

Efeitos da preparação psicoprofiláctica no controlo durante o parto

MARIA CONSTANÇA PAUL *

A forma como o parto é abordado tem evoluído historicamente e varia imenso de cultura para cultura, em função quer do papel atribuído à mulher, quer dos tabus sexuais, entre outros aspectos.

Será um engano pensar-se que nas sociedades primitivas a gravidez e o parto são melhores do que na civilização industrial. Kitzinger (1978) refere exemplos de civilizações em que a própria gravidez envolvia tantas regras e regulamentos que tornavam a vida normal dos futuros pais impossível, como no caso dos Mundugumor, tribo canibal da Nova Guiné e embora neste caso os rituais fossem de clara hostilidade para com os filhos, enquanto na maior parte das sociedades eram pelo contrário defensivos como na Jamaica, o que é facto é que os tabus são extremamente poderosos e limitativos.

Na realidade actual é como se uns tabus substituíssem outros, uns rituais aparentemente bizarros dessem lugar a outros que vamos aceitando como necessários e científicos. O rapar os pêlos púbicos da mulher, tornando-a um ser assexuado com o regresso a um estado pré-púbere, com justificações de duvidosa assépsia, o ritual de admissão da mulher que vai ser «preparada», o envergar de uniformes e máscaras claramente hierarquizados, são alguns dos

exemplos que a abordagem antropológica de Kitzinger (1978) nos apresenta sobre os tabus do parto nos nossos dias.

O parto não é nunca apenas um acto biológico mas também um processo social e quanto mais for controlado por especialistas maior a probabilidade de que o comportamento da mãe seja afectado por factores externos e não por factores internos provenientes do seu próprio corpo.

Nos nossos dias o parto transformado num acto médico com recurso a tecnologias cada vez mais sofisticadas acentua a diferenciação hierárquica de quem controla o saber e a técnica e de quem é sujeito, cada vez mais passivo, a esse saber e a essa técnica, reduzindo a importância da parturiente enquanto fonte de informação e agente activo no processo (Jordan, 1987).

Deste modo deixou de haver qualquer possibilidade de aprendizagem social da maternidade quer para as futuras mães quer para os progenitores masculinos afastados do conhecimento do próprio local de nascimento dos seus filhos.

Esta consequência da actual forma de encarar o parto tem vindo a implicar a preocupação em estruturar cursos de preparação para o parto com diversos conteúdos e tendências que tentam por essa via colmatar a ignorância das grávidas e ensinar-lhes comportamentos considerados desejáveis no parto que se avizinha.

A revolução no seio da obstetrícia pela introdução do uso de antibióticos, raios X, cuidados pré-natais, etc., reduziu enormemente a mortalidade da mãe

* Assistente do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

A autora agradece a colaboração da Enf. Especialista em Obstetrícia Celeste Pereira e da equipa técnica do ginásio Mulher e Vida, bem como de todas as mulheres que lhe deram testemunho da sua experiência de maternidade.

e/ou da criança, transformando o parto de uma experiência assustadora num acontecimento feliz. Atingida a segurança no parto tinha chegado a vez das preocupações psicológicas (Joseph & Cucco, 1980).

Um dos métodos de preparação mais divulgados é o Lamaze. Historicamente o método psicoprofilático teve origem na Rússia, elaborado a partir dos trabalhos de Pavlov sobre o condicionamento clássico. A partir de 1920 começaram na Ucrânia os ensaios do método que veio a ser adoptado em todas as maternidades russas a partir de 1951 por decreto do Ministério da Saúde Pública.

Lamaze visitou, na década de cinquenta, uma maternidade em Leninegrado onde presenciou o parto sem dor pelo método psicoprofilático vindo depois a difundir-lo em França com grande entusiasmo.

