	.324
	Sim	8	9.36	9.0			3	7.33	7.0		
Suporte do companheiro	Não	13	24.46	26.0	-.587	.557	9	22.22	26.0	-.466	.642
	Sim	8	25.88	26.5			3	21.00	21.0		
Preocupações	Não	13	43.23	45.0	-	.231	9	43.78	42.0	-.370	.711
	Sim	8	39.63	36.0	1.198		3	44.67	44.0		
Pós-parto	Não	13	90.62	93.0	-	.088	9	94.78	96.0	-.372	.710
	Sim	8	82.00	84.0	1.704		3	91.67	101.0		
Total	Não	13	162.00	162.0	-	.261	9	159.11	163.0	-.462	.644
	Sim	8	147.75	142.0	1.123		3	170.67	184.0		

Quadro 15 – Comparação da experiência e satisfação com o parto em função do acompanhamento psiquiátrico actual

Subescala	Acompanhamento psicológico actual	Primíparas					Múltiparas				
		N	M	Md	Z	p	N	M	Md	Z	p
Condições e cuidados prestados	Não	18	45.89	44.0	-1.415	.157	11	45.27	45.0	-1.027	.305
	Sim	3	49.33	49.0			1	41.00	41.0		
Experiência positiva	Não	18	64.39	63.0	-1.461	.144	11	65.36	68.0	-.436	.663
	Sim	3	71.67	70.0			1	63.00	63.0		
Experiência negativa	Não	18	44.94	44.0	-2.570	.010	11	42.45	40.0	-1.593	.111
	Sim	3	65.33	68.0			1	26.00	26.0		
Relaxamento	Não	18	13.11	14.0	-.765	.447	11	12.18	13.0	-.874	.382
	Sim	3	9.67	9.0			1	9.00	9.0		
Suporte social	Não	18	8.06	8.5	-.562	.574	11	8.91	9.0	-.928	.357
	Sim	3	9.33	9.0			1	12.00	12.0		
Suporte do companheiro	Não	18	24.72	25.5	-.916	.360	11	21.27	21.0	-1.459	.145
	Sim	3	26.67	29.0			1	29.00	29.0		
Preocupações	Não	18	42.39	45.0	-1.007	.314	11	43.27	42.0	-1.306	.192
	Sim	3	36.67	36.0			1	52.00	52.0		
Pós-parto	Não	18	88.00	91.0	-.855	.392	11	92.82	96.0	-1.456	.145
	Sim	3	83.33	84.0			1	107.00	107.0		
Total	Não	18	156.83	159.5	-.805	.421	11	160.09	163.0	-.435	.664
	Sim	3	146.00	142.0			1	183.00	183.0		

Quadro 16 – Comparação da experiência e satisfação com o parto em função do acompanhamento psicológico passado

Subescala	Acompanhamento psicológico passado	Primíparas					Múltiparas				
		N	M	Md	Z	p	N	M	Md	Z	p
Condições e cuidados prestados	Não	10	45.80	44.0	-.744	.457	7	45.29	45.0	-.082	.934
	Sim	11	46.90	47.0			5	44.40	45.0		
Experiência positiva	Não	10	69.90	67.5	-1.306	.192	7	66.14	68.0	-.570	.568
	Sim	11	61.36	62.0			5	63.80	63.0		
Experiência negativa	Não	10	44.60	43.0	-.341	.180	7	47.43	46.0	-2.355	<b>.019</b>
	Sim	11	50.82	46.0			5	32.20	32.0		
Relaxamento	Não	10	13.90	14.5	-.994	.320	7	12.86	14.0	-.816	.414
	Sim	11	11.45	13.0			5	16.60	12.0		
Suporte social	Não	10	8.00	8.5	-.179	.858	7	9.00	12.0	-.087	.931
	Sim	11	8.45	9.0			5	9.40	9.0		
Suporte do companheiro	Não	10	24.70	27.5	-.107	.915	7	21.86	21.0	-.082	.935
	Sim	11	25.27	25.0			5	22.00	26.0		
Preocupações	Não	10	40.10	41.0	-.918	.359	7	43.14	42.0	-.569	.569
	Sim	11	43.45	47.0			5	45.20	46.0		
Pós-parto	Não	10	91.30	94.0	-1.727	.084	7	97.71	101.0	-.751	.568
	Sim	11	83.73	84.0			5	97.20	96.0		
Total	Não	10	168.90	165.0	-2.184	.029	7	156.29	162.0	-.244	.808
	Sim	11	142.90	142.0			5	170.00	180.0		

**Quadro 17 – Comparação da experiência e satisfação com o parto em função do acompanhamento psicológico actual**

<i>Subescala</i>	<i>Acompanhamento psicológico actual</i>	<i>Primíparas</i>					<i>Mulúparas</i>				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Condições e cuidados prestados											
	Não	16	46.31	44.0	-.457	.648	10	45.30	45.5	-.761	.446
	Sim	5	46.60	47.0			2	43.00	43.0		
Experiência positiva											
	Não	16	64.94	63.0	-.579	.562	10	64.40	66.5	-.323	.746
	Sim	5	67.00	68.0			2	69.00	69.0		
Experiência negativa											
	Não	16	45.56	44.0	-.366	.172	10	43.50	41.00	-1.934	.053
	Sim	5	55.20	58.0			2	29.00	29.00		
Relaxamento											
	Não	16	12.50	14.0	-.125	.901	10	11.70	12.5	-.108	.914
	Sim	5	13.00	14.0			2	13.00	13.0		
Suporte social											
	Não	16	7.88	8.0	-.924	.355	10	9.20	10.5	-.115	.909
	Sim	5	9.40	9.0			2	9.00	9.0		
Suporte do companheiro											
	Não	16	24.44	25.5	-.296	.195	10	21.80	23.5	-.433	.685
	Sim	5	26.80	29.0			2	22.50	22.5		
Preocupações											
	Não	16	43.94	45.5	<b>-.235</b>	<b>.025</b>	10	44.10	43.0	-.215	.830
	Sim	5	35.20	36.0			2	43.50	43.5		
Pós-parto											
	Não	16	89.19	92.5	-1.406	.160	10	92.60	98.5	-.756	.450
	Sim	5	81.40	84.0			2	101.00	101.0		
Total											
	Não	16	155.75	159.50	-.289	.772	10	157.40	162.5	-1.074	.283
	Sim	5	153.80	142.00			2	185.00	185.0		

**Quadro 18 – Correlação entre a experiência e satisfação com o parto e a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica no pós-parto (Primíparas)**

