

Ansiedades e atitudes perinatais em mulheres que fizeram cesariana ou parto vaginal

MARIA CONSTANÇA PAÚL *

De modo semelhante ao que acontece noutros países a taxa de partos por cesariana tem vindo a aumentar em Portugal. Os dados disponíveis, do Serviço Nacional de Estatística, são relativos aos anos de 1985, 1986 e 1987 em que o número de cesarianas no total de partos ocorridos, em estabelecimentos hospitalares públicos e privados em todo o território nacional, foi de 11.1 %, 13.5 % e 14.1 %, respectivamente.

Miller (1987), num artigo de revisão em que compara os programas de assistência à maternidade na Europa Ocidental, refere que a quantidade de cesarianas é consistentemente menor na Europa do que nos Estados Unidos. Os valores por ele apresentados datam de 1983 em que a percentagem de cesarianas era de 5 % na Holanda, 13 % na Dinamarca e Alemanha Ocidental enquanto nesse mesmo ano nos Estados Unidos oscilava entre os 22 e os 23 % (Entwistle e Alexander, 1987). Sendo previsível que de então para cá estes números tenham continuado a aumentar, Portugal situar-se-á assim ao nível de outros países europeus, justificando, de qualquer forma, que nos preocupemos com esta realidade quer em termos de bem-estar da mãe, quer da criança.

A taxa de cesarianas varia também internamente entre instituições em função das filosofias vigentes sobre os cuidados à maternidade. Strobino et al. (1988) referem taxas muito mais elevadas num hospital terciário (19.3 %) do que numa maternidade

(7.3 %) em Baltimore, o que se relaciona com diferentes resultados da gravidez, verificando que essa relação pode ser explicada pelo processo utilizado porque se suspeitava de complicações para o bebé e/ou a mãe, mais do que essas complicações serem uma consequência do processo utilizado. À semelhança do que foi constatado por estes autores, também entre nós a percentagem de cesarianas varia entre instituições não sendo contudo legítimo tirar conclusões desse facto devido quer à auto-selecção das mulheres, quer à triagem a que são sujeitas quando chegam aos hospitais locais que por vezes não têm capacidade de resposta para situações de risco. Note-se, contudo, que actualmente a percentagem de cesarianas ocorrida em hospitais privados é francamente superior, em quase todos os distritos, chegando mesmo a duplicar em alguns casos, como no distrito do Porto, em que a taxa é a mais elevada do país, 22.3 % em 1987, atingindo nesse mesmo ano o valor de 45.6 % dos partos ocorridos em estabelecimentos privados.

IMPLICAÇÕES DO PARTO POR CESARIANA

O parto por cesariana coloca-nos problemas de duas ordens: as implicações biomédicas e as psicossociais, para a mãe e/ou para o bebé.

Num extenso estudo retrospectivo na Suécia sobre a gravidez e o parto depois de uma cesariana conclui-se que no segundo parto dessas mulheres, a

* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

média do tempo de gestação foi menor, verificaram-se mais problemas na gravidez e no parto e as crianças sofreram maior mortalidade perinatal, eram mais pequenas e menos saudáveis, o que sugere a necessidade de ter estas sequelas em consideração quando se decide realizar uma cesariana (Hemminki, 1987).

O parto natural não parece, por outro lado, ser o objectivo de todas as mulheres havendo estudos que apontam para a aceitação da cesariana como uma forma positiva de dar à luz (Sargent e Stark, 1987) enquanto outras mulheres lhe resistem vivamente, como Irwin e Jordan (1987) documentam no seu artigo sobre cesarianas realizadas por ordem do Tribunal.

A satisfação com o parto e o como, quando e por quem é feita essa avaliação (Lumley, 1985) torna-se assim um problema pertinente ainda que difícil de resolver. Segundo Erb et al. (1983) os sentimentos negativos de fracasso relativamente ao parto por cesariana são mais comuns entre os 7 e os 12 meses pós-parto do que nos primeiros 6 meses, correspondendo a uma fase de negação no luto de expectativas não realizadas.

Torna-se então necessário avaliar os aspectos psicológicos associados ao parto por cesariana que possam ter valor preditivo na sua emergência e nas atitudes maternas menos positivas, relativas a si própria e à criança. A literatura existente não é unânime em relação às implicações psicossociais de um parto por cesariana, nomeadamente a nível do desenvolvimento infantil. Aponta-se para a permanência de poucos efeitos, quer a nível da criança, quer dos seus pais, e de qualquer forma esses seriam positivos, como se tem verificado em estudos longitudinais de longa duração (Pederson et al., 1981; Entwistle e Alexander, 1987). Estas conclusões são surpreendentes se pensarmos na extensa série de estudos baseados nos postulados sobre o «bonding», de Klaus e Kennell (1976), relativos ao conceito de «período sensível», uma vez que, por rotina, o bebé nascido por cesariana é separado da sua mãe, pelo menos durante as 12 primeiras horas de vida, esperando-se um efeito nocivo desse «stress» no estabelecimento da ligação mãe/bebé e no desenvolvimento desse.