O objectivo é elaborar reflexos condicionados a partir do útero que envia, como qualquer outro órgão, informações ao córtex. A primeira questão é considerar a dor não sob controlo subcortical mas perceber o seu carácter cortical e passível de condicionamento. Começa por ser necessário destruir a ligação da ideia de parto à de dor inevitável, geradora de medo e angústia e alargar o limiar de sensibilidade à dor para que o cérebro ao receber as excitações correspondentes à actividade contráctil rítmica do trabalho de parto, as não interprete como dolorosas. Estes conhecimentos permitem conceber métodos psicossomáticos de controlo dos fenómenos álgicos (Cheynier, 1980).

O método psicoprofilático de Lamaze consiste num curso de nove sessões frequentado durante o terceiro trimestre de gravidez que consta genericamente do seguinte: na primeira sessão dá-se uma ideia geral sobre o funcionamento fisiológico, reacções do organismo com vista à adaptação e o papel do cérebro; na segunda fala-se da respiração e das suas relações com a gravidez e parto permitindo à mulher tomar consciência do útero, da cinta abdominal e do diafragma; na terceira trata-se da educação neuromuscular — relaxamento; na quarta fala-se do período de dilatação e do comportamento adequado em cada fase do parto; na quinta trata-se da fase de expulsão e do comportamento conveniente em relação à fisiologia desta fase; e, finalmente, na 6.ª sessão faz-se uma revisão das sessões anteriores e cuidam-se dos pormenores (Jeanson, 1959).

Diríamos que um dos objectivos centrais deste método é devolver à mulher um papel activo no seu próprio parto, que deverá ser natural tomando-a atenta

ao seu corpo, preparando-a para o seu futuro papel de mãe. Mas colocam-se de imediato algumas questões sobre o efeito deste método e a sua relação com outros aspectos importantes da maternidade. Uma das primeiras questões é relativa ao que se entende por parto bem sucedido. Será que um parto por cesariana é considerado bem ou mal sucedido? O que é o controlo durante o parto e como é que se relaciona com a satisfação, as expectativas ou a ansiedade, nesse momento único da vida da mulher?

Num trabalho de Sargent e Stark (1985) foram inquiridas mães que deram à luz por cesariana e conclui-se que a maior parte delas não tinha uma visão de fracasso relativamente ao seu parto verificando-se uma aceitação da intervenção tecnológica. Embora se possa pensar que haja uma tendência para recuperar a experiência vivenciada transformando-a num todo coerente, necessário a uma boa adaptação no pós-parto (Afonso, 1987), isto é ilustrativo das diferenças de atitudes e aponta para o facto de um parto natural não ser o objectivo de todas as mulheres.

O controlo durante o parto é outro dos conceitos centrais a todo o processo e relaciona-se com a eficácia do trabalho activo da parturiente e por outro lado com a própria satisfação que é a percepção individual positiva ou negativa que cada mulher possa ter sobre o processo de se tornar mãe. Esta percepção subjectiva está intimamente ligada com o cumprimento das expectativas desenvolvidas pela mulher em relação ao acontecimento.

Num trabalho de Stolte (1987) perguntou-se a um conjunto de mulheres entre as vinte e quatro e setenta e duas horas pós-parto em que medida a sua experiência tinha sido semelhante às suas expectativas e de que forma esse acontecimento foi semelhante ou diferente ao esperado. Apenas 27% dos sujeitos descreveu o conjunto da experiência como parecida com o que esperavam. Isto pressupõe além do mais considerar que algumas expectativas podem ajudar a mulher a lidar com o parto enquanto outras podem causar ansiedade e diminuição da capacidade de lidar com a situação. Clark (1975) refere que as mulheres que consideravam a sua experiência como negativa têm expectativas irrealistas em relação ao parto.

A ansiedade, por seu turno, como cenário de fundo desta vivência de crise que é a gravidez e o parto é eventualmente o tema mais trabalhado e outro dos problemas centrais que se nos coloca quanto nos propomos estudar a preparação e o seu efeito em termos de controlo durante o parto.