<i>Sintomas</i>	<i>QESP</i>	<i>QESPI_pos</i>	<i>QESP2_p os</i>	<i>QESP3_p os</i>	<i>QESP4_p os</i>	<i>QESP5_p os</i>	<i>QESP6_p os</i>	<i>QESP7_p os</i>	<i>QESP8_p os</i>	<i>QESPTotal_pos</i>
Somatização	<i>r<sub>s</sub></i>	-.038	.164	.160	.021	.071	.077	<b>-.442*</b>	-.359	-.329
	<i>p</i>	.871	.477	.488	.927	.758	.739	<b>.045</b>	.110	.146
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21	21
Obsessões-Compulsões	<i>r<sub>s</sub></i>	.040	-.356	.027	-.207	-.087	-.156	-.066	<b>-.462*</b>	-.447*
	<i>p</i>	.864	.113	.908	.368	.706	.499	.778	<b>.035</b>	.042
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21
Sensibilidade Interpessoal	<i>r<sub>s</sub></i>	.108	.002	.388	-.112	.080	.089	-.137	-.331	-.488*
	<i>p</i>	.642	.994	.082	.629	.729	.700	.553	.142	.025
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Depressão	<i>r<sub>s</sub></i>	-.302	-.174	.223	-.237	-.094	.013	-.252	<b>-.454*</b>	-.323
	<i>p</i>	.183	.450	.332	.300	.685	.956	.271	<b>.039</b>	.153
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21
Ansiedade	<i>r<sub>s</sub></i>	-.110	.099	.165	.124	.213	.156	-.423	-.307	-.430
	<i>p</i>	.636	.669	.474	.594	.355	.501	.056	.176	.052
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Hostilidade	<i>r<sub>s</sub></i>	.120	-.004	.371	-.115	.146	.191	-.096	<b>-.516*</b>	-.483*
	<i>p</i>	.605	.985	.098	.619	.528	.407	.679	<b>.017</b>	.027
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21
Ansiedade Fóbica	<i>r<sub>s</sub></i>	-.160	-.025	-.094	.191	.169	-.232	<b>-.457*</b>	-.366	-.051
	<i>p</i>	.489	.913	.685	.407	.463	.311	<b>.037</b>	.103	.827
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21	21
Ideação Paranóide	<i>r<sub>s</sub></i>	.012	.080	.368	.034	.191	-.014	-.265	<b>-.490*</b>	-.371
	<i>p</i>	.960	.731	.100	.883	.406	.952	.245	<b>.024</b>	.098
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21
Psicoticismo	<i>r<sub>s</sub></i>	-.081	-.036	.333	-.228	.126	-.241	-.368	<b>-.534*</b>	-.305
	<i>p</i>	.726	.876	.140	.320	.587	.294	.101	<b>.013</b>	.179
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21
Índice Geral de Sintomas	<i>r<sub>s</sub></i>	-.060	.000	.255	-.043	.160	.010	-.368	<b>-.493*</b>	-.435*
	<i>p</i>	.795	.999	.264	.855	.488	.967	.100	<b>.023</b>	.049
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21
Total de Sintomas Positivos	<i>r<sub>s</sub></i>	-.206	-.109	.145	-.114	.091	-.070	-.346	-.429	-.409
	<i>p</i>	.370	.637	.530	.623	.695	.764	.124	.053	.066
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Índice de Sintoma Positivos	<i>r<sub>s</sub></i>	.215	.187	.290	.157	.392	.220	-.194	-.432	-.300
	<i>p</i>	.350	.416	.203	.498	.079	.339	.400	.051	.186
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21

\*\* Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 19 – Correlação entre a experiência e satisfação com o parto e a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica no pós-parto (Multiparas)**

<i>Sintoma</i>	<i>QESP</i>	<i>QESP1_pos</i>	<i>QESP2_p os</i>	<i>QESP3_p os</i>	<i>QESP4_p os</i>	<i>QESP5_p os</i>	<i>QESP6_p os</i>	<i>QESP7_p os</i>	<i>QESP8_p os</i>	<i>QESPTotal_pos</i>
Somatização	<i>r<sub>s</sub></i>	.361	.220	<b>-.649*</b>	.563	-.341	.194	-.383	-.168	.404
	<i>p</i>	.250	.492	<b>.022</b>	.057	.278	.545	.219	.603	.193
	<i>n</i>	12	12	<b>12</b>	12	12	12	12	12	12
Obsessões-Compulsões	<i>r<sub>s</sub></i>	-.141	-.060	-.102	.261	-.073	-.034	-.489	-.339	.190
	<i>p</i>	.662	.853	.752	.413	.821	.917	.106	.282	.554
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Sensibilidade Interpessoal	<i>r<sub>s</sub></i>	.257	.012	.028	.166	.023	.084	<b>-.605*</b>	-.141	.389
	<i>p</i>	.420	.969	.930	.606	.944	.795	<b>.037</b>	.662	.212
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	<b>12</b>	12	12
Depressão	<i>r<sub>s</sub></i>	-.070	-.048	-.021	.195	-.363	-.226	-.495	-.527	.247
	<i>p</i>	.830	.883	.948	.544	.246	.481	.102	.079	.439
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Ansiedade	<i>r<sub>s</sub></i>	.068	-.137	-.171	.232	-.381	-.220	-.295	-.500	.184
	<i>p</i>	.833	.671	.596	.468	.222	.492	.351	.098	.567
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Hostilidade	<i>r<sub>s</sub></i>	-.014	-.085	.039	.335	-.557	-.256	-.442	-.573	.057
	<i>p</i>	.965	.793	.905	.287	.060	.422	.151	.052	.860
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Ansiedade Fóbica	<i>r<sub>s</sub></i>	.024	.110	-.022	.212	-.225	-.383	-.090	-.385	.075
	<i>p</i>	.941	.733	.946	.509	.483	.219	.781	.217	.816
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Ideação Paranóide	<i>r<sub>s</sub></i>	-.208	-.235	-.184	.029	-.379	-.182	-.256	-.513	.209
	<i>p</i>	.516	.462	.566	.930	.225	.571	.422	.088	.514
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Psicoticismo	<i>r<sub>s</sub></i>	-.068	-.099	-.092	.139	-.304	-.192	-.370	-.487	.411
	<i>p</i>	.834	.759	.776	.668	.337	.550	.237	.109	.184
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Índice Geral de Sintomas	<i>r<sub>s</sub></i>	-.012	-.039	-.221	.231	-.353	-.129	-.288	-.400	.249
	<i>p</i>	.969	.905	.491	.471	.260	.690	.364	.198	.435
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Total de Sintomas Positivos	<i>r<sub>s</sub></i>	.005	-.032	-.130	.226	-.315	-.171	-.318	-.481	.267
	<i>p</i>	.987	.922	.688	.481	.319	.594	.314	.113	.401
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Índice de Sintomas Positivos	<i>r<sub>s</sub></i>	.335	.144	-.480	.438	-.372	.071	-.223	.150	.125
	<i>p</i>	.287	.655	.114	.154	.234	.828	.486	.643	.700
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\*. Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 20 – Comparação dos sintomas psicopatológicos antes e após o parto**