Garel et al. (1987) fez um estudo sobre as consequências psicossociais da cesariana em primíparas, comparando entrevistas semi-estruturadas, realizadas 3 a 6 dias pós-parto num grupo que fez cesariana e

num grupo que teve parto vaginal. Os autores concluíram que as mulheres do primeiro grupo falavam mais de dores e consideravam-se mais frequentemente deprimidas, sublinhando uma percepção negativa do parto, sendo o aspecto mais focado a sua incapacidade em participar. Não se detectaram diferenças significativas entre os dois grupos nas relações mãe/filho, ainda que as mães que fizeram cesariana tendessem a acreditar que esta tivesse um efeito negativo no bebé.

Pedawer et al. (1988) chamam, contudo, a atenção para a necessidade de diferenciar o ajustamento psicológico, da satisfação com o parto, em mulheres depois de uma cesariana *versus* parto eutócico. O ajustamento psicológico foi avaliado pelo grau de depressão, de ansiedade e de confiança na capacidade de prestar cuidados maternos, não se tendo verificado diferenças significativas entre os dois grupos, ao contrário do que se passava em relação à satisfação com o parto, uma vez que as mães que tiveram parto distócico manifestavam mais frequentemente descontentamento. É de referir, no entanto, que todas as mães que participaram neste estudo tinham frequentado classes de preparação, os maridos estiveram presentes no parto e contactaram imediatamente com o filho, o que são condições consideradas ideais para a realização de uma cesariana, neste caso levada a efeito sob anestesia local.

Com este nosso trabalho pretendemos conhecer as atitudes e ansiedades associadas aos partos distócicos *versus* partos eutócicos, relativamente às diferentes fases da maternidade que vão desde o planeamento da gravidez e o decorrer desta, até ao parto e pós-parto, colocando-se a hipótese de que haveria atitudes mais negativas e maior ansiedade no grupo de mães que fez cesariana.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E MÉTODO

Os sujeitos da amostra foram 55 senhoras com uma média de idades de 27 anos, uma escolaridade correspondendo em média ao sétimo ano, primíparas, que tiveram uma gravidez vigiada e sem complicações e que deram à luz na Maternidade Júlio Dinis na cidade do Porto. Constituíram-se dois grupos, um em que o parto foi por cesariana (28 mulheres) e outro em que o parto foi vaginal (27 mulheres), aos quais

foi passado um inquérito nas 48 horas posteriores ao parto.

O instrumento utilizado foi o «Perinatal Anxieties and Attitudes Scale» — PASS (Field, 1981) que consiste em 59 questões de resposta sim/não repartidas por seis áreas:

- I. Atitudes e Ansiedades da Gravidez Relativas a Si Própria;
- II. Atitudes e Ansiedades da Gravidez Relativas ao Feto;
- III. Atitudes e Ansiedades do Parto;
- IV. Atitudes e Ansiedades do Pós-parto;
- V. Atitudes e Ansiedades do Puerpério;
- VI. Atitudes e Ansiedades Relativas ao Estabelecimento da Gravidez.

Obtínhamos assim 6 subtotaís e um resultado global, considerados em termos de índice de risco que era o somatório das respostas consideradas piores para cada questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No sentido de avaliarmos as atitudes e ansiedades perinatais nos dois grupos em estudo, procedeu-se a uma análise dos resultados através do teste t de Student para duas amostras, tendo-se obtido diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao resultado geral, que globalmente indica que as atitudes são mais negativas no grupo que fez cesariana que é também o que se manifesta mais ansioso ($t = 2.86998$, $p < 0.001$). Verificaram-se igualmente diferenças significativas entre os dois grupos na área das atitudes e ansiedades da grávida relativas a si própria (I) ($t = 2.00742$, $p < 0.05$) e relativas ao feto (II) ($t = 3.16499$, $p < 0.001$) e ainda na área relativa ao parto (III) ($t = 2.214133$, $p < 0.05$). Não se verificaram diferenças significativas nos dois grupos em relação quer ao período pós-parto e de puerpério quer ao estabelecimento da gravidez.

Estes resultados apontam para uma diferenciação clara entre a gravidez e o parto, por um lado, e o planeamento da gravidez e o resultado dessa mesma gravidez por outro. São dados comparáveis aos obtidos por Curry (1987) com mulheres grávidas hospitalizadas em que havia uma nítida diferença entre a

aceitação da gravidez, que era menor neste grupo de mulheres do que em grávidas sem complicações, e a identificação com o papel materno e ligação mãe/feto, em que não havia diferenças significativas entre os dois grupos, sendo saliente a distinção que as mulheres grávidas hospitalizadas faziam entre gravidez, problemas da gravidez e bebé.

Assim, a cesariana surge associada a mais altos níveis de ansiedade durante a gravidez e o parto embora isso não pareça ter consequências na adaptação pós-parto ou nas atitudes de ligação à criança, não se confirmando a previsão feita a partir dos postulados de Klaus e Kennell sobre o «bonding». Os resultados obtidos estão de acordo com os de Garel et al. (1987) e os de Padawer et al. (1988) e com os estudos longitudinais de Paderson et al. (1981) e de Entwistle e Alexander (1987) citados anteriormente.

Diríamos que as consequências psicológicas da cesariana têm mais a ver com a satisfação da mulher com o parto e daí com a sua vivência da crise desenvolvimentista que a maternidade constitui, do que com o estabelecimento da relação mãe/bebé e o desenvolvimento deste. Se o descontentamento materno devido a expectativas não satisfeitas não permitir a resolução da crise e manter a mãe num estado depressivo por muito tempo, isso poderá, de facto, vir a afectar a sua relação com o bebé, o que indica que devemos estar atentos aos níveis de ansiedade e atitudes negativas durante a gravidez que possam ter um valor preditivo de índice de risco para uma cesariana e para uma má adaptação no pós-parto.

BIBLIOGRAFIA

- CURRY, A. (1987) — «Material behavior of hospitalized pregnant women». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 7: 165-182.
- ENTWISLE, D. e ALEXANDER, K. (1987) — «Long-term effects of cesarean delivery on parents' beliefs and children schooling». *Development Psychology*, 23 (5): 676-682.
- ERB, L.; HILL, G. e HOUSTON, D. (1983) — «A survey of parents' attitudes toward their cesarean births in Manitoba hospitals». *Birth*, 10: 85-91.
- Estatística da Saúde — Continente, Açores e Madeira, 1985, 1986, 1987. *Serviço Nacional de Estatística*, Lisboa.

- FIELD, T. (1981) — «Early development of the preterm offspring of teenage mothers», in *Teenage Parents and their Offspring*. K. Scott, T. Field, E. Robertson (Eds.). Grunne & Stratton, N. Y..
- GAREL, M.; LELONG, N. e KAMININSKI, M. (1987) — «Psychological consequences of cesarean childbirth in primiparas». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6: 197-209.
- HEMMINKI, E. (1987) — «Pregnancy and birth after cesarean section: a survey based on Swedish birth register». *Birth*, 14 (1): 12-17.
- IRWIN, S. e JORDAN, B. (1987) — «Knowledge, practice, and power: Court-ordered cesarean sections». *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (3): 319-334.
- KLAUS, M. e KENNEL, J. (1976) — *Maternal Infant Bonding*. St. Louis: Mosby.
- LUMLEY, J. (1985) — «Assessing satisfaction with childbirth». *Birth*, 12 (3): 141-145.
- MILLER, C. (1987) — «A review of maternity care programs in western Europe». *Family Planning Perspectives*, 19 (5): 207-211.
- PADAWER, J.; FAGAN, C.; JANOFF-BULMAN, R.; STRICKLAND, B. e CHOROWSKI, M. (1988) — «Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery». *Psychology of Women Quarterly*, 12: 25-34.
- PEDERSON, A.; ZASLOW, M.; CAIN, R. e ANDERSON, B. (1981) — «Cesarean childbirth. Psychological implications for mothers and fathers». *Infant Mental Health Journal*, 2: 257-263.
- SARGENT, C. e STARK, N. (1987) — «Surgical birth: interpretation of cesarian delivery among private hospital patients and nursing staff». *Soc. Sci. Med.*, 25 (12): 1269-1276.
- STROBIND, D.; BARUFFI, G.; DELLINGER, W. e ROSS, A. (1988) — «Variations in pregnancy outcomes and use of obstetric procedures in two institutions with divergent philosophies of maternity care». *Medical Care*, 26 (4): 333-347.

RESUMO

Compararam-se dois grupos de primíparas relativamente às ansiedades e atitudes perinatais. O grupo experimental era constituído por 28 mulheres que fizeram cesariana enquanto o grupo de controlo incluía 27 mulheres que tiveram parto vaginal. Verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos nas atitudes e ansiedades da gravidez (em relação à própria e ao feto), e do parto, mas não face ao estabelecimento da gravidez, pós-parto e puerpério. Discutiram-se brevemente as implicações destes resultados para o estabelecimento da ligação mãe/bebé.

ABSTRACT

The author compared the perinatal attitudes and levels of anxiety of two groups of primiparae: an experimental group of 28 cesarean birth women and a control group of 27 normal deliverance women. The author's results suggest differences between groups in attitudes and anxieties during pregnancy (concerning the self and the fetus) and in the childbirth but no differences were found in relation towards becoming pregnant, the post-partum or the latter post-partum period. The implications of those results to child-mother attachment are discussed.