Lowe (1987), salienta que a confiança de lidar com o parto, o estado de ansiedade e o medo da dor, explica parte substancial da variância na dor nas primeiras fases do parto, enquanto a preparação e a paridade explicam uma pequena porção da variância na dor na fase final do parto.

Astbury (1980) coloca directamente a questão sobre se a informação acerca da gravidez e do parto ajudará ou não a mulher, concluindo que a flutuação da ansiedade de um nível intermédio durante a gravidez, para um pico na altura do parto, seguida de uma diminuição dramática no pós-parto, favorece a ideia de maternidade como crise psicológica e o facto de não ter verificado menores níveis de ansiedade nas mulheres que fizeram preparação só reforça essa ideia e apoia a crítica sobre os cursos de preparação que tem como objectivo eliminar a ansiedade quando deviam antes abordá-la, no sentido em que essa ansiedade possa ser desejável para preparar a mulher para o *stress* do parto. Isto implica também considerar a adaptação pós-parto como a saída de uma crise que pode ser encarada quer do ponto de vista de um conflito psicológico devido à perda do estado de narcisismo associado à gravidez seguida pela ambivalência relativa a necessidades de dependência não satisfeitas (Deutsch, 1945) quer, numa perspectiva menos intrapsíquica, como um período limitado no tempo que corresponde a um processo de transição e adaptação que envolve o integrar de sentimentos, crenças e valores, assimilar de conhecimentos e aquisição de respostas a acontecimentos situacionais (Afonso, 1987).

Sem pretendermos com o presente trabalho dar resposta a todas as questões aqui levantadas visamos verificar o efeito da preparação psicoprofiláctica na percepção de controlo no parto e nas atitudes face à maternidade, colocando-se a hipótese de que o grupo com preparação tivesse percepções de maior controlo durante o parto, menor ansiedade e atitudes mais positivas em relação à gravidez, parto e puerpério.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E MÉTODO

Os sujeitos da amostra foram 32 senhoras com uma média de idade de 29 anos e um mínimo de 11 anos de escolaridade, classe média, primíparas que

realizaram um trabalho de parto activo distribuídas por um grupo experimental que fez preparação psicoprofiláctica para o parto durante o último trimestre de gravidez e um grupo controlo que não fez qualquer tipo de preparação planificada para o parto. Os inquéritos foram realizados entre a terceira e a quinta semana pós-parto.

O instrumento utilizado para a medida de controlo foi o «Labour Agency Scale» (LAS) (Hodnett, E. & Simmons Tropea, D., 1987). É uma escala do tipo Likert de sete pontos com vinte e nove itens, que nos dá uma medida da experiência ou percepção de controlo que cada mulher tem do seu próprio parto. Utilizamos a versão pós-parto do instrumento que continha questões como:

- Eu não sabia o que me esperava de um momento para o seguinte.
- Alguém ou alguma coisa estava encarregada do meu trabalho de parto.
- Eu senti-me segura.
- Eu senti-me responsável.

As atitudes face à gravidez, parto e pós-parto foram avaliadas através do «Perinatal Anxieties and Atitudes Scale» (PASS) (Field, T., 1981) que é um questionário com cinquenta e nove afirmações que os sujeitos confirmam ou negam relativamente às diferentes fases da gravidez, parto e puerpério obtendo-se um índice global das atitudes relativamente à maternidade e índices subtotaís para os seus diferentes períodos. São medidas da ansiedade base relativa à criança antes de haver interacção com ela. As áreas abordadas pelo instrumento são as seguintes, apresentando-se, além disso alguns exemplos das questões correspondentes a cada uma delas:

1. Atitudes e Ansiedades da Gravidez Relativas a Si Própria:

- Sentia-se bem durante a gravidez?
- Gostava de comer?

2. Ansiedades e Atitudes da Gravidez Relativas ao Feto:

- O seu bebé dava muitos pontapés na barriga?
- Gostava de sentir os movimentos do seu bebé?

3. Ansiedades e Atitudes da Gravidez Relativas ao Parto:

- Estava preocupada com a altura em que devia ir para o hospital ou pedir ajuda?
- Estava assustada quando chegou ao hospital ou pediu ajuda?

4. Ansiedades e Atitudes Pós-Parto:
 - Sentiu-se deprimida depois do nascimento?
 - Gostou do seu bebé logo que o viu?
5. Ansiedades e Atitudes do Período Pós-Parto:
 - Pensa que o seu bebé é normal?
 - Fica zangada quando o seu bebé chora?
6. Ansiedades e Atitudes Face ao Estabelecimento da Gravidez:
 - Planeou ter este filho?
 - Sabia evitar a gravidez?

Há para cada questão uma resposta considerada pior, da qual se deriva um índice de risco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objectivo de avaliar a percepção de controlo durante o parto nos dois grupos em estudo, procedeu-se a um teste de significância para duas amostras e não se obtiveram diferenças significativas entre eles ainda que a média de controlo fosse mais elevada no grupo que fez a preparação psicoprofiláctica para o parto enquanto, por outro lado, o desvio padrão no grupo testemunho era muito mais elevado, apontando para uma maior dispersão dos resultados da amostra (média no grupo experimental = 143.9, *sd* = 34.6; média no grupo testemunho = 113, *sd* = 76.5). No que diz respeito às ansiedades e atitudes perinatais também não se obtiveram diferenças significativas entre os dois grupos nem globalmente nem em relação aos subtópicos considerados (média no grupo experimental = 2.4, *sd* = 1.1; média no grupo testemunho = 2.8, *sd* = 1.3) não se tendo portanto verificado a hipótese colocada no início.

Na medida em que todos os dados da entrevista que recolhemos junto das senhoras e dos técnicos intervenientes nos respectivos partos preparados apontam para vantagens individuais da preparação para o parto, quer do ponto de vista de auto-confiança das parturientes quer da eficácia da sua colaboração durante o trabalho de parto, colocamos como hipóteses explicativas dos resultados obtidos três ordens de razões que discutiremos de seguida.

1. O parto enquanto situação de crise aguda é rapidamente esquecido nos seus aspectos extremos, permanecendo apenas uma impressão geral dos acontecimentos.

As crises da vida são ocasiões óptimas para acelerar e incrementar o desenvolvimento individual e a maturação da personalidade ainda que possam também ser potencialmente disruptivas do comportamento, dependendo da capacidade dos indivíduos em lidar com elas e ultrapassá-las no sentido de um novo reequilíbrio favorável. Os acontecimentos «stressantes» que provocam uma desorganização temporária do funcionamento da personalidade, colocam o indivíduo em luta para escapar do perigo e da frustração mas envolvem além disso uma enorme susceptibilidade à mudança (Caplan, 1964).

Affonso (1977) introduz o conceito de «missing pieces» para descrever a tarefa de integrar a experiência de dar à luz num acontecimento importante da vida, o que implica que a mulher procure juntar as peças que faltam relacionadas com a gravidez e o parto num quadro cognitivo viável que gere efeitos positivos e de crescimento. É um processo que dura os primeiros dois a três meses pós-parto mas pode prolongar-se durante o primeiro ano, ou por vários anos, se não se resolver integralmente a crise.

A avaliação auto-crítica no pós-parto associada a todos os outros factores «stressantes» deste período que tem muito a ver com a resolução das expectativas não encontradas é um aspecto referido por vários autores (e.g. Clark, 1979; Mercer & Ferketich, 1981; Affonso, 1984) e que pode estar na origem da elaboração que as mulheres fazem no período pós-parto levando-as a reter imagens moderadas do acontecimento.

O lapso de tempo que decorreu entre o parto e a descrição da percepção do controlo terá sido um tempo de assimilação e reformulação dos acontecimentos vividos, num todo coerente que torna a avaliação que fizemos imprecisa e eventualmente afastada dos acontecimentos reais. Ligado ao problema da elaboração num todo coerente que as mulheres fazem dos acontecimentos do parto, para resolver a sua falta de recordação, está o problema do cumprimento ou não das expectativas que as mulheres tinham relativamente ao nascimento do seu filho, o que faz com que se coloque uma segunda hipótese explicativa dos resultados obtidos.

2. O grupo experimental, por efeito da preparação, desenvolveu expectativas muito elevadas em relação ao seu comportamento durante o parto, assumindo posteriormente uma atitude mais crítica em relação ao seu sucesso no trabalho de parto.

Yarrow (1982) sublinhou que as mulheres gastavam muito tempo a resolver as diferenças entre as suas expectativas e os acontecimentos reais. Tornou-se portanto fundamental que as mulheres desenvolvam expectativas adequadas na preparação para o parto principalmente as primíparas que têm expectativas consideradas pouco realistas (Stolte, 1987).

Estas diferenças e a falta de preparação para acontecimentos inesperados confronta a mulher com a dupla tarefa de as ir resolvendo e simultaneamente ter de lidar com o trabalho de parto o que poderá prejudicar o controlo, mesmo em mulheres preparadas. Isto levanta a questão de que seja necessário rever o conteúdo da preparação para o parto no sentido de que as primíparas não desenvolvam expectativas irrealistas, de forma que independentemente dos acontecimentos reais ou da fidelidade das recordações que as mulheres possuam, haja semelhança entre a percepção das expectativas e dos acontecimentos.

3. O nível de ansiedade no grupo experimental que procurou a preparação era mais elevado e a frequência do curso funcionou como um apoio, reduzindo o seu nível para um valor próximo do das outras mulheres que não sentiram necessidade de recorrer a essa preparação.

É amplamente citada a relação entre o nível de ansiedade e o tipo de parto e o controlo durante o parto (e.g. Lowe, 1987; Odnott & Simmons-Tropea, 1987). Uma vez que nós não avaliamos o nível de ansiedade nos dois grupos antes da preparação a que o grupo experimental foi sujeito é legítimo colocar a dúvida sobre se o grupo que recorreu à preparação seria mais ansioso e o curso teria de facto exercido um efeito positivo no seu estado de ansiedade e consequentemente no controlo durante o parto, sem que no entanto esse efeito fosse evidente por comparação com um grupo que à partida se sentia mais confiante na sua capacidade em lidar com a situação.

Há no entanto aqui uma assimilação grosseira de conceitos que vão desde ansiedade/dor; ansiedade/controlo ou ansiedade/dor/controlo. Ainda que possam ser aspectos concorrentes ou seja a ansiedade pode predispor para a percepção de mais dor e esta dificultar a capacidade de controlo bem como a percepção desse controlo. Todas estas relações são ainda pouco claras nas suas conexões e tornam precipitadas conclusões sobre cadeias causais entre si ficando por

avaliar de facto o efeito da ansiedade traço e estado na percepção do controlo durante o parto.

Para comprovar qualquer destas hipóteses explicativas são necessários estudos posteriores. Cremos que o objecto de estudo justifica amplamente a necessidade de continuar esta investigação tendo agora em conta as questões nomeadamente metodológicas aqui levantadas. Assim, futuros trabalhos nesta área deverão privilegiar a avaliação do controlo durante o parto e não da percepção individual de controlo e caso se trabalhem as percepções fazê-lo no lapso de tempo mais próximo possível do parto. Por outro lado será útil avaliar a ansiedade durante a gravidez no grupo experimental, antes da preparação, e no grupo testemunho, bem como as expectativas que têm relativamente ao parto. Será necessário proceder também a um controlo rigoroso da medicação fornecida na rotina dos partos eutócicos que pode eventualmente não ser desprezável.

A análise cuidada dos próprios cursos de preparação existentes e dos seus conteúdos práticos e ideológicos, que está longe de ser uniforme, será também um aspecto relevante para a avaliação rigorosa e isenta do seu efeito no controlo manifestado pela parturiente durante o nascimento.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, D. (1977) — Missing pieces — A study of postpartum feelings, *Birth and Family*, 4 (4): 159-165.
- AFFONSO, D., & ARIZMENDI, T. (1984) — Research on psychosocial factors and postpartum depression: A critique, *Birth*, 11 (4): 237-240.
- AFFONSO, D. (1977) — Assessment of maternal postpartum adaptation, *Public Health Nursing*, 4 (1): 9-20.
- ASTBURY, J. (1980) — The crisis of childbirth: Can information and childbirth education help?, *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 9-13.
- CAPLAN, G. (1964) — *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books Inc., NY.
- CLARK, A. (1975) — Labor and birth: Expectations outcomes, *Nurs Forum*, 14: 413-428.
- (1979) — The postpartum period. In A. Clark & D. Affonso (Eds), *Child Bearing: A Nursing Perspective*. Philadelphia: F. A. Davis.
- CHEYNIER, J. (1980) — La preparation psycho-physique de la naissance, in *Encyclopedie Medico-Chirurgicale, Obstétrique* 5017H10, Paris.

- DEUTSCH, H. (1945) — *The Psychology of Women: Motherhood*, vol. II, Grune & Stratton, NY.
- FIELD, T. (1981) — Early development of the preterm offspring of teenage mothers. In Keith, G. Scott; T. Field & Evan, G. Robertson (Eds), *Teenage Parents and Their Offspring*, Grune & Stratton, NY.
- HODNETT, E. & SIMMONS-TROPEA, D. (1987) — The labour agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth, *Research in Nursing & Health*, 10: 301-310.
- JEANSON, C. (1959) — *Princípios e prática do parto sem dor*, Edições Cosmos, Lisboa.
- JORDAN, B. (1987) — The hut and the hospital: Information, power and symbolism in the artifacts of birth, *Birth*, 14 (1): 36-40.
- JOSEPH, L. & SUCCO, V. (1980) — *Prepared childbirth*, Budlong Press Company, Chicago.
- KITZINGER, S. (1978) — *Mães. Um estudo Antropológico da Maternidade*, Editorial Presença, Lisboa.
- LOWE, N. K. (1987) — Individual variation in childbirth pain, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 7 (3): 183.
- MERCER, R. T. & FERKETICH, S. L. (1987) — Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy, *Advances in Nursing Science*, 10 (2): 26.
- STOLTE, K. (1987) — A comparison of women's expectations of labor with the actual event, *Birth*, 14:2, 99-103.
- YARROW, L. (1982) — When my baby was born, *Parents Magazine*, 57: 43-47.
- SARGENT, C. & STARK, N. (1987) — Surgical birth: Interpretations of cesarean delivery among private

hospital patients and nursing staff, *Social Science & Medicine*, 25 (12): 1269.

RESUMO

Compararam-se dois grupos de primíparas relativamente à capacidade de lidar com o trabalho de parto. O grupo experimental constituído por 16 sujeitos frequentou um curso de preparação tipo Lamaze durante o último trimestre de gravidez enquanto o grupo controlo constituído por 16 sujeitos não fez qualquer tipo de preparação específica. Não se verificaram diferenças significativas relativamente à percepção da capacidade de controlar o parto nem às atitudes relativas à maternidade. Colocaram-se algumas hipóteses explicativas para esta situação.

ABSTRACT

Capacity of labour management was compared in 32 primiparas divided into two equal groups. The experimental group attended a preparation course (Lamaze type) during the last three months of pregnancy while the control group had no specific preparation. No significant differences were observed in relation to their capacity for controlling labour as well as in relation to attitudes concerning motherhood. Some hypotheses justifying this situation were put forward.