<i>Subescala</i>	<i>Momento</i>	<i>Primíparas</i>					<i>Múltiparas</i>				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Somatização					<b>-2.796</b>	<b>.005</b>					
	Gravidez	28	.83	.86			22	.82	.64	<b>-2.834</b>	<b>.005</b>
	Pós-parto	21	.41	.14			12	.14	.14		
Obsessões-compulsões					-1.181	.237					
	Gravidez	28	.88	.83			22	1.00	.83	<b>-2.844</b>	<b>.004</b>
	Pós-parto	21	.83	.67			12	.75	.83		
Sensibilidade inter-pessoal					-.457	.647					
	Gravidez	28	.48	.25			22	.50	.25	<b>-2.555</b>	<b>.011</b>
	Pós-parto	21	.48	.25			12	.25	.13		
Depressão					-.095	.925					
	Gravidez	28	.49	.42			22	.64	.33	<b>-2.358</b>	<b>.018</b>
	Pós-parto	21	.50	.33			12	.36	.08		
Ansiedade					-.878	.380					
	Gravidez	28	.76	.66			22	.78	.50	-1.027	.304
	Pós-parto	21	.68	.66			12	.63	.50		
Hostilidade					-.548	.584					
	Gravidez	28	.69	.60			22	.77	.50	<b>-2.156</b>	<b>.031</b>
	Pós-parto	21	.65	.40			12	.63	.40		
Ansiedade fóbica					-1.708	.088					
	Gravidez	28	.30	.20			22	.33	.20	-1.035	.301
	Pós-parto	21	.26	.00			12	.20	.10		
Ideação paranóide					-.126	.900					
	Gravidez	28	.56	.50			22	.59	.50	<b>-2.684</b>	<b>.007</b>
	Pós-parto	21	.60	.40			12	.40	.10		
Psicoticismo					-.133	.894					
	Gravidez	28	.38	.20			22	.44	.20	<b>-2.375</b>	<b>.018</b>
	Pós-parto	21	.39	.20			12	.27	.10		
Índice sintomas geral					-1.309	.191					
	Gravidez	28	.62	.54			22	.68	.40	<b>-3.062</b>	<b>.002</b>
	Pós-parto	21	.53	.30			12	.40	.29		
Total de sintomas positivos					-1.252	.211					
	Gravidez	28	21.11	21.50			22	21.86	18.50	<b>-3.062</b>	<b>.002</b>
	Pós-parto	21	18.14	13.00			12	14.42	13.00		
Índice de sintomas positivos					-1.338	.181					
	Gravidez	28	1.48	1.46			22	1.53	1.37	<b>-2.268</b>	<b>.023</b>
	Pós-parto	21	1.42	1.30			12	1.17	1.22		

**Quadro 21 – Correlação da antecipação do parto com a experiência e satisfação com o parto: Primíparas**

<i>QAP</i>	<i>QESP</i>	<i>Cond. e cuidados</i>	<i>Exp. positiva</i>	<i>Exp. negativa</i>	<i>Relaxamento</i>	<i>Suporte</i>	<i>Suporte do comp.</i>	<i>Preocupações</i>	<i>Pós-parto</i>	<i>Total</i>
<i>QAP</i>										
Planeamento e preparação para o parto										
	<i>r<sub>s</sub></i>	.173	<b>.546*</b>	.119	<b>.740**</b>	.226	.079	-.048	.236	.464*
	<i>p</i>	.455	<b>.010</b>	.608	<b>.000</b>	.326	.735	.837	.304	.034
	<i>n</i>	21	<b>21</b>	21	<b>21</b>	21	21	21	21	21
Expectativas quanto ao parto										
	<i>r<sub>s</sub></i>	.033	-.059	.144	-.028	-.013	-.017	<b>.433*</b>	.280	-.089
	<i>p</i>	.888	.800	.534	.904	.956	.940	<b>.050</b>	.220	.701
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	<b>21</b>	21	21
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto										
	<i>r<sub>s</sub></i>	-.098	-.085	-.065	.263	.080	-.136	.262	.362	.173
	<i>p</i>	.672	.714	.779	.249	.731	.555	.251	.107	.454
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Expectativas quanto ao pós-parto										
	<i>r<sub>s</sub></i>	-.155	.040	.276	-.019	.167	-.031	-.087	.092	-.050
	<i>p</i>	.502	.864	.225	.936	.469	.894	.706	.692	.829
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro										
	<i>r<sub>s</sub></i>	.086	.065	.016	.368	.149	-.072	.043	.197	.287
	<i>p</i>	.712	.781	.946	.100	.519	.757	.854	.393	.208
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Expectativas quanto ao suporte social										
	<i>r<sub>s</sub></i>	<b>.476*</b>	.244	.120	.075	<b>.475*</b>	.193	.038	.348	.351
	<i>p</i>	<b>.029</b>	.287	.605	.747	<b>.030</b>	.402	.870	.122	.119
	<i>n</i>	<b>21</b>	21	21	21	<b>21</b>	21	21	21	21
Total										
	<i>r<sub>s</sub></i>	.016	.118	.124	.316	.244	.011	.213	.351	.199
	<i>p</i>	.946	.609	.591	.162	.286	.962	.353	.119	.388
	<i>n</i>	21	21	21	21	21	21	21	21	21

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 22 – Correlação da antecipação do parto com a experiência e satisfação com o parto: Multiparas**

	<i>QESP</i>	<i>Cond. e cuidados</i>	<i>Exp. positiva</i>	<i>Exp. negativa</i>	<i>Relaxamento</i>	<i>Suporte</i>	<i>Suporte do comp.</i>	<i>Preocupações</i>	<i>Pós-parto</i>	<i>Total</i>
<b>QAP</b>										
Planeamento e preparação para o parto	<i>r<sub>s</sub></i>	-.228	-.189	.376	-.239	-.394	<b>-.659*</b>	.057	-.537	-.592*
	<i>P</i>	.476	.557	.228	.455	.205	<b>.020</b>	.861	.072	.042
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	<b>12</b>	12	12	12
Expectativas quanto ao parto	<i>r<sub>s</sub></i>	-.151	-.053	.242	-.104	-.508	-.512	.494	-.541	-.418
	<i>p</i>	.640	.871	.448	.748	.092	.089	.103	.069	.177
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	<i>r<sub>s</sub></i>	.274	-.155	-.077	-.186	-.204	.037	<b>.586*</b>	-.034	-.151
	<i>p</i>	.389	.630	.811	.564	.524	.909	<b>.045</b>	.918	.639
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	<b>12</b>	12	12
Expectativas quanto ao pós-parto	<i>r<sub>s</sub></i>	-.140	.099	<b>.675*</b>	.240	-.085	-.279	-.152	-.439	-.159
	<i>p</i>	.665	.759	<b>.016</b>	.453	.793	.379	.637	.154	.622
	<i>n</i>	12	12	<b>12</b>	12	12	12	12	12	12
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	<i>r<sub>s</sub></i>	-.452	-.202	.317	<b>-.606*</b>	.217	-.238	.148	.116	-.466
	<i>p</i>	.140	.529	.316	<b>.037</b>	.499	.456	.646	.719	.127
	<i>n</i>	12	12	12	<b>12</b>	12	12	12	12	12
Expectativas quanto ao suporte social	<i>r<sub>s</sub></i>	-.092	-.397	.303	-.550	.360	-.004	.091	.151	-.513
	<i>p</i>	.776	.201	.338	.064	.251	.991	.778	.640	.088
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Total	<i>r<sub>s</sub></i>	-.042	-.295	.322	-.334	-.314	-.317	.469	-.415	-.545
	<i>p</i>	.896	.352	.308	.289	.321	.316	.124	.180	.067
	<i>n</i>	12	12	12	12	12	12	12	12	12

\*\* Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 23 – Medidas descritivas referentes à Escala de Bonding (E.B.)**

<i>Momento</i>	<i>Subescala</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M ponderada</i>
Gravidez	Bonding positivo	Primíparas	7.89	8.00	1.37	4.0	9.0	2.63
		Multiparas	8.00	<b>9.00</b>	1.45	4.0	9.0	<b>2.67</b>
	Bonding negativo	Primíparas	1.75	.00	1.55	.0	6.0	<b>.29</b>
		Multiparas	.68	.00	1.25	.0	4.0	.11
	Bonding not clear	Primíparas	2.29	<b>2.00</b>	.30	.0	6.0	<b>.76</b>
		Multiparas	1.77	1.50	1.48	.0	5.0	.59
Total	Primíparas	4.86	5.00	3.03	-4.0	9.0	.41	
Multiparas	5.55	<b>6.50</b>	3.31	-3.0	9.0	<b>.46</b>		
Pós-parto	Bonding positivo	Primíparas	8.81	9.00	.40	8.0	9.0	<b>2.93</b>
		Multiparas	8.17	9.00	1.47	4.0	9.0	2.73
	Bonding negativo	Primíparas	.05	.00	.22	.0	1.0	.01
		Multiparas	.17	.00	.39	.0	1.0	<b>.03</b>
	Bonding not clear	Primíparas	2.29	2.00	.35	.0	6.0	<b>.76</b>
		Multiparas	2.17	2.00	1.53	.0	5.0	.73
Total	Primíparas	6.48	<b>7.00</b>	1.37	3.0	6.0	<b>.54</b>	
Multiparas	5.83	6.00	2.08	2.0	9.0	.49		

**Quadro 24 – Correlação entre a antecipação do parto e o *bonding* ao bebê imaginário (gravidez): Primíparas**

<i>QAP</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo_pre</i>	<i>Bonding Negativo_pre</i>	<i>Bonding NotClear_pre</i>	<i>Bonding Total_pre</i>
Planeamento e preparação para o parto	r <sup>2</sup>	.070	-.265	.216	.045
	p	.724	.173	.271	.819
	N	28	28	28	28
Expectativas quanto ao parto	r <sup>2</sup>	-.174	.076	-.201	.063
	p	.376	.702	.306	.749
	N	28	28	28	28
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	r <sup>2</sup>	.149	-.233	<b>-.700**</b>	<b>.561**</b>
	p	.450	.233	<b>.000</b>	<b>.002</b>
	N	28	28	<b>28</b>	<b>28</b>
Expectativas quanto ao pós-parto	r <sup>2</sup>	-.098	.052	.062	-.070
	p	.620	.793	.756	.724
	N	28	28	28	28
Expectativas quanto à relação com o bebê e com o companheiro	r <sup>2</sup>	<b>.374*</b>	<b>-.484**</b>	-.371	<b>.603**</b>
	p	<b>.050</b>	<b>.009</b>	.052	<b>.001</b>
	N	<b>28</b>	<b>28</b>	28	<b>28</b>
Expectativas quanto ao suporte social	r <sup>2</sup>	.174	-.272	.114	.071
	p	.376	.162	.565	.720
	N	28	28	28	28
Total	r <sup>2</sup>	.019	-.181	-.353	.335
	p	.922	.356	.066	.082
	N	28	28	28	28

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 25 – Correlação entre a antecipação do parto e o *bonding* ao bebê imaginário (gravidez): Multiparas**

<i>QAP</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo_pre</i>	<i>Bonding Negativo_pre</i>	<i>Bonding NotClear_pre</i>	<i>Bonding Total_pre</i>
Planeamento e preparação para o parto	$r_s$	.162	.006	-.218	.200
	p	.472	.980	.329	.372
	n	22	22	22	22
Expectativas quanto ao parto	$r_s$	-.051	.301	-.317	.091
	p	.823	.174	.150	.688
	n	22	22	22	22
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	$r_s$	.146	-.091	-.337	.253
	p	.516	.688	.125	.256
	n	22	22	22	22
Expectativas quanto ao pós-parto	$r_s$	-.168	.273	-.255	-.014
	p	.456	.220	.252	.951
	n	22	22	22	22
Expectativas quanto à relação com o bebê e com o companheiro	$r_s$	.246	-.225	-.019	.140
	p	.271	.313	.934	.533
	n	22	22	22	22
Expectativas quanto ao suporte social	$r_s$	.349	-.217	-.077	.212
	p	.112	.333	.735	.343
	n	22	22	22	22
Total	$r_s$	.147	.032	-.321	.229
	p	.515	.887	.145	.306
	n	22	22	22	22

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 26 - Correlação entre os sintomas psicopatológicos e o *bonding* ao bebê imaginário (gravidez): Primíparas**

<i>Sintoma</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo pré</i>	<i>Bonding Negativo pré</i>	<i>Bonding NotClear pré</i>	<i>Bonding Total pré</i>
Somatização	$r_s$	-.124	-.055	.334	-.123
	p	.530	.780	.082	.532
	n	28	28	28	28
Obsessões-Compulsões	$r_s$	-.196	.136	.160	-.271
	p	.317	.491	.416	.163
	n	28	28	28	28
Sensibilidade Interpessoal	$r_s$	<b>-.380*</b>	.333	.227	<b>-.390*</b>
	p	<b>.046</b>	.083	.246	<b>.040</b>
	n	<b>28</b>	28	28	<b>28</b>
Depressão	$r_s$	<b>-.457*</b>	.266	.114	-.334
	p	<b>.014</b>	.171	.565	.082
	n	<b>28</b>	28	28	28
Ansiedade	$r_s$	-.271	.228	.325	-.300
	p	.163	.243	.092	.121
	n	28	28	28	28
Hostilidade	$r_s$	-.136	.006	.197	-.192
	p	.491	.978	.315	.327
	n	28	28	28	28
Ansiedade Fóbica	$r_s$	-.126	.034	.058	-.119
	p	.523	.863	.770	.548
	n	28	28	28	28
Ideação Paranóide	$r_s$	<b>-.494**</b>	.134	.163	-.310
	p	<b>.007</b>	.498	.406	.109
	n	<b>28</b>	28	28	28
Psicoticismo	$r_s$	-.300	.100	.114	-.206
	p	.121	.612	.564	.293
	n	28	28	28	28
Índice Geral de Sintomas	$r_s$	-.344	.165	.266	-.320
	p	.073	.402	.172	.097
	n	28	28	28	28
Total de Sintomas Positivos	$r_s$	<b>-.395*</b>	.190	.255	-.333
	p	<b>.038</b>	.333	.189	.084
	n	<b>28</b>	28	28	28
Índice de Sintomas Positivos	$r_s$	-.095	.077	.196	-.176
	p	.630	.695	.316	.369
	n	28	28	28	28

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 27 - Correlação entre os sintomas psicopatológicos e o *bonding* ao bebê imaginário (gravidez): Multiparas**

<i>Sintoma</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding</i>			
		<i>Positivo_pré</i>	<i>Negativo_pré</i>	<i>NotClear_pré</i>	<i>Total_pré</i>
Somatização	$r_s$	-.224	.203	.394	-.369
	p	.317	.364	.069	.091
	n	22	22	22	22
Obsessões-Compulsões	$r_s$	-.380	<b>.529*</b>	<b>.657**</b>	<b>-.656**</b>
	p	.081	<b>.011</b>	<b>.001</b>	<b>.001</b>
	n	22	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Sensibilidade Interpessoal	$r_s$	-.109	.240	.246	-.202
	p	.630	.283	.270	.366
	n	22	22	22	22
Depressão	$r_s$	<b>-.428*</b>	<b>.442*</b>	<b>.477*</b>	<b>-.543**</b>
	p	<b>.047</b>	<b>.040</b>	<b>.025</b>	<b>.009</b>
	n	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Ansiedade	$r_s$	<b>-.499*</b>	.422	.343	<b>-.489*</b>
	p	<b>.018</b>	.050	.118	<b>.021</b>
	n	<b>22</b>	22	22	<b>22</b>
Hostilidade	$r_s$	-.288	.409	.402	-.409
	p	.194	.059	.064	.059
	n	22	22	22	22
Ansiedade Fóbica	$r_s$	-.276	<b>.495*</b>	<b>.503*</b>	<b>-.544**</b>
	p	.213	<b>.019</b>	<b>.017</b>	<b>.009</b>
	n	22	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Ideação Paranóide	$r_s$	<b>-.450*</b>	<b>.552**</b>	<b>.507*</b>	<b>-.619**</b>
	p	<b>.035</b>	<b>.008</b>	<b>.016</b>	<b>.002</b>
	n	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Psicoticismo	$r_s$	-.328	<b>.532*</b>	<b>.444*</b>	<b>-.508*</b>
	p	.136	<b>.011</b>	<b>.039</b>	<b>.016</b>
	n	22	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Índice Geral de Sintomas	$r_s$	-.418	<b>.492*</b>	<b>.527*</b>	<b>-.596**</b>
	p	.053	<b>.020</b>	<b>.012</b>	<b>.003</b>
	n	22	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Total de Sintomas Positivos	$r_s$	-.376	<b>.518*</b>	<b>.475*</b>	<b>-.563**</b>
	p	.085	<b>.014</b>	<b>.025</b>	<b>.006</b>
	n	22	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Índice de Sintomas Positivos	$r_s$	-.280	.173	.371	-.323
	p	.206	.442	.089	.143
	n	22	22	22	22

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 28 - Correlação entre a experiência e satisfação com o parto e o *bonding* ao bebê real (pós-parto): Primíparas**

<i>QESP</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo_pos</i>	<i>Bonding Negativo_pos</i>	<i>Bonding NotClear_pos</i>	<i>Bonding Total_pos</i>
Condições e cuidados prestados	$r_s$	.292	-.241	-.296	<b>.444*</b>
	p	.199	.292	.192	<b>.044</b>
	n	21	21	21	<b>21</b>
Experiência positiva	$r_s$	.391	-.333	-.277	<b>.450*</b>
	p	.079	.140	.225	<b>.041</b>
	n	21	21	21	<b>21</b>
Experiência negativa	$r_s$	.080	-.111	<b>-.443*</b>	<b>.456*</b>
	p	.729	.632	<b>.044</b>	<b>.038</b>
	n	21	21	<b>21</b>	<b>21</b>
Relaxamento	$r_s$	.030	-.186	-.069	.090
	p	.896	.419	.765	.697
	n	21	21	21	21
Suporte social	$r_s$	.102	-.207	-.058	.187
	p	.660	.369	.803	.418
	n	21	21	21	21
Suporte do companheiro	$r_s$	.274	-.150	-.093	.182
	p	.230	.517	.687	.429
	n	21	21	21	21
Preocupações	$r_s$	-.411	.148	-.053	-.129
	p	.064	.522	.818	.578
	n	21	21	21	21
Pós-parto	$r_s$	-.201	-.185	-.384	.322
	p	.383	.422	.086	.155
	n	21	21	21	21
Total	$r_s$	.200	-.296	-.149	.273
	P	.384	.193	.520	.231
	n	21	21	21	21

\*\*. Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\*. Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

**Quadro 29 - Correlação entre a experiência e satisfação com o parto e o *bonding* ao bebê real (pós-parto): Multiparas**

<i>QESP</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo_pos</i>	<i>Bonding Negativo_pos</i>	<i>Bonding NotClear_pos</i>	<i>Bonding Total_pos</i>
Condições e cuidados prestados	$r_s$	.159	-.459	.085	.330
	p	.621	.133	.794	.295
	n	12	12	12	12
Experiência positiva	$r_s$	.296	<b>-.650*</b>	.005	.359
	p	.350	<b>.022</b>	.987	.252
	n	12	<b>12</b>	12	12
Experiência negativa	$r_s$	-.181	.259	<b>-.584*</b>	.193
	p	.574	.416	<b>.046</b>	.547
	n	12	12	<b>12</b>	12
Relaxamento	$r_s$	-.194	-.260	-.064	.079
	p	.546	.414	.842	.807
	n	12	12	12	12
Suporte social	$r_s$	.168	-.484	.243	.113
	p	.602	.111	.446	.727
	n	12	12	12	12
Suporte do companheiro	$r_s$	.174	-.228	.081	.178
	p	.588	.475	.803	.579
	n	12	12	12	12
Preocupações	$r_s$	.051	.260	.094	-.219
	p	.874	.415	.770	.495
	n	12	12	12	12
Pós-parto	$r_s$	.526	<b>-.651*</b>	.254	.221
	p	.079	<b>.022</b>	.426	.490
	n	12	<b>12</b>	12	12
Total	$r_s$	.189	-.648*	.238	.165
	P	.557	.023	.455	.609
	n	12	12	12	12

\*\* . Correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

\* . Correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

Quadro 30 - Correlação entre a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica e o *bonding* ao bebé real (pós-parto):Primiparas

<i>Sintoma</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo_pos</i>	<i>Bonding Negativo_pos</i>	<i>Bonding NotClear_pos</i>	<i>Bonding Total_pos</i>
Somatização	$r_s$	0,072	0,133	0,286	-0,251
	p	0,757	0,566	0,209	0,273
	n	21	21	21	21
Obsessões-Compulsões	$r_s$	-0,192	0,279	0,014	-0,102
	p	0,405	0,221	0,952	0,661
	n	21	21	21	21
Sensibilidade Interpessoal	$r_s$	-0,33	0,353	0,267	-0,388
	p	0,145	0,117	0,243	0,082
	n	21	21	21	21
Depressão	$r_s$	-0,347	0,339	0,078	-0,213
	p	0,123	0,133	0,736	0,355
	n	21	21	21	21
Ansiedade	$r_s$	-0,277	0,227	0,101	-0,224
	p	0,224	0,323	0,664	0,329
	n	21	21	21	21
Hostilidade	$r_s$	-0,153	0,282	0,304	-0,367
	p	0,509	0,216	0,18	0,102
	n	21	21	21	21
Ansiedade Fóbica	$r_s$	-0,055	0,364	<b>,439(*)</b>	<b>-,472(*)</b>
	p	0,813	0,105	<b>0,046</b>	<b>0,031</b>
	n	21	21	<b>21</b>	<b>21</b>
Ideação Paranóide	$r_s$	-0,223	0,093	0,178	-0,242
	p	0,331	0,687	0,441	0,291
	n	21	21	21	21
Psicoticismo	$r_s$	-0,251	0,27	0,355	<b>-,458(*)</b>
	p	0,273	0,237	0,114	<b>0,037</b>
	n	21	21	21	<b>21</b>
Índice Geral de Sintomas	$r_s$	-0,15	0,222	0,2	-0,248
	p	0,515	0,334	0,386	0,279
	n	21	21	21	21
Total de Sintomas Positivos	$r_s$	-0,241	0,278	0,229	-0,318
	p	0,293	0,223	0,318	0,16
	n	21	21	21	21
Índice de Sintomas Positivos	$r_s$	-0,291	0,148	0,03	-0,141
	p	0,2	0,521	0,898	0,543
	n	21	21	21	21

**Quadro 31 - Correlação entre a presença e intensidade de sintomatologia psicopatológica e o *bonding* ao bebê real (pós-parto):Múltiplas**

<i>Sintoma</i>	<i>Bonding</i>	<i>Bonding Positivo_pos</i>	<i>Bonding Negativo_pos</i>	<i>Bonding NotClear_pos</i>	<i>Bonding Total_pos</i>
Somatização	$r_s$	-0,117	-0,171	0,23	-0,106
	p	0,718	0,594	0,472	0,743
	n	12	12	12	12
Obsessões-Compulsões	$r_s$	<b>-,613(*)</b>	0,332	0,263	<b>-,620(*)</b>
	p	<b>0,034</b>	0,292	0,409	<b>0,031</b>
	n	<b>12</b>	12	12	<b>12</b>
Sensibilidade Interpessoal	$r_s$	-0,279	-0,071	0,209	-0,133
	p	0,381	0,827	0,514	0,681
	n	12	12	12	12
Depressão	$r_s$	-0,467	0,208	0,156	-0,456
	p	0,126	0,517	0,628	0,137
	n	12	12	12	12
Ansiedade	$r_s$	-0,51	0,131	0,036	-0,237
	p	0,09	0,685	0,911	0,458
	n	12	12	12	12
Hostilidade	$r_s$	<b>-,619(*)</b>	0,397	0,191	<b>-,601(*)</b>
	p	<b>0,032</b>	0,201	0,552	<b>0,039</b>
	n	<b>12</b>	12	12	<b>12</b>
Ansiedade Fóbica	$r_s$	<b>-,869(**)</b>	0,489	0,04	-0,542
	p	<b>0</b>	0,107	0,901	0,069
	n	<b>12</b>	12	12	12
Ideação Paranóide	$r_s$	<b>-,638(*)</b>	0,277	0,165	-0,495
	p	<b>0,026</b>	0,384	0,608	0,102
	n	<b>12</b>	12	12	12
Psicoticismo	$r_s$	-0,458	-0,105	0,146	-0,297
	p	0,134	0,746	0,651	0,348
	n	12	12	12	12
Índice Geral de Sintomas	$r_s$	<b>-,608(*)</b>	0,195	0,207	-0,541
	p	<b>0,036</b>	0,544	0,518	0,07
	n	<b>12</b>	12	12	12
Total de Sintomas Positivos	$r_s$	-0,558	0,13	0,213	-0,446
	p	0,06	0,687	0,506	0,146
	n	12	12	12	12
Índice de Sintomas Positivos	$r_s$	<b>-,585(*)</b>	0,33	0,011	-0,428
	p	<b>0,046</b>	0,295	0,973	0,165
	n	<b>12</b>	12	12	12

**Quadro 32 - Comparação do *bonding* antes e após o parto**

<i>Subescala</i>	<i>Momento</i>	<i>N</i>	<i>Primíparas</i>				<i>Múltiparas</i>				
			<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Bonding</i> positivo					<b>-2.831</b>	<b>.005</b>					
	Gravidez	28	7.89	8.0			22	8.00	9.0	-.649	.516
	Pós-parto	21	8.81	9.0			12	8.17	9.0		
<i>Bonding</i> negativo					-1.141	.066					
	Gravidez	28	.75	.0			22	.68	.0	-1.897	.058
	Pós-parto	21	.05	.0			12	.17	.0		
<i>Bonding</i> not clear					-.479	.632					
	Gravidez	28	2.29	2.0			22	1.77	1.5	-.574	.566
	Pós-parto	21	2.29	2.0			12	2.17	2.0		
<i>Bonding</i> total					<b>-2.915</b>	<b>.004</b>					
	Gravidez	28	4.86	5.0			22	5.55	6.5	-1.077	.282
	Pós-parto	21	6.48	7.0			12	5.83	6.0		

## **BONDING**

(Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, *in press*)<sup>12</sup>

**ID:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Momento de avaliação:** \_\_\_\_

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sentiu em relação ao seu(ua) filho(a), num momento em que os seus sentimentos estiveram **mais presentes**.

Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sentiu nesse momento.

	<b>MUITO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>UM POUCO</b>	<b>DE MODO NENHUM</b>
<b>Afectuosa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desiludida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neutra, sem sentimentos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Possessiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ressentida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desgostosa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Protectora</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alegre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Agressiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Receosa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zangada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Triste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> É proibida a utilização deste instrumento de avaliação sem a autorização expressa dos autores. O pedido de autorização deverá ser efectuado em formulário próprio solicitado e posteriormente remetido a:

Bárbara Figueiredo  
Instituto de Educação e Psicologia  
Universidade do Minho  
Campus de Gualtar  
4700-320 Braga  
bbfi@iep.uminho.pt

<sup>2</sup> Artigo de validação: Figueiredo, B., Marques A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé [Bonding: Scale to assess parent's emotional involvement with the infant]. *Psychologica*, 40, *in press*.

# BONDING

(Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, *in press*)

ID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Momento de avaliação: \_\_

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sentiu em relação ao seu(ua) filho(a), num momento em que os seus sentimentos estiveram **menos presentes**.

Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sentiu nesse momento.

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	DE MODO NENHUM
Afectuosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desiludida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neutra, sem sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgostosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protectora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zangada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# **BONDING**

(Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, *in press*)

**ID:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Momento de avaliação:** \_\_

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sentiu em relação ao seu(ua) filho(a), aquando do **primeiro contacto** com o seu bebé.

Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sentiu nesse momento.

	<b>MUITO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>UM POUCO</b>	<b>DE MODO NENHUM</b>
<b>Afectuosa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desiludida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neutra, sem sentimentos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Possessiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ressentida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desgostosa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Protectora</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alegre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Agressiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Receosa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zangada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Triste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>				
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>				
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>				
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>				
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>				
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>				
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>				
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>				
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>				
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>				
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>				
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>				
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>				
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>				
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>				
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>				
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>				
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>				
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>				
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>				
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>				
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>				
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>				
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>				
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>				
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>				

## Questionário de Antecipação do Parto

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2005). Questionário de Antecipação do Parto (QAP). *Psychologica*, 38, 256-295.

Leia com atenção todas as questões que se seguem e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve o seu caso. Não existem respostas certas ou erradas, pretende--se apenas que responda de acordo com a sua opinião.

### Exemplo:

Tem sentido dores?	Nenhumas 1	2	3	Muitas 4
Se não tem sentido dores nenhuma, a sua resposta deverá ser:	Nenhumas <input checked="" type="radio"/> 1	2	3	Muitas 4
Se tem sentido poucas dores, a sua resposta deverá ser:	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3	4
Se tem sentido algumas dores, a sua resposta deverá ser:	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4
Se tem sentido muitas dores, a sua resposta deverá ser:	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4

### *Questionário de Antecipação do Parto*

	Sem Dor		Muita Dor	
1. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir durante o trabalho de parto.	1	2	3	4
2. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir durante o parto.	1	2	3	4
3. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir logo a seguir ao parto.	1	2	3	4
4. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no primeiro dia, após o parto.	1	2	3	4
5. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no segundo dia, após o parto.	1	2	3	4
6. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no terceiro dia, após o parto.	1	2	3	4
7. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir na primeira semana, após o parto.	1	2	3	4
8. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no primeiro mês, após o parto.	1	2	3	4
9. Classifique em média a dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o trabalho de parto.	1	2	3	4
10. Classifique em média a dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o parto.	1	2	3	4
11. Classifique em média a dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o período do pós-parto.	1	2	3	4
	Nada		Muito	
12. Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação e nos cuidados a prestar ao bebé?	1	2	3	4
13. Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação com o seu companheiro?	1	2	3	4
14. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, durante o parto?	1	2	3	4

	Nada			Muito
15. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, após o parto?	1	2	3	4
16. Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebé?	1	2	3	4
17. Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter em si?	1	2	3	4
18. Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter no bebé?	1	2	3	4
19. Pensa que pode morrer no parto?	1	2	3	4
20. Pensa que o bebé pode morrer durante o parto?	1	2	3	4
21. Acha que pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	1	2	3	4
22. Acha que o seu bebé pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	1	2	3	4
23. Acha que pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	1	2	3	4
24. Acha que o bebé pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	1	2	3	4
25. Acha que vai conseguir amamentar o bebé, logo a seguir ao parto?	1	2	3	4
26. Acha que vai conseguir cuidar do bebé, logo a seguir ao parto?	1	2	3	4
27. Quanto tempo acha que vai demorar a regressar a casa, depois do parto?	1	2	3	4
28. Tem estado preocupada com o peso do seu bebé ao nascimento?	1	2	3	4
29. Pensa desejar ter outro filho, depois do parto?	1	2	3	4
30. Já decidiu o local onde quer que o parto ocorra?	1 Não			
	2 Sim			

31. Já decidiu como quer que seja o seu parto, relativamente à anestesia epidural? 1 Ainda não decidi  
2 Sim, já decidi

32. Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o trabalho de parto?  
1 Não  
2 Sim

	Nada			Muito
33. Pensa que a respiração e o relaxamento a podem ajudar durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
34. Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
35. Pensa vir a sentir-se confiante durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
36. Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
37. Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
38. Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao trabalho de parto?	1	2	3	4
39. Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
40. Pensa que o trabalho de parto vai ser doloroso?	1	2	3	4
41. Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o parto?	1	2	3	4
42. Pensa que o relaxamento a pode ajudar durante o parto?	1	2	3	4
43. Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o parto?	1	2	3	4
44. Pensa vir a sentir-se confiante durante o parto?	1	2	3	4
45. Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o parto?	1	2	3	4

	Nada			Muito
46. Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o parto?	1	2	3	4
47. Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao parto?	1	2	3	4
48. Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o parto?	1	2	3	4
49. Pensa que o parto vai ser doloroso?	1	2	3	4
50. Está a contar com o apoio do seu companheiro no pós-parto?	1	2	3	4
51. Está a contar com o apoio de mais alguém importante para si no pós-parto?	1	2	3	4
52. Acha que será capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que vai estar com o bebé?	1	2	3	4

**QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO**  
(Costa, Figueiredo, Pacheco, Pais, 2005)

**Coloque um círculo à volta do número que melhor descreva o seu caso. Não existem respostas certas ou erradas**

**1. O trabalho de parto** decorreu de encontro às suas expectativas?

- 1 Não
- 2 Sim



**1.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

**2. O parto** decorreu de encontro às suas expectativas?

- 1 Não
- 2 Sim

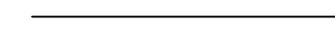


**2.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

**3. O pós-parto** decorreu de encontro às suas expectativas?

- 1 Não
- 2 Sim



**3.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

**4. A dor** que sentiu foi de acordo com as suas expectativas?

**a) No trabalho de parto**

- 1 Não
- 2 Sim



**4a.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pio
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

**b) No parto**

- 1 Não
- 2 Sim

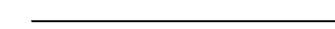


**4b.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

**c) No pós-parto**

- 1 Não
- 2 Sim



**4c.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

5. As **condições físicas** da Maternidade foram de encontro com o que estava à espera (qualidade das instalações)?

a) No **trabalho de parto**

- 1 Não →
- 2 Sim

**5a.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foram muito pior
- 2. Foram pior
- 3. Foram melhor
- 4. Foram muito melhor

b) No **parto**

- 1 Não →
- 2 Sim

**5b.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foram muito pior
- 2. Foram pior
- 3. Foram melhor
- 4. Foram muito melhor

c) No **pós-parto**

- 1 Não →
- 2 Sim

**5c.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foram muito pior
- 2. Foram pior
- 3. Foram melhor
- 4. Foram muito melhor

6. A **qualidade dos cuidados prestados** pelos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos) foi de acordo com as suas expectativas?

a) No **trabalho de parto**

- 1 Não →
- 2 Sim

**6a.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

b) No **parto**

- 1 Não →
- 2 Sim

**6b.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

c) No **pós-parto**

- 1 Não →
- 2 Sim

**6c.1** Se respondeu **NÃO**:

- 1. Foi muito pior
- 2. Foi pior
- 3. Foi melhor
- 4. Foi muito melhor

7. O tempo que demoraram os seguintes momentos foi de acordo com as suas expectativas?

a) No trabalho de parto

- 1 Não
- 2 Sim

7a.1 Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais
2. Demorou mais
3. Demorou menos
4. Demorou muito menos

b) No parto

- 1 Não
- 2 Sim

7b.1 Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais
2. Demorou mais
3. Demorou menos
4. Demorou muito menos

c) No pós-parto

- 1 Não
- 2 Sim

7c.1 Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais
2. Demorou mais
3. Demorou menos
4. Demorou muito menos

8. O tempo que demorou a tocar no bebé, após o parto, foi de encontro às suas expectativas?

1. Não
2. Sim

8.1 Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais
2. Demorou mais
3. Demorou menos
4. Demorou muito menos

9. O tempo que demorou a pegar no bebé, após o parto, foi de encontro às suas expectativas?

1. Não
2. Sim

9.1 Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais
2. Demorou mais
3. Demorou menos
4. Demorou muito menos

10. Usou métodos de respiração e relaxamento

durante:

- a) O trabalho de parto?
- b) O parto?

Nada	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4
1	2	3	4

(Se não usou estes métodos passe à pergunta 13\*, por favor)

11. Qual o relaxamento que conseguiu atingir

durante:

- a) O trabalho de parto?
- b) O parto?

Nada	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4
1	2	3	4

12. O relaxamento ajudou-a durante:

- a) O trabalho de parto?
- b) O parto?

Nada	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4
1	2	3	4

<b>*13. Sentiu que tinha a situação sobre controlo durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>14. Sentiu-se confiante durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>15. Contou com o apoio do companheiro durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>16. A ajuda do companheiro foi útil durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>17. Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>18. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) Ao trabalho de parto?	1	2	3	4
b) Ao parto?	1	2	3	4
c) Ao pós-parto?	1	2	3	4
<b>19. Sentiu medo durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>20. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>21. Que quantidade de mal-estar sentiu durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4
<b>22. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4

23. Teve preocupações acerca do **estado de saúde do bebé** durante:

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4

24. Considera que foi um **membro útil e cooperativo** da equipa médica que a acompanhou durante:

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4

25. Recorda como **doloroso**:

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) Logo após o parto?	1	2	3	4

26. Os **equipamentos** usados no parto criaram mal-estar?

<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

27. Já falou da **experiência de parto** com o companheiro?

<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

(Se respondeu “nada”, passe à pergunta 29\*, por favor)

28. Sente-se melhor depois de falar sobre a **experiência do parto**?

<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

\*29. Foi capaz de aproveitar plenamente a **primeira vez que esteve com o bebé**?

<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

(Se não sentiu dor absolutamente nenhuma durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, passe à **pergunta 36\***, por favor)

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
30. Até que ponto a sua <b>dor interferiu</b> na relação e nos <b>cuidados prestados ao bebé</b> ?	1	2	3	4
31. Até que ponto a sua <b>dor interferiu</b> na <b>relação com o seu companheiro</b> ?	1	2	3	4
32. Qual o grau de <b>preocupação do companheiro</b> perante a sua dor?	1	2	3	4
33. Em geral, qual é o nível de <b>interferência da sua dor nas actividades do dia-a-dia</b> (ex. comer, dormir, etc.)?	1	2	3	4
34. Até que ponto a sua dor <b>interferiu</b> na capacidade para participar em <b>actividades recreativas e sociais</b> ?	1	2	3	4

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
<b>*35. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde?</b>	1	2	3	4
<b>36. Tem estado preocupada com o estado de saúde do bebé?</b>	1	2	3	4
<b>37. Tem estado preocupada com as consequências do parto, em si?</b>	1	2	3	4
<b>38. Tem estado preocupada com as consequências do parto, no bebé?</b>	1	2	3	4
<b>39. Tem estado preocupada com as dificuldades em amamentar ao peito?</b>	1	2	3	4
<b>40. Tem estado preocupada com o ganho de peso do bebé?</b>	1	2	3	4
<b>41. Tem sentido dificuldade em cuidar do bebé?</b>	1	2	3	4
<b>42. Tem estado preocupada com o regresso a casa?</b>	1	2	3	4
<b>43. Está satisfeita com a forma como decorreu:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) O trabalho de parto?	1	2	3	4
b) O parto?	1	2	3	4
c) O pós-parto?	1	2	3	4
<b>44. Está satisfeita com o tempo que demoraram os seguintes momentos:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) Trabalho de parto?	1	2	3	4
b) Parto?	1	2	3	4
c) Pós-parto?	1	2	3	4
<b>45. Está satisfeita com as condições físicas da Maternidade (qualidade das instalações):</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) No trabalho de parto?	1	2	3	4
b) No parto?	1	2	3	4
c) No pós-parto?	1	2	3	4
<b>46. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos)?</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) No trabalho de parto?	1	2	3	4
b) No parto?	1	2	3	4
c) No pós-parto?	1	2	3	4
<b>47. Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu:</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
a) No trabalho de parto?	1	2	3	4
b) No parto?	1	2	3	4
c) No pós-parto?	1	2	3	4

48. Está satisfeita com o tempo que demorou a **tocar no seu bebê** após o parto?

Nada    Um pouco    Bastante    Muito  
1       2           3           4

49. Está satisfeita com o tempo que demorou a **pegar no seu bebê** após o parto?

Nada    Um pouco    Bastante    Muito  
1       2           3           4

Se sentiu dor durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto, responda às questões que se seguem, por favor.

50.a) Use a seguinte escala para medir a intensidade média de dor durante o trabalho de parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.b) Use a seguinte escala para medir a intensidade máxima de dor durante o trabalho de parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.c) Use a seguinte escala para medir a intensidade média de dor durante o parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.d) Use a seguinte escala para medir a intensidade máxima de dor durante o parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.e) Use a seguinte escala para medir a intensidade média de dor logo a seguir ao parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.f) Use a seguinte escala para medir a intensidade média de dor no 1º dia após o parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.g) Use a seguinte escala para medir a intensidade média de dor no 2º dia após de parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

50.h) Use a seguinte escala para medir a intensidade média de dor neste momento:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável