



UC/FPCE\_2017

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Influência da Cesariana na relação vinculativa e no desenvolvimento do bebé – Um estudo Exploratório sobre o impacto na saúde**

Vera Mónica Afonso Mendes (e-mail: vera.mendes.psicologia@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde - área de especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá

## **Influência da Cesariana na relação vinculativa e no desenvolvimento do bebé – Um estudo Exploratório sobre o impacto na saúde**

**Resumo:** A crescente taxa de cesarianas, em Portugal, tem vindo cada vez mais a ser alvo de especial atenção. Trata-se de um problema, em termos de saúde pública, na medida em que, não deixando de ser uma intervenção cirúrgica, promove o estabelecimento de uma relação vinculativa intermitente, uma menor probabilidade de aleitamento materno, aumenta a probabilidade de doenças imunológicas (e.g., asma, bronquite) no bebé, e o aparecimento de *hipertensão arterial* materna no pós-parto. Neste sentido, foram inquiridas 704 mulheres, residentes em Portugal continental e ilhas, submetidas a cesariana (excluindo partos de gémeos) entre os 14 e os 45 anos, com o intuito de se observar a existência de consequências negativas, tanto na mãe quanto no bebé associadas a este tipo de parto. De um modo geral, os resultados apontam para uma concordância com a literatura existente, observando-se a presença de *hipertensão arterial* materna, como uma das sequelas pós-parto, assim como uma relação materno-infantil intermitente, expressa através do tempo reduzido de aleitamento materno, pelo seio, e a manifestação de doenças respiratórias (e.g., asma e bronquite) no bebé. Sendo raros os estudos que discutem os aspectos subjacentes à cesariana, este estudo contribui, assim para colmatar essa mesma escassez e aprofundar o conhecimento, em relação há existência de consequências emocionais e imunológicas, da cesariana, facilitando uma visão mais preventiva sobre a mesma. Em termos de futuro, revela-se essencial explorar os impactos negativos, numa perspectiva longitudinal, ao se acompanhar o desenvolvimento imunológico e emocional, de bebés nascidos por cesariana, ao longo do seu ciclo vital.

**Palavras-chave:** Cesariana, Vinculação materno-fetal, Doenças Respiratórias, Aleitamento Materno, Ansiedade.

## **Influence of Cesarean on binding relationship and infant development - An Exploratory study of the impact on health**

**Abstract:** In Portugal, the rising caesarean section rate has been increasingly being taken into particular account. In terms of public health, this is a problem since while not ceasing to be considered a surgical procedure, it promotes the establishment of an intermittent binding

relationship, a lesser probability of breastfeeding, increases the likelihood of immunological diseases (e.g., asthma, bronchitis) in the baby as well as the development of arterial hypertension postpartum in the mother. In this regard, 704 women residing in Continental Portugal and in Portuguese Isles, subjected to caesarean sections (excluding the birth of twins), between ages 14 to 45 were inquired with the aim of observing the existence of any negative effects associated to this type of birth, both in the mother and baby. Generally, the results match with the existing literature like the presence of arterial hypertension in the mother as one of the after-effects of postpartum, as well as the existence of an intermittent mother-to-child relationship, expressed through the reduced breastfeeding time and the manifestation of respiratory diseases (e.g., asthma and bronchitis) in the baby. Since the studies that discuss the underlying aspects of caesarean section are scarce, this study contributes to cover that same shortage and to improve knowledge regarding the existence of emotional and immunological consequences of caesarean section bearing in mind a preventive view about this type of birth. Looking to the future, it's essential to explore the negative impacts in a longitudinal perspective by monitoring the immunological and emotional development of babies born by caesarian along their life cycle.

**Key Words:** Caesarean, Maternal-fetal bonding, Respiratory diseases, Breastfeeding, Anxiety.

### **Influencia de la Cesárea en la relación vinculante y en el desarrollo del bebé - Un estudio Exploratorio sobre el impacto en la salud**

**Resumen:** La creciente tasa de cesáreas, en Portugal, tiene venido cada vez más a ser objeto de especial atención. Se trata de un problema, en términos de la salud pública, en la medida en que, no dejando de ser una intervención quirúrgica, promueve el establecimiento de una relación vinculante intermitente, una menor probabilidad de lactancia materna, aumenta la probabilidad de enfermedades inmunológicas (e.g. asma, bronquitis) en el bebé, y la aparición de hipertensión arterial materna en el posparto. En este caso, han sido encuestadas 704 mujeres, residentes en Portugal continental y islas, sometidas a la cesárea (excluyendo partos gemelares) entre los 14 y los 45 años, con el fin de se observar la existencia

de consecuencias negativas, tanto en la madre como en el bebé asociadas a este tipo de parto. De un modo general, los resultados apuntan para una concordancia con la literatura existente, observándose la presencia de hipertensión arterial materna, como una de las secuelas posparto, así como una relación materno-infantil intermitente, expresa a través del tiempo reducido de lactancia materna, por el seno, y la manifestación de enfermedades respiratorias (e.g. asma y bronquitis) en el bebé. Siendo raros los estudios que discuten los aspectos subyacentes a la cesárea, este estudio contribuye, así para colmatar esa misma escasez y profundizar el conocimiento, en relación hay existencia de consecuencias emocionales y inmunológicas, de la cesárea, facilitando una visión más preventiva sobre la misma. En términos de futuro, se revela esencial explorar los impactos negativos, en una perspectiva longitudinal, al acompañarse el desarrollo inmunológico y emocional, de bebés nacidos por cesárea, al largo de su ciclo vital.

**Palabras clave:** Cesárea, Vinculación materno-fetal, Enfermedades respiratorias, Lactancia Materna, Ansiedad.

## Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá*, um verdadeiro mentor. Agradeço a escuta ativa dos meus desejos e objetivos. Por me ter proporcionado estudar algo que me apaixonasse verdadeiramente. Mas acima de tudo, por me ter feito crescer tanto ao longo deste ano e por me ensinar o verdadeiro sentido da frase de Jung “...*mas ao tocar numa alma humana, seja apenas outra alma humana.*”. *Obrigado.*

A minha *mãe*, minha melhor amiga, por me ter ensinado uma das formas mais bonitas de se amar alguém. *Obrigado.*

A meu *pai*, por me ensinar o verdadeiro sentido da palavra *justiça*, e por me ter guiado, com o seu positivismo, ao longo deste percurso, tão gratificante. *Obrigado.*

A *Guilherme*, por me dar muito mais do que um dia pedi a alguém. Por acreditar em mim mesmo quando eu própria já não acreditava. *Obrigado.*

Às minhas *amigas*, sempre presentes e companheiras. Por todo o apoio não só ao longo deste ano, mas de todos os outros que perfizeram esta jornada. *Obrigado.*

Aos meus *amigos*, por todo o apoio. Nunca esquecerei cada um de vós. *Obrigado.*

“...*moralmente e  
fisicamente sãs  
assim defenderemos  
o mais rico tesouro do  
Portugal de hoje à custa  
do qual se fará o Portugal  
de amanhã*”

*in Maternidade  
Bissaya Barreto*

## **Índice**

Introdução .....	1
Capítulo Primeiro – Gravidez	
1.1 - Gravidez – Fatores Biológicos e Psicológicos .....	2
1.2 - Relação Mãe – Bebê in-útero .....	7
Capítulo Segundo – Parto	
2.1 - Tipos de Partos e Respective Riscos .....	11
2.2 - Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto .....	15
Capítulo Terceiro – Estudo Empirico	
3.1 - Imunidade e Doenças Imunológicas .....	18
3.2 - Possíveis Consequências do Parto por Cesariana .....	20
3.3 - Objetivos .....	24
3.4 - Metodologia .....	25
3.4.1 - Delineamento e Amostra .....	25
3.4.2 - Materiais/Instrumentos .....	26
3.4.3 - Procedimentos de investigação adoptados .....	26
3.4.4 - Procedimentos estatísticos .....	26
Resultados .....	27
Discussão .....	37
Conclusões .....	41
Bibliografia .....	42
Anexos .....	51

### **Introdução**

A forma como a gravidez é vivida, difere de mulher para mulher e é influenciada por todo o contexto, em que esta está inserida. A gestação é assim marcada pela adaptação psíquica (Camacho, et al., 2006), da grávida, a todas as modificações corporais ocorrentes, e a este novo ser. É a altura ideal para a mãe, com função reguladora de afeto, aprender a amar o bebé e ensiná-lo a amar, estabelecendo-se desde cedo uma relação de afeto (Biscaia & Sá, 1997), tão essencial para o bem-estar de ambos. Todo este período, influenciará o bebé, a criança e o adulto que se tornará. Período marcado pela modificações psíquicas e corporais da mãe, mas também por todas as projeções e fantasias da mesma, em relação ao bebé e ao tipo de parto que gostaria de ter (Calado, 2008). Nesta altura seria ideal, que a mãe, antes do parto, possuísse todas as informações necessárias sobre cada tipo de parto, mesmo não tendo equacionado nenhum em específico no seu psiquismo. A grávida deverá ser alertada para possíveis situações imprevistas que poderão ocorrer. Em especial, quando se trata de um parto por cesariana, a grávida deverá ser alertada, para a sua probabilidade acrescida, comparativamente ao parto vaginal, de atraso de lactação (também associado a uma perda significativa em termos imunitários para o bebé (Calhau, 2015)), para o desenvolvimento de doenças respiratórias (e.g. asma (Kristesen & Henriksen, 2016)) no bebé (justificadas pela inexistência de contato com as bactérias vaginais da mãe, aquando do nascimento, influenciando negativamente a saúde imunológica deste (FILMS, 2014; Harman & Wakeford 2014)), para um maior desconforto no pós-parto e recuperação mais lenta, para uma possível menor predisposição para amamentar através do seio e maior probabilidade de experienciar um leque de sentimentos que poderão fragilizar o relacionamento precoce da díade (Peterson, 1996), levando o bebé a desenvolver um maior número de respostas de carácter negativo (expressas, por exemplo,

através do seu sistema imunológico) influenciando o seu desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico (Wagner, 2000). Torna-se, portanto, uma questão de saúde pública, estudar as elevadas taxas de cesariana no nosso país, com a finalidade de melhor informar e preparar a grávida, para uma possível cesariana, combatendo e prevenindo todos os riscos a ela associados, assegurando assim condições de saúde imunológica (para o bebé) e emocional (para a díade).

## Capítulo Primeiro – Gravidez

### 1.1 – Gravidez – Fatores Biológicos e Psicológicos

No que diz respeito à saúde mental, dentro da Psicologia, a corrente psicanalítica, demonstra especial atenção desde muito cedo, defendendo que “*quando se trata de crianças recém-nascidas a saúde não é o começo, mas sim o fim*”. (Silva, 2016). Algo fundamentado pela própria mulher, que mesmo antes de saber que está grávida, começa a idealizar o futuro bebé, a identificar-se com ele, a preocupar-se com o seu bem-estar, a projectar expectativas e experiências da sua infância, a sentir o futuro bebé como uma continuação de si, concretizando o seu ideal, aumentando o seu amor do tipo narcísico (Deutsch, 1949).

A gravidez é marcada por momentos de grande dúvida e incerteza (Calado, 2008), *Que tipo de parto será o mais indicado? Será que vai doer muito? Há risco de morte fetal no parto? Será que vou perder o controlo?* (Oliveira, 2013). É um processo de adaptação contínua, quase diária, às alterações subjacentes, tanto a nível psicológico (organização mental) quanto fisiológico, somático (Stern & Stern, 2005), familiar e social (Conde & Figueiredo, 2005). Por vezes pode ser vista como uma alternativa ao desamparo sentido, com carácter narcísico (Camarotii, 2002), mas na maior parte das vezes é sentida, pela mulher, como a concretização de um desejo (Soulé, 1987), impondo o seu valor enquanto mulher, sentindo-se com “*o rei*



na barriga” e dona do mundo (Sá 2004). Trata-se assim de um momento de grande mudança, tanto a nível psíquico quanto relacional (Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008). Sendo considerado por diversos autores como um estágio de desenvolvimento, um período crítico (Iwata, Rosa, & Valente, 2013), que poderá ser influenciado por variáveis como a estrutura da personalidade da mulher, o estilo de adaptação ao próprio processo gravídico e a capacidade de resolução de conflitos no meio familiar e social (Bibring et al., 1961; cit. Por Gomez, 2000).

Tanto o meio familiar, quanto o meio social, em que a grávida está inserida, demonstram-se cruciais para que a mesma se sinta protegida e apoiada, funcionando assim, como fator amenizador dos efeitos psicológicos adversos, ocorrentes na gravidez. Acabando deste modo, por influenciar o desenvolvimento fetal de forma saudável, ao facilitar a modelação do sofrimento materno (Coutinho, Baptista, & Morais, 2002), através de uma estabilização dos níveis de stress (associado ao sofrimento psicológico, facilmente transmitido ao bebé através da placenta, que por sua vez, poderá influenciar negativamente, o desenvolvimento do sistema nervoso fetal (Giesbrecht, Poole, Letourneau, Campbell, & Kaplan, 2013)).

Quando ocorre a adaptação imunológica entre mãe e bebé a gravidez prossegue (Aragão, 2007), e ocorrem algumas alterações físicas no organismo materno (Colman, 1969 citado em Maldonado, 2013). Como já referido anteriormente, a nível emocional, a gravidez tem o seu início, antes mesmo da mulher saber que está grávida, mas por outro lado uma mulher, mesmo já tendo a comprovação da sua gravidez, poderá sentir-se como Sá (1993) refere “*psicologicamente estéril*”, não mostrando empatia para com aquele novo ser, parecendo não o aceitar. Algo que poderá ser revertido ao longo da gravidez, mostrando-se sob a forma de movimentos empáticos e cuidadores para com o bebé, anulando os movimentos narcísicos maternos. Esta nova fase pela qual a mulher passa é fortemente marcada pela sensibilidade

materna e pelos processos regressivos ocorrentes na mesma, forçando-a a vivenciar um leque de sentimentos próprios desta fase (e.g., ansiedade e stress, que podem levar a repercussões no desenvolvimento saudável do bebé (Conde & Figueiredo, 2003), a complicações obstétricas (Brazelton, 1994; Conde & Figueiredo, 2005; Leal, 2005; Oliveira, 2006), aumento do risco do bebé desenvolver doenças respiratórias (Sousa, 2003), retraimento psicológico, dúvidas maternas relativas à sua capacidade cuidadora (Simas, Sousa & Scorsolini-Comin, 2013)). A gestação e o modo como a mulher vivência a mesma demonstram-se assim, importantes no estabelecimento e qualidade da relação precoce (início do estabelecimento da relação materno-infantil (Potter & Perry, 2006), influenciada por eventos significativos e amadurecida pelo toque ao bebé (Burroughs, 1995)).

Torna-se natural que a mulher, no período gravídico, sinta menos estabilidade emocional, podendo vivenciar a gravidez como um desejo inconsciente de retorno “à fusão simbiótica do ventre”, levando à anulação de algumas experiências desagradáveis, experienciadas como traumáticas, que possam ter ocorrido na infância (Sá, 2000). Quando se trata de uma gravidez planeada e desejada pelos pais, estes acabam por experienciar sentimentos de plenitude e onipotência (Bayle, 2006), segundo Sá (2000) um “estado alucinatório bom”, mas que mesmo assim poderão emergir alguns sentimentos ambivalentes decorrentes da aproximação do parto e da rejeição do mesmo, que poderá ser vivenciado pela parturiente, como uma perda de algo que lhe pertence, que faz parte de si (Sá, 2000). Há portanto uma ambivalência entre a tendência materna e a rejeição (Iwata, Rosa, & Valente, 2013).

A gestação demonstra-se assim, importante para a adaptação saudável da grávida ao novo ser. Uma adaptação constante que facilita o estabelecimento da relação vinciativa entre mãe-bebé (Aragão, 2007; Battikha, 2008; Cavalcanti, 2006; Cabral & Levandowski,

2011), tendo por base tarefas de desenvolvimento psicológico, correspondentes aos três trimestres da gravidez (Colman & Colman, 1994) - integração ou aceitação (a que Winnicott se referia como inatingível, até ao crescimento notório da gravidez (Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013)), diferenciação ou individualização (primeiros movimentos fetais (Field & Windmayer, 1980); representação mais realista do bebé (Reading, Cox, Sledmere, & Campbell, 1984); consciência da realidade fetal e primeiros gestos de afeto (Canavarro, 2001)) e separação ou preparação para o nascimento (antecipação psicológica do parto, desligamento da gravidez (Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999)). Nesta última fase há espaço para fantasiar e escolher, se possível, o tipo de parto e local que a parturiente se sentirá mais segura (Calado, 2008). Fase que terá o seu culminar, assim que a mãe tiver contacto físico pela primeira vez, com o seu bebé. Sendo as horas a seguir ao parto, de máxima importância, para o estabelecimento da relação vinculativa (Calado, 2008), que poderá ser posta em causa, pelos elevados níveis de ansiedade materna, deixando a mãe com menor predisposição afetiva, para se ligar ao novo ser, comprometendo o desenvolvimento emocional e relacional do bebé.

Para Pedro (1985), a gravidez subdivide-se em dois estádios, um primeiro é marcadamente representado pela presença narcísica da mulher, identificando-se com o bebé, sentindo-o como parte dela, objeto que faz parte do seu mundo. Um segundo estádio é marcado pelas alterações corporais sentidas (que podem ser percebidas de forma negativa e/ou positiva (Colman & Colman, 1994)), assim como os desejos, as projecções e a fantasia da capacidade materna, colocando em causa a sua capacidade para cuidar deste novo ser (Leal, 2005).

**Tabela 1. Síntese sobre a Gravidez**

Autor/ Ano	Contributo
Colman (1969)	Alterações físicas
Pedro (1985)	Dois estádios – Presença narcísica da mulher; Alterações corporais
Soulé (1987)	Concretização de um desejo
Colman & Colman (1994)	Tarefas de Desenvolvimento Psicológico – Integração ou Aceitação, Diferenciação ou Individualização, Separação ou Preparação para o nascimento (fantasia sobre o parto (Calado, 2008))
Sá (2000)	Desejo inconsciente de retorno “à fusão simbiótica do ventre”
Camarotti (2002)	Altyernativa ao desamparo sentido
Conde & Figueiredo (2005)	Mudança comportamental; Adaptação familiar e social
Stern & Stern (2005)	Adaptação contínua; Adaptação fisiológica e somática; Organização Mental
Aragão (2007)	Adaptação imunológica mãe-bebé
Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes (2008)	Mudança psíquica e relacional
Iwata, Rosa & Valente (2013)	Estádio de desenvolvimento; Período crítico

No que concerne à adaptação e vivência das alterações corporais, decorrentes da gravidez, a literatura sugere que é um dos factores mais marcantes do ajustamento psicológico à presença deste novo ser, demonstrando-se importante no que diz respeito ao estabelecimento da relação precoce entre ambos (Mendes, 2002). Sendo que para além da satisfação das necessidades físicas, na relação mãe-bebé, está também a satisfação das necessidades emocionais, tão importantes quanto as primeiras, facilitando a aquisição e desenvolvimento de certas funções cognitivas no bebé, traduzindo os estilos individuais de regulação de afecto futuro (Soufre, 1996), poderá dizer-se então que a mãe funciona como um regulador de afecto, mesmo antes de o bebé nascer.

## 1.2 - Relação Mãe – Bebê in-útero

“O Bebê nasce muito antes do parto,  
nasce quando nasce na imaginação dos pais.”  
(Biscaia & Sá, 2004)

A primeira forma de intimidade humana, tem o seu início em meio intra-uterino, quando a grávida interage com o bebê – vinculação materno-fetal (influenciada por variáveis sociodemográficas, ginecológicas, obstétricas, qualidade das relações interpessoais e variáveis intrapessoais (Roseboom et al., 2001)) – ao recorrer não só à realidade (através da percepção dos primeiros movimentos fetais e batimentos cardíacos (Biscaia & Sá, 1997)) mas também à fantasia (primeiro contacto entre ambos, tipo de parto, capacidades maternas (Solis-Ponton, 2004), atribuição de características temperamentais (Langer, 1986; Maldonado, 2000; Raphael-Leff, 1997; Soifer, 1992; Szejer & Stewart, 1997)). Assim para se perceber o funcionamento mental do bebê, terá de se aperceber antes, o da mãe (todos os seus medos, fantasias e sonhos (Lebovici, 1987)) e o da família envolvente (modelos parentais). Sendo que todas as experiências por que o bebê passa, influenciarão o seu desenvolvimento psíquico, mesmo as traumáticas (guardadas na mente do bebê desde muito cedo, podendo emergir num ou noutro contexto (Biscaia & Sá, 1997)).

Segundo a literatura psicanalítica, como a sexualidade humana não consegue ser totalmente satisfeita e pela incapacidade de a mãe conseguir representar no seu psiquismo uma “criança viva e total” (Winnicott, 1989), esta começa a fantasiar e a idealizar o novo ser (Cabral & Levandowski, 2011), dotando-o desde muito cedo, por um conjunto de expectativas (apenas prejudiciais se despoletarem a formação de sintomas no bebê (Cabral & Levandowski, 2011)) – representações maternas – que facilitam o surgimento do bebê ideal do imaginário dos pais (Gianlupi, 2003) – bebê imaginário/dos sonhos (Lebovici, 1987). Estas fantasias maternas fazem parte do conteúdo

primário dos processos mentais inconscientes da mãe, associadas por sua vez à identificação primária desta, para com o seu bebé, que com o passar do tempo, durante a gestação, evolui para o que Winnicott chamaria de preocupação materna primária, uma espécie de hipersensibilidade da mãe em relação ao bebé (Cabral & Levandowski, 2011).

A mãe muitas vezes acaba por projectar, no bebé, parte do seu narcisismo (descarga libidinal), muito por influência das suas perdas de infância (aspectos transgeracionais (Battikha, 2008; Freud, 1996/1914)) e pelos conflitos com a sua própria mãe (aspectos intergeracionais). Um processo regressivo, que ocorre na tentativa de resolução desses mesmos conflitos (Pedro, 1985), facilitado pelo que Bydlwoski (1998) chamou de transparência psíquica – função do psiquismo materno que permite a inibição do recalçamento (Aragão, 2007). Este investimento narcísico que a mãe exerce sob o bebé, permite a este reconhecer-se, também narcisicamente, através do reconhecimento da existência de desejo no outro (neste caso os desejos pulsionais provenientes da mãe - maternagem (Freud, 1996/1914)), ensinando assim o bebé, já em meio extra-uterino, a agradecer o outro, para perpetuar esse desejo sentido (Barros, 2010).

A primeira representação mental sobre o bebé, imaginário neste caso, surge ainda em criança (Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013), quando a mulher brinca com bonecas. É nesta altura que começa a fantasiar o seu futuro bebé, que com o passar do tempo, já na idade adulta com a confirmação da gravidez, começa a representá-lo de forma mais objetiva, recorrendo a algumas fragmentações inconscientes e também a algumas experiências de vida. Esta representação permite que a mulher estabeleça desde cedo, uma relação com o seu bebé, tão importante para o seu desenvolvimento (Barros, 2010).

Segundo a literatura, existem três tipos de bebês, bebê edípico ou fantasmático, bebê imaginário e bebê real. O bebê edípico corresponde ao herdeiro do Édipo da mulher grávida, sendo o bebê mais inconsciente de todos, acompanhado pelos desejos infantis da grávida (Lebovici, 1987) e das identificações com os seus pais (Lebovici, 1988; 1993; 1994; 1995). O bebê imaginário corresponde ao produto do sonho da grávida, influenciado pelas relações objectais desta (vinculação na forma de conteúdos de natureza afetiva (Cabral & Levandowski, 2011)), que projecta todos os seus sonhos e expectativas através de fantasias conscientes e pré-conscientes (Brazelton & Cramer, 1992; Lebovici, 1987; Stern & Bruschiweiller-Stern, 2005). Um produto do desejo da maternidade, que cresce apoiado nos movimentos representativos, tendo um grande impacto na futura interação entre ambos (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007).

Ao quarto mês de gestação, há uma confrontação com bebê real através das ecografias e dos movimentos fetais, atingindo o seu pico ao sétimo mês, levando a uma gradual inibição do processo imaginário, até ao parto (Lebovici, 1987). Este bebê tem capacidade reorganizadora das representações maternas (Cabral & Levandowski, 2011; Aulagnier, 1990) e demonstra-se um ser extremamente sensível, a todas as projeções verbais e não-verbais (a forma como a mãe o alimenta, como o coloca no berço, como reage à separação entre ambos), provenientes da mãe. Parâmetros que influenciam a maneira como o bebê definirá a sensação de prazer e desprazer, deduzindo-se que a disponibilidade afectiva da mãe para com o bebê, está intimamente relacionada com o desenvolvimento psicoafetivo do mesmo (Barros, 2010).

Quando falamos de vinculação mãe-bebê, falamos de uma ligação entre ambos (Bowlby, 1984), que uma vez estabelecida tende a manter-se ao longo do ciclo vital (Guedney & Guedney, 2004). A mãe ao responder de forma positiva tenderá a tornar-se, para o bebê,

uma figura de vinculação, capacitada a lhe proporcionar um sentimento de segurança, tão importante ao longo da vida. Seguindo a teoria da Aceitação-Rejeição parental (PARTheory) o bebé, ao obter respostas positivas e aceitação por parte da figura cuidadora, abre caminho para um bom ajustamento psicológico, no sentido de prevenir alguns problemas de saúde mental (e.g., depressão, perturbações de comportamento (Rohner & Khaleque, 2008)), mas se pelo contrário, sentir rejeição, as áreas do cérebro ativas serão o córtex cingulado anterior e o córtex pré-frontal ventral direito, áreas também ativas quando o ser humano experiencia dor física (expressão biofisiológica (Eisenberg, Lieberman & Williams, 2003, citado em Rohner, 2004)).

Importa referir, a existência de vinculação pré-natal (ou perinatal), donde as experiências iniciais da díade mãe-bebé, encaminham o desenvolvimento de representações internas no bebé, influenciando as vinculações posteriores (Muller, 1993). Esta vinculação parece ser fortemente influenciada pela experiência do trabalho de parto e pelo confronto com o bebé-real, sendo que quanto menos traumáticas forem ambas as situações e mais gratificante for o parto, mais facilitada estará a relação entre mãe-bebé (Sá, 2004). Levando a concluir que o tipo de parto influenciará a vinculação entre ambos, na medida em que quando se trata de uma cesariana, principalmente não planeada, a mulher vivência todo o parto através de uma perspectiva mais traumática (comparativamente ao parto por via vaginal), algo para o qual não estava preparada, aumentando assim os níveis de stress e ansiedade aquando do parto, que poderão, como já referido influenciar negativamente o estabelecimento de uma relação vinculativa de qualidade, com repercussões no desenvolvimento saudável do bebé (Figueiredo, 2003).



Tabela 2. Síntese dos fatores que influenciam a Vinculação Materno-fetal

Vinculação Materno-Fetal		
Fantasia		Realidade
Bebé Edípico ou Fantasmático	Bebé Imaginário	Bebé Real (Influencia a Vinculação Perinatal (Sá, 2004))
Mais inconsciente do todos; Desejos infantis (Lebovici 1987)	Relações objetais da grávida (Cabral & Levandowski, 2011); Fantasias inconscientes e pré-conscientes (Brazelton & Cramer 1992; Lebovici, 1987; Stern & Burschweiller- Stern, 2005)	Inibição do processo imaginário (Lebovici, 1987); Sensível às projeções (Barros, 2010); Parto vivenciado como traumático – fator negativo (Figueiredo, 2003)

Stern e Bruscheiller-Stern (2005), defendem que a maior parte das mulheres grávidas segue de forma inconsciente um dos três padrões de vinculação, vinculação evitante – grávidas que tendem a experienciar a maternidade com um certo distanciamento – vinculação ambivalente – grávidas que estão tão envolvidas na experiência de maternidade, que temem olhar para trás de forma perspectiva – vinculação segura – grávidas que tendem a dedicar-se totalmente à relação com o bebê, de forma saudável (Stern & Bruscheiller-Stern, 2005).

## Capítulo Segundo – Parto

### 2.1 - Tipos de Partos e Respective Riscos

O tipo de parto pode afetar a relação materno-infantil, se influenciar negativamente (decorrente de complicações psicológicas, físicas e psicossociais (Matos, 2012)) a percepção que a mulher tem relativamente ao mesmo (Costa, Figueiredo & Pais, 2003). Sendo que

de entre os vários tipos de partos, todos sem exceção têm riscos e benefícios que cabe à mãe (que tende a negligenciar os riscos fisiológicos e psicológicos, centrando-se mais nos benefícios tanto para ela como para o seu bebé) e ao seu obstetra analisar ambos em conjunto e chegar a um consenso do tipo de parto mais adequado para a mulher. (Barros, 2013).

O parto apenas poderá ser, *eutócito (vaginal)* ou *distócito* (realizado com o auxílio de intervenções instrumentais - ventosas, fórceps ou cesariana), podendo ambos ocorrer a pré-termo, termo ou pós-termo. (Silva, 2011). Relativamente ao parto vaginal, o mesmo é referido na literatura como o parto a que está associado maior nível de dor, porém as parturientes referem um pós-parto mais tolerável, referindo também maior satisfação com o mesmo (Dunn & O’Herlihy, 2005; Gamble & Creedy, 2001). É também referido, como o parto que proporciona menor desconforto respiratório para o bebé (ao passar no canal do parto, o tórax sofre uma descompressão compensatória, reduzindo assim os riscos de aspiração de líquido amniótico e asfixia com o mesmo), acabando também por ocorrer menos complicações comparativamente ao parto por cesariana (Lobo, s.d.).

Por sua vez, o parto por cesariana, em particular a cesariana planeada, é referida como mais agradável (Lipson, et al., 1980; Matos, 2012). Sendo um procedimento mais rápido, possibilita a opção de controlo do nascimento à mulher, levando-a a perceber o parto como uma experiência positiva e tranquila (Velho, 2012). Porém reflete um tempo de retoma ao dia-a-dia mais longo que o parto vaginal, assim como um retorno mais tardio à atividade sexual (Velho, 2012), fatores que não se demonstram inadvertidamente associados à falta de disponibilidade da mãe para com o seu bebé (Barros, 2014). Sendo que não deixa de ser uma intervenção cirúrgica, a mãe, comparativamente ao parto vaginal, possui uma probabilidade mais elevada de desenvolver infecções puerperais, morbidade e mortalidade significativamente superior (cerca de 4 a 12 vezes

superior (Verdult, 2009)), atraso ou até dificuldade na lactação (Roque, 2016), probabilidade de internamento nos cuidados intensivos quatro vezes superior, risco de complicações intra-operatórias como anestésicas, hemorrágicas e lesões viscerais, risco superior de tromboembolismo venoso (formação de coágulos nos vasos sanguíneos, que ocorrem nos dias subsequentes ao parto), maior risco de placenta prévia e placenta acreta, maior risco de ruptura uterina e descolamento de placenta (Oliveira, 2013), lesões nos órgãos vizinhos ao útero (João, 2016). Em termos emocionais, a grávida tem uma maior probabilidade, principalmente nos casos de cesariana não planeada (Lobel & DeLuca, 2007), de vivenciar humor depressivo (afetando-a negativamente, quer nas relações sociais, quer na predisposição à maternidade (Cranley, Hedahl & Pegg, 1983; Marut & Mercer, 1979), associando-se a problemas comportamentais e emocionais na criança, ao longo do seu desenvolvimento, (Matos, 2012), humor que também influencia negativamente a lactação, através de uma menor predisposta materna, para amamentar, ou até, amamentar num período de tempo mais curto que o indicado, levando a uma percepção negativa do comportamento alimentar do bebé), depressão pós-parto, maior probabilidade do decréscimo da auto-estima da mulher (risco que aumenta, quando se trata de uma cesariana com anestesia geral (DeLuca, 1999)) e até sentimentos de hostilidade para com a equipa técnica presente na sala de parto (Lobel & DeLuca, 2007).

Torna-se assim, importante analisar as consequências subjacentes a cada tipo de parto, quer a nível físico, quer a nível emocional, tanto no momento imediatamente antes do parto (emoções experienciadas na altura, que poderão influenciar a percepção de experiência de parto), quanto no decorrer da maternidade (Lobel & S.DeLuca, 2007). E torna-se também importante, preparar a grávida, para a possível ocorrência de uma cesariana, sendo que quando tal não ocorre, a mesma demonstra-se mais vulnerável para experienciar o

parto como algo frustrante (Gamble & Creedy, 2001), sendo que não o equacionou no seu psiquismo, fica narcisicamente lesada com a situação, ficando mais triste e ansiosa (Areskog & Kessler, 1984; Peterson, 1996).

**Tabela 3. Síntese dos Riscos, para a mãe, relativos ao Parto por Cesariana**

Riscos Biológicos	Mais tempo de retorno ao dia-a-dia e à vida sexual; Maior probabilidade em desenvolver infecções puerperais; Maior probabilidade de mortalidade; Atraso ou dificuldade na lactação; Complicações intra-operatórias; Maior risco de placenta acreta, ruptura uterina e deslocamento de placenta
Riscos Emocionais	Maior probabilidade em vivenciar humor depressivo (influência a lactação), depressão pós-parto e diminuição de autoestima

Relativamente aos riscos, que este tipo de parto acarreta para o bebê, passam por, risco de lesão fetal na altura da incisão no útero (histerotomia), risco acrescido de síndrome de distress respiratório (Oliveira, 2013) nos primeiros dias de vida (sobretudo sempre que o parto ocorre antes das 38 semanas, a pré-termo (DGS, 2016)).

A cesariana tem sido cada vez mais, frequente nos hospitais públicos e privados (Kitzinger, 1984), com um aumento, nos últimos 50 anos, cerca de 10 vezes (Tschudin, et al., 2009), constitui-se uma preocupação em termos de saúde pública, devido aos inúmeros riscos e consequências a ela associados. A literatura indica-o como uma alternativa apenas quando a saúde do bebê e/ou da mãe está em risco (e.g., hemorragias, ou ameaça, doença cardiovascular, diabetes (Terhaar, 2005), pré-eclâmpsia, envelhecimento placentário precoce (Souza, Amorim & Porto, 2010), sofrimento fetal (Almeida, Cardoso, Rodrigues & Cunha, 2014; Oliveira, 2013)), sendo que os riscos subjacentes a esta técnica não justificam o seu uso quando não estão presentes justificações obstetras. Caso contrário em vez de se demonstrar como uma técnica *salva vidas*, demonstrar-se-á como uma

técnica nociva e perigosa (hrp, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende, que idealmente o mais indicado seria a taxa de partos por cesariana não ultrapassar os 15%, encontrando-se entre os 10% e os 15% (Roque, 2016), porém a taxa de partos, por cesariana em Portugal, no que concerne aos hospitais públicos ronda os 32.9% (PORDATA, 2016) e os privados 64%, estando associada uma correlação positiva com o nível elevado de escolaridade (Oliveira, 2013).

Uma técnica cada vez mais comum nos países desenvolvidos, sem que haja evidência médica, que comprove que o parto por cesariana realizado a mães sem causas que o justifiquem, traga benefícios. A OMS propõe o uso da classificação de Robson (criada em 2001), como instrumento mundial medidor comparativo das taxas de cesarianas ao longo do tempo num mesmo hospital, bem como entre hospitais (hrp, 2015), sendo importante avaliar os efeitos das elevadas taxas de partos por cesariana, tanto em termos de morbilidade materna e perinatal, como em termos de contexto pediátrico e bem-estar social e psicológico. (Barros, 2014).

## **2.2 – Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto**

Com a aproximação do parto, a grávida, começa a preparar-se para uma nova fase, descentrando-se de si (Canavarro, 2001), preocupando-se cada vez mais com o seu bebé. Por esta altura, surgem as dúvidas sobre o tipo de parto, sobre a qualidade do leite materno e a capacidade em geral, de conseguir cuidar deste novo ser (Pedro, 1985).

Assim que estiverem asseguradas ambas as vidas (bebé e grávida), estão reunidas condições psicológicas para a ocorrência do parto, sendo o primeiro passo para o estabelecimento de uma boa relação precoce entre ambos. Torna-se assim importante a necessidade da equipa técnica de saúde (que a acompanha), esclarecer a grávida sobre o tipo de parto mais indicado para esta, e as possíveis situações de emergência que poderão ocorrer se algo fugir do rumo normal,

Influência da Cesariana na relação vinculativa e no desenvolvimento do bebé – Um estudo  
Exploratório sobre o impacto na saúde

Vera Mónica Afonso Mendes (e-mail: vera.mendes.psicologia@gmail.com) 2017

preparando-a e preparando-a emocionalmente (Pedro, 1985).

O parto, uma das transições mais marcantes e significantes da idade adulta da mulher (Oliveira, Pedrosa & Canavarro, 2005), poderá ser vivenciado como um momento de crise (influenciado também pela forma como a grávida vivenciou e simbolizou a gestação (Couto, 2002; Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013)), muito pela perda visível da barriga, da sensação de ser uma mulher fértil (Barros, 2010), exigindo assim a redefinição da própria identidade da grávida (Meireles & Costa, s.d.). O parto, está associado a um aumento dos níveis de oxitocina (importante no desenvolvimento emocional) e cortisol, na grávida (Ferreira, 2007), deixando-a assim, mais predisposta para o estabelecimento de uma relação vinculativa. Nesta fase, é também natural que, a mesma, experiencie níveis elevados de dor (associada a um menor índice de bonding - relação específica e duradoura que a mãe e o bebé estabelecem logo após os primeiros contactos (Klaus & Kennell, 1976)) e ansiedade (que deriva de um conjunto de experiências negativas que a mesma equacionou no seu psiquismo (Waldenstrom, I. Hildingsson & Radestad, 2004)), que acabam por influenciar o seu estado emocional aquando do parto e pós-parto, e também a disponibilidade afetiva para se ligar ao bebé (Lyons, 1998; Figueiredo, 2003). Mas nem só a dor e a ansiedade influenciam a experiência e satisfação relativas ao parto. A literatura sugere que o suporte do obstetra, a duração do trabalho de parto, o envolvimento e participação no parto, os procedimentos cirúrgicos usados, sentimentos tido no decorrer do trabalho de parto, presença do companheiro aquando do parto e tipo de analgesia usada, influenciam o trabalho de parto, o parto e pós-parto (Pedro, 1985).

No que concerne à administração de analgesia (associada a uma diminuição de oxitocina), a mesma, deverá ser, sempre que possível, uma decisão feita em conjunto pela grávida e pelo seu obstetra. Sendo que os fármacos provocam tanto na grávida quanto no bebé, efeitos indesejados, lesando as aptidões de ambos, inibindo a capacidade de

resposta, que acabará por influenciar as primeiras interações (Matos, 2012). No que diz respeito ao bebé, a analgesia ao entrar na circulação sanguínea da grávida, passa para a circulação sanguínea do bebé, através da placenta – quando administrado por via parentérica - podendo mesmo condicionar aspectos fundamentais de adaptação fisiológica necessários à autonomia do recém-nascido (até aos oito meses de vida), tendo em conta que o deixando-o menos reativo a estímulos, portanto menos interativo com o meio (Pedro, 1985) e que diminui a sua capacidade de sucção do leite materno (Matos, 2012).

Após o parto, ocorre uma queda abrupta dos níveis de progesterona e estrogéneo, que tiveram o seu aumento progressivo aquando da gravidez, assim como um aumento dos valores de prolactina. Esta alteração hormonal após o parto tem a ela subjacente uma mudança de humor, tratando-se de uma moderada perturbação de humor, designada por *blues pós-parto*, que está presente em cerca de 50 a 80% das parturientes. Trata-se de um aumento da reatividade da grávida aos estímulos, que garante a aproximação ao bebé e abre caminho para o comportamento vincutivo.

Torna-se importante que nesta fase, a mãe faça o luto do bebé-imaginário, para se adaptar às características reais do bebé-real (Brazelton & Cramer, 1992), reorganizando-se (Lebovici, 1987), assegurando deste modo uma boa formação psíquica do bebé (Barros, 2010). A mãe deverá sentir-se com a necessidade de se vincular ao bebé-real, desvinculando-se assim do bebé-imaginário (Brazelton & Cramer, 1993). Esta ligação entre ambos pode ser estimulada também pelo bebé, através de comportamentos inatos (Bowlby, 1984a) como sinal de resposta à mãe (e.g., sorriso, seguir visualmente a mãe (Figueiredo, 2003). Por esta altura a mulher deverá sentir-se preparada para acolher o bebé no colo, de maneira simbólica, segurar o bebé, ampará-lo, impedir que caia garantindo-lhe deste modo, apoio, facilitando assim o processo de maturação. Sendo que características como o cheiro materno e os ritmos cardíacos da mãe proporcionam

maior sentimento de segurança ao bebé (Reis, 2003).

Não é só o parto, que se associa a um aumento dos níveis de oxitocina, no organismo da grávida, no pós-parto isso também se observa. Fenómeno assegurado pela amamentação pelo seio, que funciona como efeito tranquilizante na mãe (aumentando a ligação entre ambos - hormona do apego). A amamentação pelo seio, por sua vez, facilita o estabelecimento das relações objetais, que tem a sua qualidade dependente dela, através da maneira como a mãe apresenta o seio ao seu bebé na primeira infância, possibilitando-lhe a criação do objeto e da mãe na sua realidade (Aragão, 2007).

A literatura sugere que nos 20 a 30 minutos após o parto, o bebé está particularmente disponível para o estabelecimento da relação com a mãe, olha directamente o rosto materno e pode responder a vozes. A atividade motora está nesta altura suprimida e toda a energia concentrada, no olhar, observar, escutar e conseqüentemente responder (Klaus et al., 2000). O olfato permite-lhe ter uma preferência especial pelo leite materno com apenas cinco a sete dias de vida (Alarcão, Relvas, & Sá, 2004). Por estes motivos torna-se importante, logo após o parto, promover o contacto corporal entre mãe e bebé – *roming-in* – algo benéfico para o estabelecimento da relação quer a curto, quer a longo prazo, a mãe experienciará um leque de sentimentos de auto eficácia e competência (Figueiredo, 2003).

## **Capítulo Terceiro – Estudo Empirico**

### **3.1 - Imunidade e Doenças Imunológicas**

A microbiota intestinal (essencial na manutenção da vida humana) é composta, pela totalidade dos microorganismos comensais (que nos protegem de algumas doenças de origem intestinal (Hansen, et al., 2014) e contribuem para a produção de vitaminas e maturação da mucosa intestinal - GALT, localizam-se no intestino e formam-se no canal do parto), que se programam em ambiente intra-uterino, colonizando-se, tornam-se essenciais na maturação do sistema



imunológico (essencial para o desenvolvimento saudável) e regulação fisiológica da mucosa intestinal do bebê recém-nascido (Hernández, Cabeza & Castañeda, 2014). Sendo que quando ele nasce possui um sistema imunológico completo, mas imaturo, exigindo para tal um bom desenvolvimento da sua microbiota comensal para atingir o estado de maturação.

Esta microbiota intestinal é determinada aquando do parto, sendo a primeira colonização do ser humano no ato do nascimento ao passar pelo canal vaginal da mãe, recebendo as bactérias desta. Ocorre assim, a primeira fase de maturação do sistema imunológico (FILMS, 2014). O parto vaginal acaba por influenciar positivamente a qualidade dessa colonização no recém-nascido (uma vez que a própria vagina da grávida, possui *Lactobacillus*, que ajudam na digestão do leite (Dominguez-Bello, et al., 2010)), sendo exposto a mais bactérias maternas (Renz-Polster, et al., 2005), que irão ensinar o organismo do bebê, a distinguir entre as suas moléculas e as moléculas estranhas – *hipótese da higiene* – que devem ser combatidas (Hansen, et al., 2014), uma etapa crucial na construção do sistema de defesa do corpo do bebê (FILMS, 2014).

Por outro lado, bebês nascidos por parto de cesariana, acabam por perder o contacto com as bactérias vaginais maternas e ficam expostos às bactérias do meio exterior. Levando a que desenvolvam um menor número de células que fortalecem o seu sistema imunológico, um menor número de células T reguladoras, *bifidobactérias* e *bacteroides*, maior colonização intestinal de *clostridia* (níveis semelhantes aos bebês que apresentam asma), sendo colonizados aquando do nascimento, por um grande conjunto de bactérias prejudiciais (Cho & Norman, 2013), como os *Staphylococcus* e *Acinetobacter*, também comuns na pele da mãe (Dominguez-Bello, et al., 2010). A cesariana está deste modo, mais associada a alterações no sistema imunitário, que quando possível evitá-la, previne-se a ocorrência de doenças imunológicas no bebê

(e.g., diabetes tipo-1, doenças alimentares, doenças alérgicas – asma).

A alternativa à minimização de impactos negativos na saúde do bebê, passa muito, por a grávida tentar (se possível medicamente) optar por um parto vaginal, aleitamento materno durante o máximo de tempo possível (sendo o mínimo de 6 meses aconselhado, visto também poder influenciar a maturação do sistema imunológico do bebê - imunoregulador da microbiota intestinal – potente indutor de maturação imune, tendo probióticos de origem materna, potenciadores modulares da colonização bacteriana neonatal, refletindo efeito protector no que respeita às doenças gastrointestinais (Calhau, 2015)), alimentação nutritiva nos primeiros anos de vida do bebê, evitamento de antibióticos e permitir que a criança brinque em contacto com antígenos do ambiente (quanto mais estéril for o ambiente, menos o sistema imunológico da criança, terá condições para reconhecer os antígenos e identificará de maneira excessiva (e não adequada), as partículas estranhas, respondendo contra e não adaptando-se ao meio, originando alergias e problemas respiratórios do mais variado tipo (e.g. ácaros, asma, pelos de animais (Hernández, Cabeza & Castañeda, 2014))).

O seeding, uma técnica testada nos últimos anos, demonstra-se uma alternativa, a esta carência imunitária, provocada pela cesariana. Ainda pouco aceite na comunidade científica, tem por base a passagem de fluidos vaginais da grávida, na boca, rosto e corpo do bebê, aquando do nascimento. Aumentando assim, a imunidade, para valores semelhantes aos dos bebês nascidos por parto vaginal (Chu, et al., 2016).

### **3.2 - Possíveis Consequências do Parto por Cesariana**

A literatura aponta para a existência de diferenças a nível da relação entre mãe-bebê (Shawky & Abalkhail, 2003), como consequência do tipo de parto, explicitando que os sentimentos experienciados pela mãe neste momento da sua vida, influenciam o

modo como esta cuidará do bebé (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004). Torna-se assim, importante colmatar a escassez de estudos sobre as consequências da cesariana, tanto na mãe quanto no bebé, não apenas em termos vincutivos, mas também em termos imunológicos. Perceber e analisar se existem, de fato, consequências negativas que poderão condicionar a vida, tanto do bebé quanto da mãe, e dificultar a adaptação de ambos à nova realidade relacional. Para tal, abordaremos de seguida, de forma mais detalhada, as consequências associadas a este tipo de parto.

Quando falamos, de cesariana não planeada, a mesma demonstra-se associada a comportamentos hostis por parte da mãe, em relação ao seu bebé (Brandley, 1983), desencadeando nele um número de respostas, superior aos outros bebés, de carácter negativo, influenciando o desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico, ao longo do seu ciclo vital (Wagner, 2000). As reações negativas fase ao bebé, começam a ser notórias ainda no hospital, quando a mãe presta menos cuidados (devido às dores pós-parto), ao necessitar de mais tempo para pegar pela primeira vez no bebé (DiMatteo, et al., 1996), pega menos vezes no mesmo e quando pega denota-se uma rigidez corporal não muito típica, numa recém-mãe (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002). Revela também, uma tendência em não manter contacto ocular com o bebé (Clement, 2001), até às 6 semanas tem tendência a perceber o bebé de maneira mais negativa e menor probabilidade em realizar aleitamento materno através do peito. Já em casa, tendem a percepcioná-lo de maneira negativa (até aos 12 meses (DiMatteo, et al., 1996)), que poderá desencadear precursões no bem-estar psicológico materno (e.g., depressão pós-parto) e na interação mãe-bebé, devido à percepção traumática do parto (Vernut, 2009). Este parto, tem também a ele associado, uma maior probabilidade de a mãe vir a desenvolver doenças como hipertensão e diabetes, como sequela do pós-parto (Madi, et al., 2013) e do bebé, vir a desenvolver doenças respiratórias e alergias alimentares (e.g., doença celíaca -

devido à presença de uma maior sensibilidade mediada por IgE (Cho & Norman, 2013)) (Kristensen & Henriksen, 2016).

Num outro prisma, encontra-se a cesariana planeada, que quando a mãe tem a oportunidade de tocar no bebé, imediatamente após o nascimento não estão subjacentes sentimentos depressivos, nem ansiosos (Brandley, Ross & Warnyca, 1983).

No respeitante a doenças respiratórias, infantis, a literatura aponta para uma maior incidência em crianças nascidas por cesariana (principalmente antes das 39 semanas), visto o bebé não ter estado em contacto com a microflora vaginal materna (não tão notório na cesariana de emergência, uma vez que o bebé foi exposto à microbiota intestinal da mãe (Kristen & Henriksen, 2016). Sendo este um dos factores epidemiológicos associados à brandidade da Bronquite Viral Aguda (BVA) e ao vírus Sincicial Respiratório (VSR) (juntamente com a prematuridade e a ausência de aleitamento materno, entre outros (Alvarez, Marson, Bertuzzo, Arns & Ribero, 2013)).

Falar em doença respiratória, apenas tem sentido se analisarmos não só em termos orgânicos, mas também em termos psicossomáticos (Kreislner, 1974). Quando a criança nasce por cesariana e acaba por ser levada para uma incubadora sem passar pela mãe ou passa fugazmente, coloca-se em causa a relação precoce (Matos, 2012), que deveria ser estabelecida nas primeiras horas após o nascimento. Contribuindo deste modo, para o sentimento de insatisfação sentido pela mãe relativamente ao parto (Tulman, 1986) e abrindo caminho para o estabelecimento de uma relação materno-infantil intermitente, muito por os níveis de ansiedade e stress (experienciados pela mãe) se demonstrarem elevados. A mãe acaba, por transmitir ao bebé, níveis semelhantes de stress e ansiedade (que para além de prejudicarem a qualidade das relações objetivas primordiais (Portugal, 1998) influenciam o sistema endócrino e imune – ligado à secreção do hormónio adrenocorticotrófico e cortisol, aumentando a produção de citocinas inflamatórias, alterando assim o

funcionamento das respostas inflamatórias) decorrentes da sensação de medo, podendo mesmo, levar a que este desenvolva asma brônquica como resposta imunológica (Madrid, Pennington & Wolfe, 2011). Este trajecto na vida do bebé é marcado por choro frequente, agitação relativamente superior ao esperado e recusa do seio materno (distúrbio alimentar – que leva o bebé a perder mecanismos imunes, como imunoglobulinas, citocinas – função imunoreguladora – probióticos e prebióticos – modulação e regulação imunitária (Neu & Rushing, 2011)).

Mas não só o stress (induzido por imunomodulação afetando positivamente a expressão da asma no bebé (Wright, et al., 2010)) e a ansiedade materna, aumentam a probabilidade de o bebé vir a desenvolver asma infantil (até aos 7 anos de idade), também os fatores situacionais como as complicações durante a gestação (Nafstad, Samuelsen, Irgens & Bjerkedal, 2003), os distúrbios emocionais ocorridos aquando da gravidez (Pennington, 1991), as complicações no trabalho de parto, a ocorrência de cesariana quando a grávida não estava preparada para tal (o tipo de parto mais associado ao desenvolvimento de asma infantil (Annesi-Maesano, Moreau & Strachan, 2001; Kero, et al., 2002)).

Não obstante uma consequência associada à cesariana, tanto planeada como de emergência, é o atraso do ciclo da lactação e uma maior probabilidade de os bebés não prosseguirem com o aleitamento materno, no fim da alta hospitalar (Oliveira, 2013), provocando na mãe uma quebra na autoestima e uma perda em termos imunitários para o bebé, sendo aconselhado, pela OMS, um aleitamento materno até aos 6 meses de vida do bebé (Coutinho & Leal, 2005), de preferência sem o auxílio de bombas de extração de leite.

Em termos de impactos observados na adultez, do bebé que nasceu por parto de cesariana, o mesmo demonstra alguma dificuldade em aceitar ser interrompido, apresentando-se hipersensível em questões de abandono (vulnerável a doenças psicopatológicas,

existindo até algumas alterações subtís na personalidade), necessidade de se sentir compensado, acabando por preferir partos vaginais para os seus filhos (Verdult, 2009), demonstram-se mais predisposto para contacto físico, devido ao facto de não terem passado pela experiência das massagens aquando das contrações maternas (Verny & Weintraub, 2002).

**Tabela 4. Síntese das consequências do Parto por Cesariana**

Mãe	Bebé
- Hipertensão e diabetes (sequela pós-parto);	- Doenças respiratórias (e.g., asma);
- Atraso no ciclo de lactação;	- Doenças alimentares;
- Maior probabilidade em amamentar um tempo inferior ao recomendado;	- Menor probabilidade de aleitamento materno (recusa do seio);
- Relação precoce colocada em risco (comportamentos hostis por parte da mãe, tendência em não manter contacto ocular);	- Maior número de respostas de carácter negativo;
- Maior probabilidade em estabelecer uma relação materno-infantil intermitente (níveis elevados de stress e ansiedade);	- Stress e ansiedade materna, refletem-se nas relações objetais e no sistema endócrino e imune (asma brônquica como resposta imunológica);
- Menos cuidados ao bebé, devido às dores pós-parto;	- Adulterez: dificuldades em ser interrompido, hipersensível ao abandono
- Mais tempo para pegar no bebé;	

### 3.3 – Objectivos

A crescente taxa de cesarianas, em Portugal, que atualmente corresponde a 32% do total de partos realizados em hospitais públicos e 64% em hospitais privados (PORDATA, 2016), tem vindo a preocupar cada vez mais o sector médico. Sendo que a mesma não deveria ultrapassar os 15%, valor indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), remete-nos, para a necessidade de um estudo aprofundado sobre os possíveis impactos, na saúde, tanto da mãe quanto do bebé, decorrentes desses mesmos valores. O presente estudo torna-se assim, pertinente, no que diz respeito à verificação da necessidade, de uma intervenção precoce, com o objetivo de combater as consequências negativas, decorrentes deste tipo de parto, e

assegurar a manutenção do bem-estar e saúde mental, tanto da mãe quanto do bebé.

### **3.4 - Metodologia**

#### **3.4.1 - Delineamento e Amostra**

O presente estudo reflete um formato, exploratório descritivo transversal (cross-section), com variáveis de natureza quantitativas numéricas discretas (e.g., número de filhos) e qualitativas ou categoriais nominais (e.g., habilitações literárias). Onde primeiramente foram recolhidas informações, possivelmente inter-relacionadas, que abrem caminho para a descoberta de novos fatores relacionados com a temática em estudo. Seguindo-se a recolha de informações relevantes, sobre as inquiridas, apresentadas de forma organizada, num dado instante temporal (Soares & Siqueira, 2002). Para o estudo, considerámos apenas mulheres (de todas as idades) submetidas a, pelo menos, uma cesariana (excluindo partos vaginais, para um estudo mais aprofundado e focado no parto por cesariana), donde nenhum dos partos foi de gémeos (critério de exclusão, justificado pela estrutura do inquérito usado, estando o mesmo apenas adequado, para partos que não de gémeos). Com base nos critérios de inclusão, per fez-se uma amostra de 704 mulheres, submetidas a uma cesariana entre os 14 e os 45 anos de idade, recolhida de duas formas distintas. Através de inquérito (a mulheres residentes na zona centro do país) e através de uma procura exaustiva de grupos, *online*, de mães, perfazendo uma amostra, relativamente homogénea, de Portugal Continental e Ilhas. Com uma média de idade de 30 anos ( $M = 30.27$ ), a maioria das mulheres referiu ser casada (61.29%). Relativamente à escolaridade, a opção *Licenciatura* demonstrou-se a mais assinalada (47.60%, Tabela 5), na nossa amostra.

**Tabela 5 – Resumo da Tabela 1, Estatísticas referêntes às mães inquiridas**

	Idade com que teve o Parto	Estado Cível (%)	Escolaridade (%)
$\bar{x}$	30.27	-	-
Min.	14	-	-
Máx.	45	-	-
Casada	-	61.29	-
Licenciatura	-	-	47.60

### 3.4.2 - Materiais/Instrumentos

Foi utilizado um instrumento de avaliação, especificamente desenvolvido e cuidadosamente elaborado, para colmatar a inexistência, neste campo. Intitulado – *Cesariana “faz mal” ao bebé e à mãe? – variáveis psicológicas em redor da cesariana* e constituído por oito grupos (grupo I: informações básicas e pertinentes sobre a mulher, a gravidez e gravidezes anteriores; grupo II: tipo/s de parto/s já efectuado/s e preferências da mulher, relativamente ao mesmo; grupo III: informações básicas e pertinentes relativas ao parto/s realizado/s por cesariana; grupo IV: relação que a mulher tem do seu corpo (*relação com o seu corpo*); grupo V: vivência do parto e pós-parto, realizado por cesariana; grupo VI: relação bebé-imaginário e bebé-real; grupo VII: amamentação; grupo VIII: saúde do bebé (pós-parto)), perfazendo um total de noventa e cinco (95) questões, subdividindo-se em resposta curta, resposta de *sim/não*, resposta de escolha única e resposta de escolha múltipla (*anexo I*).

### 3.4.3 - Procedimentos de investigação adoptados

Como anteriormente referido, a amostra do presente estudo, foi recolhida de duas formas distintas – inquérito presencial e recolha *online* – posteriormente foram inseridos os respetivos dados e consentimento informado, numa folha *Excel*, sendo os mesmos reportados para o programa *SPSS* para a respetiva análise estatística.

### 3.4.4 - Procedimentos Estatísticos

A análise estatística, do presente estudo exploratório, foi efectuada através do *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*



versão 22.0 para Windows, onde se aplicou a análise de medidas de estatística descritiva (frequências absolutas, frequências relativas e média – medida de tendência central), através do recurso a tabelas de contingência e análise de medidas de estatística inferencial (com o objetivo de a partir da nossa amostra, aferir conclusões gerais sobre a população – Qui-Quadrado, com intervalo de confiança igual a 95%).

## Resultados

### Estatística Descritiva e Dimensões Avaliadas

Para averiguar a satisfação associada ao tipo de parto que teve, comparou-se a frequência de alíneas assinaladas, no total da nossa amostra, à pergunta “*que tipo de Parto considera mais seguro?*” com as da pergunta “*que tipo de Parto(os) teve?*”. Onde se observou uma prevalência da escolha, como parto mais seguro, o Parto Vaginal a Termo (70.30%), seguindo-se do Parto Cesariana a termo (34.80%). Algo que não se demonstra concordante, com o tipo de parto a que as participantes já tinham sido submetidas até então. Sendo o Parto Cesariana a Termo (78.10%) o mais incidente na nossa amostra, seguindo-se o Parto Cesariana Pré-Termo (31.40%, Tabela 6).

**Tabela 6 – Médias correspondentes à pergunta “*Que tipo de Parto considera mais seguro?*” e à pergunta “*Que tipo de Parto(os) teve?*”**

	1. Que tipo de Parto considera mais seguro? (assinale as opções que mais se aplicam a si)	2. Que tipo de Parto (os) teve? (assinale as opções que mais se aplicam a si)
	$\bar{x}$	$\bar{x}$
Vaginal pré-termo	0.03	0.04
Vaginal a termo	0.70	0.10
Vaginal pós-termo	0.09	0.03
Cesariana Pré-termo	0.07	0.31
Cesariana a termo	0.35	0.78
Cesariana pós-termo	0.05	0.20

No que concerne à decisão relativa ao Parto por Cesariana, a amostra aponta para uma prevalência de “*O seu obstetra não estava inicialmente de acordo, mas a situação médica assim o exigiu*”

(42.8%)”, seguindo-se escolha do obstetra (32.7%) e por fim a decisão da própria parturiente (11.1%, Tabela 7).

**Tabela 7 – Frequência correspondente à pergunta “Se realizou cesariana, foi decisão:”**

	Frequency	Percent (%)
Sua	78	11,1
Do seu obstetra	230	32,7
O seu obstetra não estava inicialmente de acordo, mas a sua situação médica assim o exigiu	301	42,8

Relativamente ao motivo pela escolha pessoal, de *Parto por Cesariana*, a amostra reflete uma incidência de respostas não dadas a esta opção. Tendo em conta esse parâmetro a opção “*Medo de complicações no parto (para si e/ou para o bebé)*” foi a mais escolhida pelas participantes (54), seguindo-se a opção “*Gerir um conjunto de ocorrências que a deixasse mais segura*” (41, Tabela 8).

**Tabela 8 – Incidência relativa às diversas alíneas da pergunta “Se decisão sua, o que a motivou a optar por esse tipo de parto?”**

	Count
Medo de complicações no parto (para si e/ou para o bebé)	54
Gerir um conjunto de ocorrências que a deixasse mais segura	41
Outra	36
Poder contar com a/o sua/seu obstetra	28
Medo da dor no parto	27
Conciliar com a presença do pai do bebé	10

No respeitante à concordância entre o “*tipo de Parto que considera mais seguro*” e o poder decisional de ser submetida a uma cesariana, ser da parte da parturiente, a nossa amostra revela uma maior prevalência de escolha da parturiente, relativamente ao Parto por Cesariana, em comparação ao Vaginal (Tabela 9).

**Tabela 9 – Incidência da decisão de ter sido submetida a cesariana, ter sido por parte da parturiente e Parto que considera mais seguro**

1. Que tipo de Parto considera mais seguro? (assinale as opções que mais se aplicam a si)	3. Se realizou cesariana, foi uma decisão (Sua) (Count)
Vaginal pré-termo	3
Vaginal a termo	3
Vaginal pós-termo	3
Cesariana Pré-termo	7
Cesariana a termo	25
Cesariana pós-termo	5

Para se verificar se, “*Teve complicações/sequelas no “Pós-Parto”*” seria ou não independente da decisão de “*Mudaria /o tipo/s de Parto/s sabendo o que sabe hoje*”, aplicou-se o teste da independência do Qui-Quadrado, em que  $H_0$ : as variáveis são independentes e  $H_1$ : as variáveis não são independentes uma da outra. Com esta análise estatística, rejeitou-se  $H_0$  ( $\chi^2(1) = 29.499$ ;  $p = .000$ ;  $\alpha < .05$ , cf Tabela 10, quadro 1, *anexo III*). Seguiu-se uma verificação dos resíduos, uma vez que apesar de se ter rejeitado  $H_0$  a associação não foi das mais fortes (coeficientes  $\approx 0.2$ , cf Quadro 2 e 3, *anexo III*), com esta verificação, observou-se que a rejeição deveu-se ao fato de se ter menos mulheres que “*não tiveram complicações no Pós-Parto*” e ainda assim “*preferiam mudar de Parto*” do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo negativo, -2.8) e maior número de mulheres que “*tiveram complicações no Pós-Parto e que preferiam mudar de Parto*” do que seria esperado se as variáveis fossem independentes (resíduo positivo, 4.1).

**Tabela 10 – Resumo do quadro 1 e 2 em anexo, Valores do Qui-Quadrado e dos resíduos, das perguntas “*Teve complicações/sequelas no Pós-Parto*” e “*Mudaria o(s) seu(s) tipo(s) de Parto(s), sabendo o que sabe hoje?*”**

	8. Teve complicações/sequelas no Pós-Parto? (Não)	8. Teve complicações/sequelas no Pós-Parto? (Sim)	$\chi^2$ ; p
5. Mudaria o(s) seu(s) tipo(s) de Parto(s), sabendo o que sabe hoje? (Sim) Std.	-2.8	4.1	29.499; $p = .000$
Residual			

$\chi^2$ : valor de Qui-Quadrado; p: significância; Intervalo de confiança 95%

### Relação com o Corpo

Para se verificar se “*A limitação física, que sentiu no pós-parto condicionou de alguma forma a sua disponibilidade para ser mãe?*” seria ou não independente de “*Perante essas alterações corporais, sentiu-se triste?*”, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado, onde se aceitou  $H_0$  ( $\chi^2(2) = 1.295$ ;  $p = .523$ ;  $\alpha > .05$ , Tabela 11, cf quadro 4, *anexo III*). Concluindo-se assim que as variáveis são independentes. Independência essa, que também se verificou relativamente à variável “*doía-me muito nos meses seguintes ao parto*” ( $\chi^2(2) = .031$ ;  $p = .985$ ;  $\alpha > .05$ ) (Tabela 11, cf quadro 4, *anexo III*).

**Tabela 11 – Resumo do quadro 4 em anexo, Valores relativos à aplicação do teste do Qui-Quadrado**

	<i>“A limitação física, que sentiu no pós-parto condicionou de alguma forma a sua disponibilidade para ser mãe?”</i>
<i>“Perante essas alterações corporais, sentiu-se triste?”</i>	$\chi^2 = 1.295$ ; gl = 2; p = .523
<i>“doía-me muito nos meses seguintes ao parto”</i>	$\chi^2 = .031$ ; gl = 2; p = .985

$\chi^2$  : valor de Qui-Quadrado; p: significância; Intervalo de confiança 95%

### Vivência do Parto e Pós-Parto

No respeitante às *complicações/sequelas no Pós-Parto*, 18 das participantes (2,6%), que revelam ter tido *complicações/sequelas*, referem que uma delas foi *Pressão Arterial elevada – hipertensão*, como aponta a literatura existente (Tabela 12).

**Tabela 12 – Percentagens relativas à frequência absoluta e relativa, das participantes que assinalaram *Pressão Arterial elevada – hipertensão*, à pergunta relativa a *complicações/sequelas no Pós-Parto***

<b>Pressão Arterial elevada - hipertensão</b>			
		Frequency	Percent
Valid	Não	686	97,4
	Sim	18	2,6
	Total	704	100,0

Para averiguar, se as emoções tidas no “*momento imediatamente antes ao parto*”, alteravam de forma negativa a percepção da experiência de parto, analisou-se as escolhas das participantes relativamente às alíneas da pergunta “*No momento imediatamente antes ao parto, sentiu-se*”, com as escolhas das mesmas, na pergunta “*No momento imediatamente após o parto, sentiu-se*”. Onde se obteve uma maior incidência de escolha de alíneas associadas a uma experiência negativa, de antecipação de parto. Onde posteriormente essas mesmas mulheres, também experienciaram o “*momento imediatamente após o parto*”, de forma negativa, ao escolherem prevalentemente as alíneas “*Desconfortável; Triste; Desamparada; Angustiada; Stressada, Irritada*” (cf Tabela 13, *anexo III*).

**Tabela 13 – Resumo da tabela 13 em anexo, Valores relativos ao número de pessoas que assinalaram as alíneas, correspondentes a uma percepção negativa de antecipação de parto e as alíneas correspondentes a uma percepção negativa de sentimentos no momento imediatamente após o parto.**

		Percepção negativa de sentimentos no momento imediatamente após o Parto					
		Desconfortá	Trist	Desampara	Angustia	Stressa	Irritad
		vel	e	da	da	da	a
Percepção	Angustiada	10	2	16	8	7	0
Negativa							
de	Stressada	32	5	22	16	8	0
antecipaç	Irritada	1	2	3	2	1	0
ão							
de	Triste	10	3	14	9	4	0
Parto	Desconfortá	20	5	17	11	4	2
vel							
	Com medo	45	12	34	30	17	1
	Nervosa	86	19	54	47	29	6

### Relação Bebê-imaginário <-> Bebê-real

Ao se analisar a presença ou ausência do parceiro, após o parto, com a alínea “*Um momento muito stressante*”, da pergunta “*Como foi o nascimento do seu bebê?*”. Observou-se que a ausência do companheiro no momento do parto, não se demonstra inequivocamente associado, a uma experiência de parto muito stressante (Tabela 14).

**Tabela 14 – Valores relativos à percentagem de mulheres que assinalaram, positiva ou negativamente, à alínea “*um momento muito stressante*” da pergunta “*Como foi o nascimento do seu bebê*” e à pergunta “*No momento, imediatamente após o parto o/seu/sua companheiro(a)/marido/mulher encontrava-se junto a si, disponível para lhe prestar auxílio?*”**

		Um momento muito stressante			
		Não		Sim	
		Count	Table N %	Count	Table N %
7. No momento, imediatamente após o parto o/ seu/sua companheiro(a)/marido/mulher encontrava-se junto a si, disponível para lhe prestar auxílio?	Não	282	40,3%	46	6,6%
	Sim	309	44,1%	63	9,0%

No que diz respeito aos resultados obtidos, na nossa amostra, quando a mulher tem a oportunidade de pegar no bebê aquando do nascimento, esta tende a percepcionar a maternidade, nos 6 primeiros meses, de forma mais positiva (*Estimulante – 53.7%; Gratificante – 53%; Compensatório 52.1%*). Quando não tem a oportunidade de pegar no bebê aquando do nascimento, tende a percepcionar a maternidade, nos 6 primeiros meses, como mais negativa (*Desconfortável – 58.1%; Esgotante – 50.9% ; Exhaustivo – 50.3%*; Tabela 15).

**Tabela 15 – Valores relativos à quantidade de mulheres que tiveram ou não a oportunidade de pegar no seu bebê aquando do nascimento e que assinalaram positiva ou negativamente, a experiência da maternidade nos primeiros 6 meses**

		1. Foi lhe dada a oportunidade de pegar no seu bebê, aquando do nascimento?			
		Não		Sim	
		Count	Table N %	Count	Table N %
Esgotante	Sim	144	50,9%	139	49,1%
Obrigatório	Sim	19	50,0%	19	50,0%
Estimulante	Sim	62	46,3%	72	53,7%
Gratificante	Sim	220	47,0%	248	53,0%
Exaustivo	Sim	175	50,3%	173	49,7%
Compensatório	Sim	183	47,9%	199	52,1%
Confortável	Sim	70	53,8%	60	46,2%
Desconfortável	Sim	25	58,1%	18	41,9%

### Amamentação

A nossa amostra vai de encontro aos dados existentes na literatura, observando-se que um aleitamento materno, através do seio, ajuda no estabelecimento de uma relação vinculativa precoce entre mãe-bebé. Sendo que as inquiridas que amamentaram através do seio, o seu bebé, tendem a responder com maior frequência, as opções *Gratificante* (66.7% contra 64.4% - percentagem das inquiridas que não amamentaram pelo seio o seu bebé) e *Compensatório* (55.1% contra 47.5% - percentagem das inquiridas que não amamentaram pelo seio), refletindo assim uma percepção da maternidade nos primeiros 6 meses, de forma mais positiva. Já as que não amamentaram o seu bebé, através do seio, perceberam esse mesmo período de tempo como mais *Esgotante* (52.5% contra 39.2% das que amamentaram pelo seio) e mais *Desconfortável* (8.5% contra 5.7%) (cf Tabela 16, *anexo III*).

**Tabela 16 – Resumo da Tabela 16 em anexo, Valores relativos às percentagens da pergunta “Amamentou o seu bebé?” e da pergunta “Relativamente à maternidade nos primeiros 6 meses, descreveria como:”**

		2. Amamentou o seu bebé?			
		Não		Sim	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Esgotante	Sim	31	52,5%	250	39,2%
	Não	28	47,5%	387	60,8%
Gratificante	Sim	38	64,4%	425	66,7%
	Não	21	35,6%	212	33,3%

Compensatório	Sim	28	47,5%	351	55,1%
	Não	31	52,5%	286	44,9%
Desconfortável	Sim	5	8,5%	36	5,7%
	Não	54	91,5%	601	94,3%

No que concerne ao tempo de aleitamento materno, pelo seio, 46.59% das inquiridas refere que amamentou, o seu bebé, seis meses ou mais, algo intimamente relacionado com o investimento da mãe em relação ao bebé. Relativamente à opção “*não amamentou o seu bebé*”, apenas 8.4% das inquiridas refere essa opção (Tabela 17).

**Tabela 17 – Valores relativos às inquiridas que referem amamentar seis meses ou mais, o seu bebé e às inquiridas que não amamentaram o seu bebé**

2. Amamentou o seu bebé? (Count)		
seis meses	Sim	167
um ano	Sim	103
dois anos	Sim	44
três anos	Sim	14
Amamentou o seu Bebé	Não	59 (8,4%)

A maior parte das inquiridas refere, não ter recorrido a ajuda externa para administração do primeiro leite materno. Sendo que das mulheres que afirmaram necessitar de ajuda externa, 8% refere a primeira administração de leite materno como algo que “*doeu muito*” e 24.9% refere que essa mesma ajuda demonstrou-se, através do uso de uma bomba de tiragem de leite (Tabela 18, cf quadro 5, *anexo III*).

**Tabela 18 – Valores relativos às inquiridas que referem ter necessitado de ajuda externa para a extração do primeiro leite administrado ao seu bebé, relacionada com a dor sentida no primeiro momento de amamentação através do seio materno.**

		11. No primeiro leite administrado ao seu bebé, precisou de ajuda externa para a extração do mesmo (ex.: bomba de tiragem de leite)?	
		Table N % (Não)	Table N % (Sim)
6. A primeira vez que amamentou, doeu-lhe? (assinale a que mais se aplica a si)	Muito;	15.8	8.0
	Mais ou menos;	21.5	6.4
	Quase nada;	16.7	4.7
	Nada	20.2	6.7



Bomba de tiragem de Leite	-	24.9
---------------------------	---	------

43.17% das inquiridas que amamentaram, pelo seio, um tempo inferior ao recomendado pela OMS, referem a experiência de amamentar como, não tão gratificante quanto tinham imaginado (Tabela 19).

**Tabela 19 – Valores relativos à experiência de amamentação pelo seio e ao tempo de amamentação, inferior a 6 meses**

5. Quando amamentou, sentiu que foi uma experiência tão gratificante quanto tinha imaginado?		
	Não (Count)	Sim (Count)
Um mês	60	55
Três meses	38	74
Total	43.17%	56.82%

Relativamente há presença de distúrbio alimentar, no bebé até aos 7 anos de idade (apontado como uma das consequências da cesariana), a nossa amostra apresenta uma incidência de 2.3% (Tabela 20).

**Tabela 20 – Valores relativos à incidência de distúrbio alimentar - anorexia**

		Frequency	Percent
Valid	Não	688	97.7
	Sim	16	2.3
	Total	704	100.0

### Saúde do Bebé (Pós-Parto)

No que concerne ao reduzido tempo de aleitamento materno (inferior a 6 meses), relacionado com os problemas de saúde tidos, até aos 7 anos de idade das crianças nascidas por cesariana, existe uma maior incidência relativamente à *asma* (37.21%, 16 crianças), seguindo-se a *infecção respiratória – bronquiolite* (23.26%, 10 crianças; Tabela 21). Porém, ao aplicarmos o Qui-Quadrado, observou-se que a presença de *asma* demonstra-se independente ( $\chi^2(1) = .748$ ;  $p=.387$ ;  $\alpha > .05$ ; Tabela 21, cf quadro 6 *anexo III*) do recurso a uma *bomba de tiragem de leite*, o que sugere que a presença

de *asma* poderá ser independente da recusa de leite materno, expressa através da utilização de *bombas de tiragem de leite*.

**Tabela 21 – Valores relativos à incidência de doenças, até aos 7 anos de idade, ao pouco tempo de aleitamento materno (inferior a 6 meses) e à dependência da asma relativamente à bomba de tiragem de leite**

	Um mês	Três meses	$\chi^2$ ; p
	Sim	Sim	
	Count	Count	
Asma	16	0	
Asma * Bomba de tiragem de leite	-	-	.748; p =.387
Infeção respiratória - Pneumonia	2	0	
Infeção respiratória - Bronquiolite	10	0	
Infeção respiratória - Catarro nas vias superiores	4	0	

$\chi^2$  : valor de Qui-Quadrado; p: significância; Intervalo de confiança 95%

A percentagem de crianças até aos 7 anos, que desenvolveu *infeção respiratória – bronquiolite* e que não teve contacto com a mãe logo após o nascimento, demonstra-se superior à percentagem das crianças que teve contacto com a mãe logo após o nascimento e que desenvolveu a mesma infeção (13.3% contra 12.3%). O mesmo se observou na *infeção respiratória – catarro nas vias superiores* (5.8% contra 4.2%). No respeitante à *asma*, ambos os valores demonstram-se muito próximos (4.3% contra 4.5%, Tabela 22).

**Tabela 22 – Valores relativos à incidência do toque aquando do nascimento e às doenças que o bebé teve até aos 7 anos de idade**

		1. Foi lhe dada a oportunidade de pegar no seu bebé, aquando do nascimento?			
		Não		Sim	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Asma	Não	331	95.7%	341	95.5%
	Sim	15	<u>4.3%</u>	16	<u>4.5%</u>
Infeção respiratória - Pneumonia	Sim	12	3.5%	13	3.6%
	Não	334	96.5%	344	96.4%
Infeção respiratória - Bronquiolite	Sim	46	<u>13.3%</u>	44	<u>12.3%</u>
	Não	300	86.7%	313	87.7%
Infeção respiratória - Catarro nas vias superiores	Sim	20	<u>5.8%</u>	15	<u>4.2%</u>
	Não	326	94.2%	342	95.8%

A doença respiratória *asma*, refletiu uma incidência de 4.4% (cf quadro 7, *anexo III*), no total da nossa amostra. Relativamente há existência de complicações/sequelas na gravidez e à incidência da doença respiratória *asma*, no bebé até aos 7 anos de idade, a nossa amostra reflete que 5.5% (cf quadro 8, *anexo III*) das mulheres que apresentaram complicações/sequelas na gravidez, foi observado nos seus bebés a presença de *asma*, até aos 7 anos, contra 3.4% (cf quadro 8, *anexo III*) das crianças com *asma* que as suas mães não tiveram complicações/sequelas na gravidez. Aplicou-se o teste da independência do Qui-Quadrado, onde se observou, por sua vez, que a doença asmática infantil, seria então independente ( $\chi^2(1)=.009$ ;  $p=.925$ ;  $\alpha>.05$ ; cf quadro 9 *anexo III*) da inexistência de *toque da mãe aquando do nascimento* (“*teve a oportunidade de pegar no seu bebé, aquando do nascimento?* - Não”), assim como da existência de “*complicações/sequelas no Pós-Parto*” ( $\chi^2(1)=.235$ ;  $p=.628$ ;  $\alpha>.05$ , cf quadro 10, *anexo III*).

**Tabela 23 – Resumo dos quadros 7, 8, 9 e 10 em anexo, Valores relativos à incidência de complicações/sequelas na gravidez, à presença de asma no bebé, até aos 7 anos de idade e ao teste do Qui-Quadrado da independência**

	FO	Teve Complicações/sequelas na gravidez	Não teve complicações/sequelas na gravidez (FO %)	“Toque da mãe à nascença”
Asma	4.4%	5.5% (FO)	3.4%	$\chi^2=.009$ ; $p=.925$
Total (count)	704	$\chi^2=.235$ ; $p=.628$		

$\chi^2$  : valor de Qui-Quadrado; p: significância; Intervalo de confiança 95%

### Discussão

O presente estudo teve como objetivo central, analisar a existência de consequências negativas, tanto na mãe quanto no bebé, do parto por cesariana. Para tal, primeiramente analisou-se o estado civil das inquiridas, assim como as respetivas habilitações literárias, onde se observou uma maior incidência, na nossa amostra, do estado civil “*casada*” e do grau académico “*Licenciatura*” (cf Tabela 11 *anexo IV*).

Para um estudo aprofundado, tornou-se importante verificar a presença ou ausência de uma série de possíveis consequências, enumeradas pela literatura existente até à data, tanto relativas à cesariana de emergência quanto à cesariana planeada, sem fazer distinção explícita entre ambas. Verificou-se a inexistência de concordância entre o tipo de parto preferido pelas parturientes e o parto a que foram submetidas (cf Tabela 11, *anexo IV*), refletindo uma possível insatisfação com o tipo de parto tido, levando a que o mesmo fosse experienciado como mais traumático não tendo sido o que a parturiente equacionou inicialmente no seu psiquismo. Esta falta de concordância poderá contribuir, para a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, no pós-parto materno, que poderá por sua vez colocar em causa a relação precoce entre a díade, através do distanciamento emocional exprimido pela mãe em relação ao bebé (Spitz, 1979).

A amostra refletiu, que a maior parte das inquiridas que decidiram recorrer ao parto por cesariana, perceberam o mesmo como mais seguro (cf Tabela 11 *anexo IV*), sendo o motivo mais assinalado o “*medo de complicações no parto (para si e para o bebé)*” (11,1%, cf Tabela 1 *anexo IV*). Dados que poderão refletir a necessidade de controlo, da parturiente, relativamente ao parto e consequente sentimento de satisfação, sendo um fator preditivo no respeitante a uma relação vinculativa mãe-bebé, adequada, uma vez que a parturiente experienciou o parto como algo gratificante e não traumático, mostrando-se mais predisposta para o estabelecimento dessa mesma relação e atenta às necessidades do bebé (Silva, 2016).

No que concerne aos resultados obtidos, quando aplicado o teste do Qui-Quadrado da independência, observou-se uma dependência entre a variável “*Teve complicações/sequelas no Pós-Parto?*” e a variável “*Mudaria o tipo de Parto sabendo o que sabe hoje?*” (cf Tabela 11 *anexo IV*), refletindo a insatisfação sentida, pela mãe, no respeitante ao seu parto. Sendo um dos indicadores (presentes na

nossa amostra), preditivos de um possível estabelecimento de uma relação vinculativa intermitente, decorrente da cesariana e do desconforto sentido no pós-parto. Desconforto esse, subjacente às sequelas/complicações da mãe, que a deixam com menor predisposição para viver a maternidade de forma plena.

No respeitante à vivência do Parto e Pós-Parto, as mães que tendem a experienciar negativamente a antecipação de parto, tendem também a experienciar negativamente o pós-parto, estando portanto os sentimentos tido no momento imediatamente antes ao parto, associados aos sentimentos que a mãe refletirá no seu pós-parto. Sendo de máxima importância prepara e tranquilizar a parturiente aquando do parto, para lhe facultar uma experiência de pós-parto mais positiva e gratificante, facilitando deste modo a predisposição da mãe para o estabelecimento da relação precoce, com o seu bebé. Por outro lado, a ausência do companheiro no momento do parto, não se demonstrou associado, a uma experiência de parto “*muito stressante*” (cf Tabela 12, *anexo IV*), levando-nos a concluir que a presença do companheiro, da parturiente, apenas se constitui uma variável preditiva do bem-estar emocional desta (Gainer & Van Bonn, 1977), quando se trata de um parto vaginal. No que concerne aos cuidados no Pós-Parto, para com o bebé, a amostra reflete que a forma como a mãe vive as alterações corporais, no pós-parto, não influencia a sua disponibilidade para a maternidade (cf Tabela 12 *anexo IV*).

No respeitante à amamentação, os dados existentes na nossa amostra, levam-nos a concluir que o aleitamento materno, através do seio, está intimamente relacionado com uma experiência de maternidade positiva. Uma vez que as mães que referem ter amamentado pelo seio, referem também ter percecionado a maternidade como mais positiva (cf Tabela 12 *anexo IV*). Porém 8,4% refere ter amamentado um tempo inferior ao recomendado pela OMS, sendo que entre as mesmas, uma grande percentagem refere não ter sido tão gratificante quanto tinha imaginado (cf Tabela 12 *anexo IV*).

Refletindo assim uma possível quebra no estabelecimento da relação vinciativa mãe-bebê, que poderá estar relacionado com uma possível recusa do seio materno, por parte do bebê, ou até de uma indisponibilidade materna, em se ligar a este novo ser, devido a uma experiência de parto mais traumática, sentindo-se mais ansiosa.

Relativamente às consequências, na mãe, subjacente à cesariana, os valores obtidos na nossa amostra, vão de encontro à literatura existente, ao refletir a existência de “*complicações/sequelas de Pós-Parto*”, mais precisamente “*Pressão Arterial elevada – Hipertensão*” (cf Tabela 12 *anexo IV*). Em relação às consequências que podem ser observadas no bebê até aos 7 anos de idade, a amostra reflete a presença de distúrbios alimentares, assim como uma maior incidência da doença asmática e outras doenças respiratórias em crianças a que foi administrado leite materno, pelo seio, num tempo inferior ao recomendado pela OMS. Sendo a *asma*, independente da variável “*recurso a uma bomba de tiragem de leite*” (cf Tabela 12 *anexo IV*), o que poderá refletir uma não-associação entre esta expressão imunológica e a recusa do seio materno, devido à quebra vinciativa entre mãe-bebê.

Relativamente à oportunidade, da parturiente, pegar no seu bebê logo após o parto, este fato parece estar associado positivamente a uma percepção mais positiva da maternidade, nos primeiros seis meses, algo que vai de encontro à literatura existente (cf Tabela 12 *anexo IV*), sendo a interação mãe-bebê aquando do parto uma das variáveis preditivas do estabelecimento da relação vinciativa (Mercer, 1996). Tendo-se demonstrado, também, associado a uma maior probabilidade de o bebê não desenvolver doenças respiratórias, até aos 7 anos de idade. A *asma* em particular demonstrou-se independente dessa variável, assim como da variável “*complicações/sequelas no pós-parto*”, mas refletiu uma maior probabilidade de ocorrência quando associada à variável “*complicações/sequelas na gravidez*” (cf Tabela 1 *anexo IV*), concluindo-se que o estabelecimento da relação materno-

infantil poderá ser posta em causa quando a parturiente não tem a oportunidade de tocar no seu bebé, aquando do nascimento. A possível relação vinculativa intermitente poderá manifestar-se através da presença de doenças respiratórias no bebé, até aos 7 anos.

### **Conclusões**

Ao longo do estudo, observou-se que a cesariana reflete a presença de algumas consequências negativas tanto na mãe quanto no bebé. Na mãe a presença de “*complicações/sequelas decorrentes do pós-parto*”, nomeadamente “*Pressão Arterial elevada – Hipertensão*”, como sugerido pela literatura, denota-se presente. Assim como uma tendência, no bebé, para a presença de doenças respiratórias, tendo o seu aumento associado a uma não amamentação pelo seio, num período recomendado pela OMS, e à falta de oportunidade de toque entre mãe-bebé logo após o nascimento. A asma infantil, em particular, demonstrou-se associada a uma maior probabilidade de ocorrência, quando a mãe apresenta complicações/sequelas na gravidez. Que poderá ser explicado pela experiência de sintomatologia ansiosa que a mãe apresenta, decorrente dessas mesmas complicações/sequelas e de todo o sentimento de insegurança e incerteza sobre a aproximação do parto, uma vez que esse leque de sentimentos influencia negativamente o trabalho de parto (Pedro, 1985).

No respeitante às limitações do estudo, denota-se o fato de a amostra ter sido recolhida maioritariamente através das redes sociais, podendo por em causa a fiabilidade das respostas. Assim como a não distinção, prévia, no inquérito utilizado, da cesariana planeada e de emergência, excluindo a análise da presença ou ausência de diferenças significativas entre ambas, no respeitante as consequências negativas decorrentes do parto. Parâmetro relevante a ter em conta num estudo futuro.

Como visto a cesariana comporta alguns riscos, tanto para a mãe quanto para o bebé, sendo necessário colmatar através de uma

Influência da Cesariana na relação vinculativa e no desenvolvimento do bebé – Um estudo  
Exploratório sobre o impacto na saúde

Vera Mónica Afonso Mendes (e-mail: vera.mendes.psicologia@gmail.com) 2017

prevenção precoce, devidamente planeada e reajustada a cada parturiente. Torna-se assim imprescindível alertar, informar e preparar (percebendo a forma como a grávida antecipa o parto (Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005)), previamente, a parturiente para esses mesmos riscos, analisar todos os fatores subjacentes, com o objetivo de reduzir as consequências negativas (e.g., relação materno-infantil intermitente, tempo reduzido de amamentação, incidência de doenças respiratórias no bebé) associadas aos fatores psicossomáticos, que por sua vez poderão também influenciar os fatores biológicos, sendo que a planificação demonstra-se essencial nestes casos, uma vez que ajuda na eliminação de crenças de medo, adjacentes ao parto (Penna & Arulkumaran, 2003). Torna-se também imprescindível preparar a mulher para uma possível ocorrência de cesariana de emergência, quando a mesma não o equacionou no seu psiquismo e trabalhar o seu envolvimento materno no pós-parto, com a finalidade de se colmatar a insatisfação associada ao parto (Figueiredo, 2003).

O presente estudo pretende assim colmatar a escassez existente, no respeitante a esta temática, abrir novos horizontes, para novas intervenções (preferencialmente precoces, ou de restabelecimento de ligação materno-infantil, fomentando a aceitação de mudança, com foco no bem-estar e segurança, tanto da mãe quanto do bebé (Barros, 2014)) e novos estudos numa perspetiva longitudinal, com a finalidade de se estudar as consequências da cesariana ao longo do ciclo vital do bebé, percebendo assim o impacto desta, na vida adulta.

### **Bibliografia**

- Alarcão, M., Relvas, A. P., & Sá, E. (2004). A complementariedade das interações mãe-bebé. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebé* (2ª ed., pp. 113-120). Lisboa: Fim de Século - Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.
- Almeida, D., Cardoso, A. S., Rodrigues, R. M., & Cunha, A. (2014). Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. *Revista de pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 134-139.



- Alvarez, A. E., Marson, F. A., Bertuzzo, C. S., Arns, C. W., & Ribeiro, J. D. (2013). Epidemiological and genetic characteristics associated with the severity of acute viral bronchiolitis by respiratory syncytial virus. *Jornal de Pediatria*, 531-543.
- Annesi-Maesano, Moreau, D., & Strachan, D. (Junho de 2001). In utero and perinatal complications preceding asthma. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 56, 491-497.
- Aragão, R. O. (2007). A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê. *Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*, 1-123.
- Aragão, R. O. (s.d.). *Tornar-se mãe do seu próprio filho*.
- Arskog, B., & Kessler, N. E. (1984). Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 213-220.
- Aulagnier, P. (1990). *Um interprete em busca de sentido - II*. São Paulo: Escuta.
- Barros, I. P. (2010). Movimentos do desejo materno antes e após o nascimento do filho: um estudo longitudinal. 1-405.
- Barros, M. d. (2014). Expectativas Decisão e Vivências no Parto por Cesariana. 309.
- Battikha, E. C. (2008). A inscrição do estranho no familiar. In M. C. Kupfer, & D. T. (Orgs), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp. 135-145). São Paulo: Escuta.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- 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, *A Maternidade e o Bebê* (pp. 41-49). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinidade*, 210-322.
- Bowlby, J. (1984a). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brandley, F. C., Ross, E. S., & Warnyca, J. (1983). A prospective study of mother's attitudes and feelings following cesarean and vaginal births. *Birth*, 79-83.
- Brazelton, B., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. C. (1993). *A Relação Mais Precoce*. Terramar.
- Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Porto Alegre - Brasil, Artes Médicas.
- Cabral, S. A., & Levandowski, D. C. (2011). Representações maternas: aspectos teóricos e possibilidades de avaliação e intervenção clínica. In *Estilos da Clínica* (pp. 186-203).

- Calado, R. (2008). "Ser pai desde o início": o processo psicológico da gravidez entre pais expectantes de nacionalidade portuguesa e cabo-verdiana. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 1-181.
- Calhau, C. (4 de Junho de 2015). A forma como se nasce influencia a saúde futura. (R. Ferreira, Entrevistador) Universidade do Porto, Portugal: Expresso.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Branguitton, E., & Rennó, J. J. (2006). Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, pp. 92-102.
- Camarotii, M. C. (2002). Maternidade: mitos e desejos. In L. M. Bernardino, & C. M. Rohenkohl, *O bebé e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 33-47). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cavalcanti, L. B. (2006). *A lógica da espera*. In *Mente e Cérebro – a mente do bebé*. São Paulo: Duetto.
- Cho, C. E., & Norman, M. (2013). Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 249-254.
- Chu, D. M., Ma, J., Prince, A. L., Antony, K. M., Seferovic, M. D., & Aagaard, K. M. (Agosto de 2016). Maturation of the infant microbiome community structure and function across multiple body sites and in relation to mode of delivery. *Nature Medicine*, 314-326.
- Clement, S. (2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 109 - 126.
- Colman, L. L., & Colman, A. (1994). *Gravidez - a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Artigo Integrado no Projecto "Limiar da vida e da morte: imortabilidade simbólica e vinculação da mãe ao bebé", financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Bolsa de Doutoramento)*.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a Saúde e Desenvolvimento do Bebé e Mecanismos Neurofisiológicos Envolvidos. *Acta Pediatr.*, 41-49.
- Costa, R., Figueiredo, B., & Pais, A. P. (2003). Tipos de Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Psicologia Saúde & Doença*, 47-67.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2002). Depressão Pós-parto: Prevalência e correlação com o suporte social. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência*, 2, pp. 63-71.
- Coutinho, J., & Leal, I. P. (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 277-282.
- Couto, G. R. (Janeiro de 2002). Preparação para o Parto - Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. *Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*.

- Cranley, M. S., Hedahl, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 10-15.
- Deluca, R. S. (1999). Diminished control and unmet expectations: Testing a theory of adjustment to cesarean delivery (childbirth satisfaction). *Dissertation-Abstracts-International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, p. 3015.
- Deutsch, H. (1949). *La psychologie des femmes étude psychanalytiques: Maternité*. Paris: Press Universitaires de France.
- DGS. (2016). *Hospital Cascais Dr. José de Almeida*. Obtido em 26 de Dezembro de 2016, de hospitaisdecascais: <http://www.hospitaisdecascais.pt/pt/servicos/Paginas/maternidadeparto.aspx>
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., H. S, L., Damush, T. M., Carney, M. F., & Peterson, M. (1996). Cesarean Childbirth and Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 303-314.
- Dominguez-Bello, M. G., Costello, E. K., Contreras, M., Magris, M., Hidalgo, G., Fierer, N., & Knight, R. (29 de Junho de 2010). Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. (J. I. Gordon, Ed.) *PNAS*, 107, pp. 11971-11975.
- Dunn, E. A., & O'Herlihy, C. (Julho de 2005). Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol.*, 121, pp. 56-60.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (Maio/Agosto de 2007). O bebé imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12, 305-313.
- Ferreira, A. M. (2007). A Depressão no Processo de Maternidade - Estudo Prospectivo de mulheres da 36ª semana de gravidez, 2ª, e 6ª semana pós-natal - . *Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Saúde Pública submetida à Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto*, pp. 1-138.
- Field, T. M., & Windmayer, S. M. (1980). Developmental follow-up of infants delivered by cesarean section and general anesthesia. *Infant Behavior*, 253-264.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica e de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, pp. 521-539.
- 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, pp. 521-539.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*,

- 203-217.
- FILMS, A. (Produtor), Harman, T., & Wakeford, A. (Realizadores). (2014). *MICROBIRTH* [Filme].
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo - uma introdução. In S. Freud, *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gainer, M., & Van Bonn, P. (1977). *Two factors affecting the cesarean delivered mother: Father's presence at the delivery and postpartum teaching*. Ann Arbor, University of Michigan (tese de mestrado não publicada).
- Gamble, A. J., & Creedy, D. K. (2001). Women's preference for a cesarean section: Incidence and associated factors. In *Birth* (pp. 101-110).
- Gianlupii, A. G. (2003). Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. *Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, pp. 1-294.
- Giesbrecht, G. F., Poole, J. C., Letourneau, N., Campbell, T., & Kaplan, B. J. (2013). The Buffering Effect of Social Support on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Function During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, pp. 856-862.
- Gomez, R. (2000). Paternidade, Gravidez e o Síndrome de Couvade - Estudo exploratório sobre a ocorrência de sintomas em pais Expectantes Portugueses. *Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica*.
- Guedney, N., & Guedney, A. (2004). *Vinculação Conceitos e Aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Hansen, C. H., Andersen, L. S., Krych, L., Metzdorff, S. B., Han, J. P., Skov, S., . . . Hansen, L. H. (Junho de 2014). Mode of Delivery Shapes Gut Colonization Pattern and Modulates Regulatory Immunity in Mice. *The Journal of Immunology*, 20, 1213-1222.
- Hernández, D. D., Cabeza, D. E., & Castañera, D. N. (2014). Intestinal microbiota in the development of the neonat's immune system. *Rev. Cubana Pediatr.*
- hrp. (2015). *Declaração da OMS sobre as Taxas de Cesáreas*. Suíça: OMS.
- Iwata, H., Rosa, H. R., & Valente, M. L. (2013). O Desenho da Figura Humana e o TAT de Adolescentes Grávidas: Um estudo no Hospital Geral. *Boletim de Psicologia*, LXIII, pp. 065-080.
- João, H. S. (2016). *São João*. Obtido em 26 de Dezembro de 2016, de min-saude: <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/599>
- Justo, J. M., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 115-129.
- Kero, L., Gissler, M., Gronlund, M., Kero, P., Koskinen, P., Hemminki, E., & Isolauri, E. (2002). Mode of delivery and asthma: is there a connection? *Pediatr. Res.*, 52, 6-11.
- Kitzinger, S. (1984). A experiência do Parto. *Instituto Piaget*.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. (2000). Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. *Porto Alegre:*

*ArtMed.*

- Klaus, M., & Kennel, J. (1976). Maternal-infant bonding. *Saint Louis: The C. V. Mosby Company.*
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1974). *K'enfant et son corps.* Press Universitaires de France.
- Kristensen, K., & Henriksen, L. (2016). Cesarean section and disease associated with immune function. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 587-591.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo.* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.* Lisboa: Fim de Século.
- 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: ArtMed.
- Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9, pp. 10-19.
- Lebovici, S. (1993). On intergenerational transmission: from filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14, pp. 260-272.
- Lebovici, S. (1994). Les interactions fantasmatiques. *Revue de Médecine Psycho-somatique*, 37, pp. 39-40.
- Lebovici, S. (1995). Creativity and the infant's competence. *Infant Mental Health Journal*, 16, pp. 10-15.
- Lipson, J. G., Tilden, V. P., N., R., & M.S. (1980). Psychological integration of the cesarean birth experience. *J. Orthopsychiat*, pp. 598-609.
- Lobel, M., & Deluca, R. S. (2007). Psychological sequel of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Journal of Prenatal Psychology & Health*, pp. 195-220.
- Lobo, M. B. (s.d.). Parto normal: a natureza se encarrega mamãe e bebê agradecem. *Hospital Materno Infantil Público Tia Dedé: Pró Saúde.*
- Lyons, S. (1998). A prospective study of posttraumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.
- Madi, J. M., Deon, J., Rombaldi, R. L., Araújo, B. F., Rombaldi, M. C., & Santos, M. B. (2013). Impactos do parto vaginal após cesárea prévia sobre os resultados perinatais. 516-522.
- Madrid, A., Pennington, D., & Wolfe, G. B. (2011). Helping Asthmatic Children Through Bonding Therapy. *Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 65-87.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez.* São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da gravidez.* Rio de Janeiro: Jaguatirica Digital.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 260-266.
- Matos, R. S. (2012). Antecipação e expectativas face ao tipo de parto. *Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.*
- Mercer, R. T. (1996). *Becoming a mother.* New York: Springer Series: Focus on Women.

- Meireles, A., & Costa, M. E. (s.d.). A vivência do corpo e a relação mãe-bebê na gravidez.
- Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Muller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *West. J. Nurs. Res.*, 15, pp. 199-215.
- Nafstad, P., Samuelsen, S. O., Irgens, L. M., & Bjerkedal, T. (2003). Pregnancy complications and the risk of asthma among Norwegians born between 1967 and 1993. *Eur. J. Epidemiol.*, pp. 755-761.
- Neu, J., & Rushing, J. (2011). Cesarean versus Vaginal Delivery: Long term infant outcomes and the Hygiene Hypothesis. *Clinical Perinatol.*, 321-331.
- Oliveira, A. R. (2013). Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo. *Rev. Port. Med. Geral Família*, 151-9.
- Oliveira, C., Pedrosa, A., & Canavarro, M. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação no processos de transição para a parentalidade. In A. M. Pinto, & A. L. Silva, *Stress e bem-estar* (pp. 59-84). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Oliveira, I. T. (2006). O planeamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento. *Tese de Doutoramento. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo*.
- 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, pp. 7-41.
- Pedro, J. C. (1985). *A relação Mãe-Filho - a influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Penna, L., & Arulkumaran, S. (Setembro de 2003). Cesarean section for non-medical reasons. *J. Gynaecol. Obstet.*, 82, pp. 399-409.
- Pennington, D. (1991). Events associated with maternal-infant bonding deficits and severity of pediatric asthma (Unpublished doctoral dissertation). *Tehe Professional School of Psychology, San Francisco, CA*.
- Peterson, G. (1996). Childbirth: the ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 101-109.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. D., & Lopes, R. S. (Janeiro/Março de 2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13, pp. 63-72.
- PORDATA. (21 de Dezembro de 2016). Cesarianas nos Hospitais. Portugal.
- Portugal, G. (1998). *Crianças, famílias e creches*. Porto: Porto Editora.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Lisboa: Editora Lusiciência.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reading, A. E., Cox, D. N., Sledmere, C. M., & Campbell, S. (1984). Psychological Changes Over the Course of Pregnancy: A study of Attitudes Toward the Fetus/Neonate. *Health Psychology*, 211-221.

- Reis, N. (2003). De Feto a Bebê. In E. Sá, *Psicologia do Feto e do Bebê* (3ª ed., pp. 15-25). Fim de Século.
- Renz-Polster, H., David, M. R., Buist, A. S., Vollmer, W. N., Connor, E. O., Frazier, E. A., & Wall, M. A. (2005). Caesarean section delivery and risk of allergic disorders in childhood. *Clin. Exp. Allergy*, 1466-1472.
- Rohner, R. P. (2004). The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. *American Psychologist*, 59, pp. 827-840.
- Rohner, R., & Khaleque, A. (2008). *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (4ª ed.). Storrs, CT: Rohner Research Publications.
- Roque, A. S. (Junho - Agosto de 2016). Parto Cesáreo: Motivos da Escolha pelas Puérperas. *BJSR*, 59-60.
- Sá, E. (2000). *Psicologia dos Pais e do Brincar* (3ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Shawky, S., & Abalkhail, B. A. (2003). Maternal factors associated with the duration of breastfeeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 91-96.
- Silva, A. C. (2011). Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto.
- Silva, S. G. (2016). Do Feto ao Bebê: Winnicott e as Primeiras Relações Materno-Infantis. *Psic. Clin.*, pp. 29-54.
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19-34.
- Soares, J. F., & Siqueira, A. L. (2002). *Introdução à estatística médica*. UFMG.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério* (6ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In M. C. Silva, & L. Solis-Ponton, *Ser pai, ser mãe - a parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 29-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soufre, L. A. (1996). *Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: University Press.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. B. Brazelton, *A Dinâmica do Bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sousa, S. (2003). A Saúde do Feto. In E. Sá, *Psicologia do Feto e do Bebê* (3ª ed., pp. 39-60). Fim de Século.
- Souza, A. S., Amorim, M., & Porto, A. M. (2010). Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *FEMINA*, 504-516.
- Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (2005). *Nascimento de uma Mãe: A experiência da Maternidade* (2ª ed.). Porto: Ambar.
- Stern, D., & Stern, N. (2005). *Nascimento de uma mãe*. Porto: Ambar.

- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Terhaar, M. (2005). The decision for cesarean birth. *Npjournal*, 24, pp. 141-147.
- Tschudin, S., Adler, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K., Zanetti, R., . . . Geissbuhler, V. (2009). Pregnant women's perception of cesarean. *J. Perinat. Med.*, 37, pp. 251-256.
- Tulman, L. J. (1986). Initial handling of newborn infants by vaginally and cesarean delivered mothers. *Nursing Research*, 269-300.
- Velho, M. B. (2012). Vivências do Parto Normal ou Cesáreo: Revisão Integrativa sobre a Percepção de Mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 456-466.
- Verdult, R. (2009). Caesarean birth: psychological aspects inn adults. *J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21, pp. 17-36.
- Verny, T. R., & Weintraub, P. (2002). *Pre-Parenting: Nurturing Your Child from Conception*. Simon & Schuster.
- Wagner, M. (2000). Choosing cesarean section. *The Lancet*, 1677-1680.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (Março de 2004). A Negative Brth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth issues in Perinatal Care*, 31, 17-27.
- Winnicott, D. W. (1989). *Psycho-Analytic Explorations*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts.
- Wright, R. J., Visness, C. H., Calatroni, A., Grayson, M. H., Gold, D. R., Sandel, M. T., & Gern, J. E. (2010). Prenatal maternal stress and cord blood innate and adaptive cytokine responses in an inner-city cohort. *182*, pp. 25-33.



## Anexos

### Anexo I - Inquérito

#### “A cesariana "faz mal" ao bebé e à mãe? - variáveis psicológicas em redor da cesariana”



#### Inquérito do Estudo Exploratório

As cesarianas serão sempre benéficas? Haverá "custos" na mãe e no bebé ao realizar-se uma cesariana? É indiferente para o desenvolvimento do bebé ter nascido por cesariana?

O presente questionário, enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Psicologia Clínica, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Este estudo não tem hipóteses pré-definidas. Pretende fazer um levantamento sobre a cesariana, a partir de dados, que não são objeto de estudo. Centra-se nas diversas variáveis psicológicas, na mãe e no bebé, potencialmente relacionadas com a cesariana e, sobretudo num conjunto de outras variáveis físicas e psicológicas que, habitualmente não serão abordadas a propósito da cesariana.

O presente questionário destina-se a todas as mulheres que tenham tido um parto por cesariana. Qualquer informação presente neste terá uma finalidade puramente académica, sendo realizado de forma anónima, e preservando toda a confidencialidade que um estudo destes exige. Não existem respostas certas ou erradas. Como tal, pede-se que responda de forma sincera a todas as questões. Algumas delas, apresentam um estilo de resposta SIM/NÃO, enquanto outras se dividem por várias alíneas.

Muito obrigado por colaborar!

A mestranda,

Vera Mendes (babylab.fpceuc.uc@gmail.com)

O orientador,

Professor Doutor Eduardo Sá.

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Área de Residência: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

### Grupo I

1. Indique por favor, o número de gestações que já teve: \_\_\_\_\_
2. Indique por favor, o número de gravidezes que levou até ao fim:  
\_\_\_\_\_
3. Indique por favor, o número de filhas(os) biológicas(os) que tem:  
\_\_\_\_\_
4. Indique por favor, quantas crianças compõem o seu agregado familiar: \_\_\_\_\_
  - 4.1. Destas crianças, indique por favor, quantas são suas/seus filhas/os biológicas/os: \_\_\_\_\_
  - 4.2. Destas crianças, indique por favor, quantas são filhas/os biológicos do/a seu/sua parceiro(a)/marido(mulher): \_\_\_\_\_
  - 4.3. A sua primeira gravidez, com o/a seu/sua atual parceiro(a)/marido(mulher) foi uma cesariana? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
5. Realizou diagnóstico Pré-Natal, ao parto por cesariana? **(SIM/NÃO)**  
\_\_\_\_\_
6. Teve contacto com crianças, antes de ser mãe? **(SIM/NÃO)**  
\_\_\_\_\_

Se teve **dois filhos** biológicos, **ou mais**, responda às seguintes questões:

7. Sentiu-se mais preparada para o seu segundo parto, comparativamente com o primeiro (caso se aplique a si)? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
8. Como caracterizaria a sua segunda gravidez? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**
  - \_\_\_ Mais tranquila;
  - \_\_\_ Mais “turbulenta”;
  - \_\_\_ No geral, mais fácil;
  - \_\_\_ No geral, mais difícil.
  - \_\_\_ Outro, indique qual: \_\_\_\_\_.
9. Comparando a experiência da maternidade, entre os seus, primeiro e segundo filho, como se sentiu? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**
  - \_\_\_ Mais tranquila;
  - \_\_\_ Mais confiante;
  - \_\_\_ Mais stressada;
  - \_\_\_ Sensivelmente igual.
10. Relativamente ao seu segundo filho biológico, como descreveria

o momento que dedica ao seu cuidado? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

- Tranquilo;
- Stressante;
- Ansioso;
- Ternurento;
- Amoroso;
- Agitado.

### Grupo II

1. Que tipo de Parto considera mais seguro? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

- Vaginal pré-termo;
- Vaginal a termo;
- Vaginal pós-termo;
- Cesariana pré-termo;
- Cesariana a termo;
- Cesariana pós-termo.

2. Que tipo de Parto(os) teve? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

- Vaginal pré-termo;
- Vaginal a termo;
- Vaginal pós-termo;
- Cesariana pré-termo;
- Cesariana a termo;
- Cesariana pós-termo.

3. Se realizou cesariana, foi decisão: **(assinale a opção que mais se aplica a si)**

- Sua;
- Do seu obstetra;
- O seu obstetra não estava inicialmente de acordo, mas a sua situação médica assim o exigiu;
- Outro: \_\_\_\_\_

3.1. Se foi uma decisão sua, o que a motivou a optar por esse tipo de parto? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

- Medo da dor no parto;
- Medo de complicações no parto (para si e/ou para o bebé);
- Poder contar com a/o sua/seu obstetra;
- Conciliar com a presença do pai do bebé;
- Conciliar com a presença de alguém importante para si;

- Conciliar com o seu emprego;
- Conciliar com o emprego do/a seu/sua parceiro(a)/marido(mulher) e/ou pai do bebé;
- Gerir um conjunto de ocorrências que a deixasse mais segura;
- Gerir calendários de adventos;
- Outro: \_\_\_\_\_

4. Pesquisou sobre os métodos de Partos existentes, antes do(s) seu(s)? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_

5. Foi informada (ou o/a seu/sua parceiro(a)/marido/mulher) sobre os tipos de Partos existentes? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_

5.1. Se sim, por quem? **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

- Obstetra;
- Enfermeira/o;
- Médico de Família;
- Pediatra;
- Se **outro**, indique qual \_\_\_\_\_

6. Foi informada sobre o tipo de parto que possivelmente se adaptava mais a si? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_

7. Levou pontos em alguma das suas gravidezes? **(SIM/NÃO)**

\_\_\_\_\_

7.1. Se sim, durante quanto tempo esteve a ser saturada (aproximadamente)? **(assinale a opção que mais se aplica a si)**

- entre 15 a 20 minutos;
- entre 20 a 35 minutos;
- entre 35 a 45 minutos;
- > a 45 minutos.

8. Possui uma das seguintes cicatrizes? **(assinale a opção que mais se aplica a si)**

Quelóide (cicatriz “imperfeita” na zona dos pelos púbicos, com um certo relevo mas superfície lisa, poderá provocar comichão, dor, desconforto);

Hipertrófica (cicatriz discreta, que se demonstra mais discreta com o passar do tempo);

Episiotomia (cicatriz na zona do períneo, que tende a provocar dor nas relações sexuais).

Outra \_\_\_\_\_.

8.1. Assinale a que mais se aplica a si:

- Não consigo ver a minha cicatriz, por isso nem me lembro que ela existe;
- Nunca reparo na minha cicatriz;
- Reparo na minha cicatriz, mas não interfere na minha vida;
- Reparo na minha cicatriz.

8.2. Atualmente, quando olho para a minha cicatriz o que me vem à cabeça? (**assinale as opções que mais se aplicam a si**)

- sinto-me mais feia;
- sinto-me mais orgulhosa;
- é uma cicatriz necessária;
- nem a noto, até me esqueço que ela existe;
- gostaria de a eliminar; vê-se muito na praia;
- incomoda-me quando as outras pessoas ficam a olhar para ela;
- quando tenho relações sexuais, dói-me; preferia não a ter;
- doía-me muito nos meses seguintes ao parto;
- doía-me moderadamente nos meses seguintes ao parto.

### Grupo III

Relativamente ao seu **filho**, que nasceu por **cesariana**, indique por favor:

1. Idade atual do seu filho: \_\_\_\_\_
2. Idade com que teve o Parto: \_\_\_\_\_

Relativamente ao **parto** que teve por **cesariana**, indique por favor:

1. Foi acompanhada numa maternidade Pública? (**SIM/NÃO**)  
\_\_\_\_\_
2. Foi acompanhada num Hospital Privado? (**SIM/NÃO**)  
\_\_\_\_\_
3. O seu parto foi num Hospital Público? (**SIM/NÃO**)  
\_\_\_\_\_
4. O seu parto foi num Hospital Privado? (**SIM/NÃO**)  
\_\_\_\_\_
5. Mudaria o(s) seu(s) **tipo(s)** de Parto(s), sabendo o que sabe hoje?  
(**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

6. Atualmente mudaria o **local** onde teve o seu parto? **(SIM/NÃO)**

\_\_\_\_\_

6.1. Se sim, indique: **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

\_\_\_ Hospital Público;

\_\_\_ Em sua casa;

\_\_\_ Hospital Privado

7. Teve complicações/sequelas na Gravidez? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_

7.1. Se sim, indique por favor quais: **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

\_\_\_ Pressão arterial elevada – hipertensão - ou Pré-Eclâmpsia;

\_\_\_ Distúrbio da Tiróide;

\_\_\_ Descolamento da Placenta;

\_\_\_ Placenta Prévia;

\_\_\_ Diabetes Gestacional;

\_\_\_ Perda de Líquido Amniótico;

\_\_\_ Falta de Líquido Amniótico;

\_\_\_ Excesso de Líquido Amniótico (Polidrâmnio);

\_\_\_ Hiperemese (vômitos excessivos) Gravídica;

\_\_\_ Hemorragias;

\_\_\_ Descalcificação dentária;

\_\_\_ Queda de cabelo;

\_\_\_ Outra: \_\_\_\_\_

8. Teve complicações/sequelas no Pós-Parto? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_

8.1. Se sim, indique por favor quais: **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**

\_\_\_ Infecção Pós-Parto;

\_\_\_ Mastite Puerpal (inflamação infecciosa das glândulas mamárias);

\_\_\_ Incontinência urinária;

\_\_\_ Hemorragias;

\_\_\_ Pressão Arterial elevada - hipertensão;

\_\_\_ Atonia Uterina;

\_\_\_ Dificuldades em amamentar;

\_\_\_ O leite secou;

\_\_\_ Dificuldade em equilibrar o sono do bebê;

\_\_\_ Outra: \_\_\_\_\_

9. O seu bebé teve complicações no Pós-Parto? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_
- 9.1. Se sim, indique por favor quais: (**assinale as opções que mais se aplicam a si**)

Distúrbios Alimentares;  
 Peso Abaixo do recomendado;  
 Distúrbios de sono;  
 Outra: \_\_\_\_\_

#### **Grupo IV – Relação com o seu corpo**

1. Como se sentiu nos **6 meses** a seguir ao parto? (**assinale a(s) que mais se aplicam a si**)

Exausta;  
 Senti-me nas “nuvens”;  
 Senti uma realização pessoal total;  
 Senti-me com força de enfrentar o mundo;  
 Senti-me sem disponibilidade para ser mãe;  
 Senti-me irritada;  
 Senti-me feliz;  
 Humor “neutro”.

2. Nos **6 meses** seguintes ao parto, sentiu alguma das alterações corporais abaixo descritas? (**assinale a(s) que mais se aplicam a si**)

Inchaço;  
 Excesso de peso;  
 Deficit de peso;  
 Corpo disforme;  
 Sentiu uma diferença significativa no seu corpo;  
 Mais feminino, com mais formas;

3. Perante essas alterações corporais como se sentiu? (**assinale a(s) que mais se aplicam a si**)

Feliz;  
 Nem feliz nem triste;  
 Triste;  
 Frustrada;  
 Zangada.

### Grupo V – Vivência do Parto e Pós-Parto

1. Foi-lhe dada a oportunidade de pegar no seu bebé, aquando do nascimento? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

1.1. Se sim, escolha a(s) alínea(s) que mais se aplicam a si:

- Estava consciente;
- Senti-me radiante;
- Estava exausta;
- Estava cheia de dores;
- Estava cheia de sono;
- Senti-me triste;
- Senti-me ansiosa;
- Naquele momento esqueci as dores;
- Naquele momento esqueci o cansaço;

2. Foi-lhe dada anestesia, para o parto? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

2.1. Se sim, sentiu que perdeu a oportunidade de vivenciar o parto como gostaria? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

2.2. Se lhe foi dada anestesia, indique qual:

- Local – epidural;
- Geral

2.2.1. No caso, de ter sido submetida a uma anestesia geral, estava prevenida para tal acontecimento? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

3. Foi-lhe dado algum tipo de analgesia? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

4. Aquando do parto, sentiu-se bem com a equipa técnica presente? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

5. No momento imediatamente **antes** ao parto, sentiu-se (**assinale a(s) que se aplicam a si**):

- Nervosa;
- Com medo;
- Sentimento de incerteza;
- Protegida;
- Acarinhada;
- Desconfortável;
- Triste;
- Radiante;
- Angustiadada;
- Feliz;



- Stressada;
- Apática;
- Irritada;
- "Quero que isto acabe muito depressa..."
- Satisfeita.

6. No momento, imediatamente **após** o parto, sentiu-se:  
(assinale a(s) que se aplicam a si)

- Aliviada;
- Protegida;
- Acarinhada;
- Desconfortável;
- Triste;
- Radiante;
- Desamparada;
- Angustuada;
- Feliz;
- Stressada;
- Apática;
- Irritada;
- Satisfeita.

7. No momento, imediatamente **após** o parto, o seu parceiro encontrava-se junto a si, disponível para lhe prestar auxílio (SIM/NÃO)? \_\_\_\_\_

7.1. Se não, onde se encontrava?

- na sala de espera;
- sentiu um mal-estar e teve de se deslocar para outro espaço;
- Outro \_\_\_\_\_.

7.2. No momento imediatamente **após** o parto, o seu bebé encontrava-se visivelmente bem de saúde? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_

8. Sentiu-se incompreensivelmente triste no **primeiro dia**, a seguir ao parto? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_

9. Sentiu-se incompreensivelmente triste nos **três dias**, a seguir ao parto? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_

10. Sentiu-se incompreensivelmente triste no **mês**, subsequente ao parto? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_

11. Sentiu-se incompreensivelmente triste no **primeiro ano**, subsequente ao parto? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_
12. Sentiu-se incompreensivelmente triste no **segundo ano**, subsequente ao parto? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

### **Grupo VI - Relação Bebé-imaginário <-> Bebé-real**

1. Como **imaginou** o nascimento do seu bebé? (**assinale a(s) alternativa(s) que mais se aplicam a si**, no caso de indicar mais do que uma, coloque um circulo na opção, de entre as escolhidas, com que mais se identifica)
- \_\_\_ O momento mais importante da sua vida;
  - \_\_\_ Um momento angustiante;
  - \_\_\_ Um momento feliz;
  - \_\_\_ Um momento de muita dor;
  - \_\_\_ Um momento de muita preocupação;
  - \_\_\_ Um momento muito stressante;
  - \_\_\_ Um momento mágico.
2. Como **foi** o nascimento do seu bebé? (**assinale a(s) alternativa(s) que mais se aplicam a si**)
- \_\_\_ O momento mais importante da sua vida;
  - \_\_\_ Um momento angustiante;
  - \_\_\_ Um momento feliz;
  - \_\_\_ Um momento de muita dor;
  - \_\_\_ Um momento de muita preocupação;
  - \_\_\_ Um momento muito stressante;
  - \_\_\_ Um momento mágico.
3. Relativamente à maternidade nos **primeiros 6 meses**, descreveria como (**assinale a(s) que mais se aplicam a si**):
- \_\_\_ Esgotante;
  - \_\_\_ Obrigatório;
  - \_\_\_ Estimulante;
  - \_\_\_ Gratificante;
  - \_\_\_ Exhaustivo;
  - \_\_\_ Compensatório;
  - \_\_\_ Confortável;
  - \_\_\_ Desconfortável.

4. Assim que, olhou para o seu bebé pela primeira vez achou-o  
(assinale a(s) que mais se aplicam a si):
- Lindo;
  - "Feio";
  - Um bebé normal, igual aos outros;
  - Bonito;
  - Muito vermelho;
  - Muito peludo;
  - Muito enrugado.
5. Sentiu, alguma limitação física no **pós-parto**, das mencionadas a baixo? (assinale a(s) que mais se aplicam a si):
- Dificuldades em realizar a higiene pessoal;
  - Incapacidade de realizar a higiene pessoal, sem auxílio de terceiros;
  - Desconforto ao sentar;
  - Incapacidade de ir ao supermercado sozinha;
  - Limitação em realizar tarefas domésticas;
  - Apanhar coisas do chão;
  - Se outra, indique qual: \_\_\_\_\_
6. A limitação física, que sentiu no **pós-parto** (caso se aplique a si) condicionou de alguma forma a sua disponibilidade para ser mãe? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_

### Grupo VII – Amamentação

1. Teve leite para amamentar o seu bebé? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_
2. Amamentou o seu bebé? (SIM/NÃO) \_\_\_\_\_
- 2.1. Se sim, durante quanto tempo? (assinale a opção que mais se aplica a si)
- um mês;
  - três meses;
  - seis meses;
  - um ano;
  - dois anos;
  - três anos;
  - Se outro indique qual: \_\_\_\_\_

3. Amamentou pela primeira vez o seu bebé ainda no hospital? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
4. Amamentou assim que saiu do hospital? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
5. Quando amamentou, sentiu que foi uma experiência tão gratificante quanto tinha imaginado? **(SIM/NÃO)**  
\_\_\_\_\_
6. A primeira vez que amamentou, doeu-lhe? **(assinale a que mais se aplica a si)**  
 \_\_\_ Muito;  
 \_\_\_ Mais ou menos;  
 \_\_\_ Quase nada;  
 \_\_\_ Nada.
7. Teve receio que o seu leite não fosse nutritivo? **(SIM/NÃO)**  
\_\_\_\_\_
8. Quando começou a amamentar, sentiu que o seu bebe **(assinale as opções que mais se aplicam a si)**  
 \_\_\_ ganhou muito peso;  
 \_\_\_ ganhou o peso ideal;  
 \_\_\_ ganhou pouco peso;  
 \_\_\_ perdeu peso.
9. Das primeiras vezes, que amamentou sabia como pegar no seu filho? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
10. Precisou de recorrer ao auxílio de um bico de silicone? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
- 10.1 Se sim, sentiu que aliviou as dores que sentia no peito? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
- 10.2 Se sim, usou durante quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 10.3 Se sim, sentiu que o seu bebe tinha tendência para se engasgar? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
11. No primeiro leite administrado ao seu bebé, precisou de ajuda externa para a extração do mesmo (ex.: bomba de tiragem de leite)? **(SIM/NÃO)** \_\_\_\_\_
- 11.1 Se sim, indique qual:
- \_\_\_ Bomba manual de tiragem de leite;  
 \_\_\_ Bomba elétrica de tiragem de leite.

\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

12. Amamentou outra criança, para além da sua? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

13. Sentiu, que o seu trabalho influenciou de alguma maneira a amamentação? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

13.1 Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

### **Grupo VIII - Saúde do Bebé (pós-parto)**

1. Como caracteriza, as primeiras **6 horas** de vida do seu bebé? (**assinale as que mais se aplicam a si**)

\_\_\_ Choro incontinente;

\_\_\_ Bebé ternurento;

\_\_\_ Bebé agitado;

\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

2. Como caracteriza a **sua reação emocional**, nas primeiras **6 horas** de vida do seu bebé? (**assinale as que mais se aplicam a si**)

\_\_\_ Incerteza (*e agora como vou cuidar de ti?*);

\_\_\_ Angústia (*será que vai ser bom de criar?*);

\_\_\_ Felicidade;

\_\_\_ Alívio;

\_\_\_ Preocupação relativamente ao primeiro cocó do bebé (*estarão os intestinos a funcionar bem?*);

\_\_\_ Preocupação com a primeira mamada (*comerá bem? Será que me vai doer muito?*);

\_\_\_ Preocupação relativamente a possíveis distúrbios de sono do bebé (*dormirá bem?*);

\_\_\_ Preocupação com o aparelho respiratório do bebé (*respirará bem?*);

3. Nos primeiros **12 meses** o seu bebé apresentou algum problema de saúde? (**assinale as que mais se aplicam a si**)

\_\_\_ Falta de ar;

\_\_\_ Tosse provocada por risos e/ou choro intenso;

\_\_\_ Tosse mesmo sem estar constipado;

\_\_\_ Infecção respiratória – Pneumonia;

\_\_\_ Infecção respiratória – Bronquiolite;

\_\_\_ Infecção respiratória – Catarro nas vias superiores;

\_\_\_ Otite;

\_\_\_ Gastroenterites;

- Infeções urinárias;
- Infeções cutâneas;
- Baixo peso;
- Se outro, indique qual: \_\_\_\_\_

4. Até aos 7 anos de vida do seu bebé, este apresentou algum problema de saúde? (**SIM/NÃO**) \_\_\_\_\_

4.1. Se sim, indique por favor qual/quais?

- Asma;
- Anorexia – peso abaixo do indicado;
- Infeção respiratória – Pneumonia;
- Infeção respiratória – Bronquiolite;
- Infeção respiratória – Catarro nas vias superiores;
- Otite;
- Gastroenterites;
- Infeções urinárias;
- Infeções cutâneas.

*Gratos pela sua colaboração.*

## Anexo II - Consentimento Informado

Investigação: “*A cesariana "faz mal" ao bebé e à mãe? - variáveis psicológicas em redor da cesariana*”

Autor: *Vera Mendes*

Orientador: *Professor Doutor Eduardo Sá*

O presente questionário, intitulado “*A cesariana "faz mal" ao bebé e à mãe? - variáveis psicológicas em redor da cesariana*”, enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Psicologia Clínica, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Este estudo não tem hipóteses pré-definidas. Pretende-se fazer um levantamento sobre a cesariana, a partir de dados, que não são objeto de estudo. Centra-se nas diversas variáveis psicológicas, na mãe e no bebé, potencialmente relacionadas com a cesariana e, sobretudo num conjunto de outras variáveis físicas e psicológicas que, habitualmente não serão abordadas a propósito da cesariana.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de mulheres que foram submetidas a um parto por cesariana (excluindo partos de gémeos), demonstrando-se a sua colaboração fundamental.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Doutor Eduardo Sá, será apresentado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, podendo, se desejar, contactar os autores para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ler, cuidadosamente, as explicações a cima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura:

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

### Anexo III

**Tabela 5 – Estatísticas referentes às mães inquiridas**

	Idade com que teve o Parto	Estado Civil (%)	Escolaridade (%)
$\bar{x}$	30,27	-	-
Min.	14	-	-
Máx.	45	-	-
Casada	-	61,29	-
União de Facto	-	17,57	-
Solteira	-	16,43	-
Divorciada	-	4,29	-
Licenciatura	-	-	47,60
12º ano	-	-	23,70
Mestrado	-	-	14,50

**Tabela 10 – Quadro 1, valores relativos ao teste da independência do Qui-Quadrado**

	Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	29,499 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	28,324	1	,000		
Likelihood Ratio	27,829	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	29,456	1	,000		
N of Valid Cases	684				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,16.

b. Computed only for a 2x2 table

**Quadro 2 - Valores relativos ao teste da independência do Qui-Quadrado**

**5. Mudaria o(s) seu(s) tipo(s) de Parto(s), sabendo o que sabe hoje? \* 8. Teve complicações/sequelas no Pós-Parto? Crosstabulation**

		8. Teve complicações/sequelas no Pós-Parto?		Total	
		Não	Sim		
		Count	410		159
5. Mudaria o(s) seu(s) tipo(s) de Parto(s), sabendo o que sabe hoje?	Não	Expected Count	385,2	183,8	569,0
		Std. Residual	1,3	-1,8	
	Count	53	62	115	
	Sim	Expected Count	77,8	37,2	115,0
		Std. Residual	-2,8	4,1	



Total	Count	463	221	684
	Expected Count	463,0	221,0	684,0

### Quadro 3 - Valores relativos ao teste da independência do Qui-Quadrado

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
	Phi	,208	,000
Nominal by Nominal	Cramer's V	,208	,000
	Contingency Coefficient	,203	,000
N of Valid Cases		684	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

### Quadro 4 – Valores relativos à aplicação do Qui-Quadrado

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,295 <sup>a</sup>	2	,523
Likelihood Ratio	1,206	2	,547
N of Valid Cases		704	
Pearson Chi-Square	,031 <sup>a</sup>	2	,985
Likelihood Ratio	,030	2	,985
N of Valid Cases		704	

**Tabela 13 - Valores relativos ao número de mulheres que as sinalaram as alíneas, correspondentes a uma percepção negativa de antecipação de parto e as alíneas correspondentes a uma percepção negativa de sentimentos no momento imediatamente após o parto**

#### Percepção negativa de sentimentos no momento imediatamente após o Parto

		Desconfortá vel	Trist e	Desampara da	Angustia da	Stressa da	Irritad a
Percepção	Angustia	10	2	16	8	7	0
<b>Negativa</b>							
de	Stressada	32	5	22	16	8	0
antecipaç	Irritada	1	2	3	2	1	0

	ão							
	de	Triste	10	3	14	9	4	0
	Parto	Desconfortá	20	5	17	11	4	2
		vel						
		Com medo	45	12	34	30	17	1
		Nervosa	86	19	54	47	29	6
	Percepção	Protegida	15	7	5	5	7	0
		positiva						
	de	Acarinhada	13	12	7	13	8	1
	antecipaç	Radiante	6	3	2	4	0	0
		ão						
	de	Feliz	16	11	8	7	8	2
	Parto	Satisfeita	9	4	1	2	1	0

**Tabela 16 – Valores relativos às percentagens da pergunta “Amamentou o seu bebé?” e da pergunta “Relativamente à maternidade nos primeiros 6 meses, descreveria como:”**

		2. Amamentou o seu bebé?			
		Não		Sim	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Esgotante	Sim	31	52,5%	250	39,2%
	Não	28	47,5%	387	60,8%
Obrigatório	Sim	3	5,1%	35	5,5%
	Não	56	94,9%	602	94,5%
Estimulante	Sim	17	28,8%	115	18,1%
	Não	42	71,2%	522	81,9%
Gratificante	Sim	38	64,4%	425	66,7%
	Não	21	35,6%	212	33,3%
Exaustivo	Sim	23	39,0%	318	49,9%
	Não	36	61,0%	319	50,1%
Compensatório	Sim	28	47,5%	351	55,1%
	Não	31	52,5%	286	44,9%
Confortável	Sim	14	23,7%	116	18,2%
	Não	45	76,3%	521	81,8%
Desconfortável	Sim	5	8,5%	36	5,7%
	Não	54	91,5%	601	94,3%

**Quadro 5 – Valores relativos ao uso de bomba de tiragem de leite**

	Frequency	Percent
Bomba elétrica de tiragem de leite	113	16,1
Bomba elétrica de tiragem de leite, Não conseguiu mamar.foi amamentado a LM.por biberão de forma.exclusiva até aos 4 meses	1	,1
Bomba manual de tiragem de leite;	50	7,1
Bomba manual de tiragem de leite;, Bomba elétrica de tiragem de leite	11	1,6

**Quadro 6 - Qui-Quadrado correspondente “Asma até aos 7 anos de idade” \* “Utilização de bombas de tiragem de leite”**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,748 <sup>a</sup>	1	,387
Continuity Correction <sup>b</sup>	,429	1	,512
Likelihood Ratio	,794	1	,373
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,747	1	,387
N of Valid Cases	669		

**Quadro 7 – Valores relativos à incidência de doença asmática**

	Frequency	Percent
Valid		
Não	673	95,6
Sim	31	4,4
Total	704	100,0

**Quadro 8 – Valores relativos à incidência de complicações/sequelas na gravidez e à presença de asma no bebê, até aos 7 anos de idade**

		7. Teve complicações/sequelas na Gravidez?			
		Não		Sim	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Asma	Não	395	96,6%	275	94,5%
	Sim	14	3,4%	16	5,5%

**Quadro 9 - Qui-Quadrado correspondente “Asma até aos 7 anos de idade”\*\*...a oportunidade de pegar no seu bebé, a quando do nascimento”**

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,009 <sup>a</sup>	1	,925		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,009	1	,925		
Fisher's Exact Test				1,000	,536
Linear-by-Linear Association	,009	1	,925		
N of Valid Cases	703				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,26.

b. Computed only for a 2x2 table

**Quadro 10 - Qui-Quadrado correspondente a “Asma até aos 7 anos de idade”\*\* “Complicações/sequelas no Pós-Parto”**

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,235 <sup>a</sup>	1	,628		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,081	1	,775		
Likelihood Ratio	,230	1	,631		
Fisher's Exact Test				,691	,380
Linear-by-Linear Association	,234	1	,628		
N of Valid Cases	693				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,78.

b. Computed only for a 2x2 table

## Anexo IV

**Tabela 11 - Tabela síntese das conclusões fundamentais**

Conclusões fundamentais
<p><b>Informações gerais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A média de idade, a que as inquiridas foram submetidas a uma cesariana, foi de 30 anos. Sendo o mínimo 14 e o máximo 45 anos de idade;</li> <li>- No que concerne ao estado civil a maioria refere ser casada;</li> <li>- A maioria das inquiridas refere ter um grau superior de habilitações literárias (Licenciatura e Mestrado).</li> </ul>
<p><b>Decisão do Tipo de Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não existe uma concordância entre o tipo de parto preferido pelas mulheres e o parto a que foram submetidas;</li> <li>- A amostra aponta para uma prevalência de 11,1% no que concerne à decisão da própria parturiente, relativamente à cesariana, sendo o motivo da escolha, que teve mais prevalência foi o <i>“Medo de complicações no parto (para si e/ou para o bebé)”</i>.</li> </ul>
<p><b>Parto ocorrido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A maior parte das parturientes que decidiram recorrer a um parto por cesariana, percecionam o mesmo como mais seguro;</li> <li>- A amostra reflete uma dependência no respeitante à variável <i>“Teve complicações/sequelas no Pós-Parto?”</i> e a variável <i>“Mudaria o tipo de Parto sabendo o que sabe hoje?”</i>.</li> </ul>

**Tabela 12 - Tabela síntese das conclusões fundamentais – Consequências do Parto por Cesariana**

Conclusões fundamentais
<p><b>Vivência do Parto e Pós-Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observou-se uma concordância entre as parturientes que experienciaram negativamente a antecipação de parto e as que experienciaram negativamente o pós-parto, havendo assim uma tendência para a perpetuação dessa experiência negativa;</li> <li>- A ausência do companheiro da parturiente, no momento do parto, não se demonstrou associado, a uma experiência de parto <i>“muito stressante”</i>;</li> <li>- Quando a parturiente tem a oportunidade de pegar no bebé, logo após o parto, tende a percecionar a maternidade, nos primeiros seis meses, de forma mais positiva. Deduzindo-se assim que a maneira como parturiente, vivência o momento do parto estará, intimamente relacionada com a maternidade e posterior qualidade vinculativa entre mãe-bebé.</li> </ul>
<p><b>Cuidados no Pós-Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As variáveis <i>“A limitação física, que sentiu no Pós-Parto condicionou de alguma forma a sua disponibilidade para ser mãe?”</i> e <i>“Perante essas alterações corporais, sentiu-se triste?”</i>, demonstraram-se independentes; - As variáveis <i>“A limitação física, que sentiu no Pós-Parto condicionou de alguma forma a sua disponibilidade para ser mãe?”</i> e <i>“doía-me muito nos meses seguintes ao parto”</i> (respeitante à cicatriz decorrente da cesariana), demonstraram-se independentes;</li> <li>- Observou-se assim que a forma como a parturiente vivência as alterações corporais no pós-parto e a dor, não</li> </ul>

---

condicionam a sua disponibilidade para a maternidade e prestar os cuidados necessários ao seu bebê.

---

### **Consequências para a mãe**

---

- Como a literatura sugere, a complicação/sequela de Pós-Parto “*Pressão Arterial elevada – Hipertensão*” está presente na nossa amostra.

---

### **Amamentação**

---

- As inquiridas que referem ter tido a oportunidade de amamentar o seu bebê, reportam a experiência da maternidade como mais “*Gratificante*” e “*Compensatório*”. De outro modo, as parturientes que não tiveram essa oportunidade referem-se, à experiência da maternidade como algo mais “*Desconfortável*” e “*Esgotante*”. Concluindo-se que o aleitamento materno, através do seio, está intimamente relacionado com uma experiência de maternidade positiva;

- A maior parte das inquiridas refere ter amamentado mais de seis meses e apenas 8.4% refere não ter amamentado, de todo o seu bebê;

- 8% das inquiridas refere ter recorrido a ajuda externa para a administração do primeiro leite, ao seu bebê, e que o mesmo “*doeu muito*”;

- As parturientes que referem ter amamentado um tempo inferior ao recomendado pela OMS, reportam o mesmo acontecimento como algo não tão gratificante quanto tinham imaginado (43,12%).

---

### **Consequências para o Bebê**

---

- A amostra reflete uma incidência de 2,3%, no respeitante a distúrbios alimentares até aos 7 anos da criança;

- 37,2% das crianças, a quem foi administrado leite materno (através do seio), num tempo inferior ao recomendado pela OMS, foi encontrado a presença de *Asma*, 23,3% *Infeções Respiratórias – Bronquiolite* e 23,3% *Infeções Respiratórias – Catarro nas vias superiores*. Concluindo-se assim que o aleitamento materno, através do seio, poderá ser um indicador preventivo do aparecimento de doenças respiratórias.

---

### **Doença Imunológica - Asma**

---

- A doença respiratória *asma*, reflete uma incidência de 4% no total da nossa amostra;

- A presença de doença asmática demonstra-se independente do recurso a uma *bomba de tiragem de leite*, aquando da amamentação ao seio;

- No geral, quando a mãe tem a oportunidade de tocar no bebê logo após o nascimento, o mesmo reflete uma menor incidência de doenças respiratórias, até aos 7 anos de idade, comparativamente aos bebês que não receberam o toque materno;

- A *asma*, em particular, demonstrou-se independente da oportunidade de toque logo após o parto;

- Relativamente à presença de *asma*, a mesma reflete uma probabilidade superior, de ocorrência, quando a mãe apresenta complicações/sequelas na gravidez, porém demonstra-se independente da variável “*complicações/sequelas no pós-parto*”;

- Concluindo-se que o estabelecimento da relação materno-infantil poderá estar em causa quando a parturiente não tem a oportunidade de tocar no seu bebê, aquando do nascimento. A possível relação vinculativa intermitente poderá manifestar-se através da presença de doenças respiratórias no bebê, até aos 7 anos. Estando o toque materno, logo após ao nascimento, associado a um fator preventivo do desenvolvimento de doenças respiratórias no bebê.

---

Anexo V - Tabela 1. Área de Residência das Inquiridas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Açores	31	4,4	4,4	4,4
Águeda	2	,3	,3	4,7
Alcácer	1	,1	,1	4,8
Alcobaça	1	,1	,1	5,0
Alcochete	1	,1	,1	5,1
Alentejo	1	,1	,1	5,3
Alfena	1	,1	,1	5,4
Algarve	6	,9	,9	6,3
Alijó	1	,1	,1	6,4
Almada	16	2,3	2,3	8,7
Almancil - Algarve	1	,1	,1	8,8
Almodôvar	1	,1	,1	8,9
Alverca	1	,1	,1	9,1
Amadora	5	,7	,7	9,8
Amora	1	,1	,1	9,9
Armacao de pera	1	,1	,1	10,1
Aveiro	17	2,4	2,4	12,5
Azeitão	1	,1	,1	12,6
Barcelos	2	,3	,3	12,9
Barreiro	8	1,1	1,1	14,1
Batalha	1	,1	,1	14,2
Valid Beira Interior	1	,1	,1	14,3
Beja	5	,7	,7	15,1
Bombarral	1	,1	,1	15,2
Braga	22	3,1	3,1	18,3
Caldas da Rainha	3	,4	,4	18,8
Calheta-Madeira	1	,1	,1	18,9
Camara de lobos	1	,1	,1	19,0
Câmara de Lobos	1	,1	,1	19,2
Caniço	6	,9	,9	20,0
Carnaxide	2	,3	,3	20,3
Cascais	14	2,0	2,0	22,3
Castelo branco	1	,1	,1	22,4
Castelo Branco	6	,9	,9	23,3
Centro	4	,6	,6	23,9
Chamusca	1	,1	,1	24,0
Chaves	1	,1	,1	24,1
Coimbra	20	2,8	2,8	27,0
Condeixa	1	,1	,1	27,1
Coruche	1	,1	,1	27,3
Costa caparica	1	,1	,1	27,4
Distrito de Viana Castelo	1	,1	,1	27,6
Distrito Setúbal	1	,1	,1	27,7

Elvas	3	,4	,4	28,1
Entroncamento	4	,6	,6	28,7
Ericeira	1	,1	,1	28,8
Espinho	3	,4	,4	29,3
Esposende	1	,1	,1	29,4
Estarreja	2	,3	,3	29,7
Estoril	1	,1	,1	29,8
Évora	8	1,1	1,1	31,0
Famalicão	5	,7	,7	31,7
Faro	13	1,8	1,8	33,5
Fernão Ferro	1	,1	,1	33,7
Funchal	32	4,5	4,5	38,2
Fundão	2	,3	,3	38,5
Gaia	21	3,0	3,0	41,5
Gondomar	2	,3	,3	41,8
Guarda	1	,1	,1	41,9
Guimarães	5	,7	,7	42,6
Lamego	1	,1	,1	42,8
Leiria	12	1,7	1,7	44,5
Linda-a-Velha, Oeiras	1	,1	,1	44,6
Lisboa	102	14,5	14,5	59,1
Loule	1	,1	,1	59,2
Loures	6	,9	,9	60,1
Madeira	25	3,6	3,6	63,6
Mafra	2	,3	,3	63,9
Maia	8	1,1	1,1	65,1
Marco de canaveses	1	,1	,1	65,2
Massama	1	,1	,1	65,3
Matosinhos	9	1,3	1,3	66,6
Mogadouro	1	,1	,1	66,8
Moita	2	,3	,3	67,0
Montemor-o-Velho	1	,1	,1	67,2
Montijo	3	,4	,4	67,6
Mortágua	2	,3	,3	67,9
Óbidos	2	,3	,3	68,2
Odivelas	6	,9	,9	69,0
Oeiras	5	,7	,7	69,7
Oleiros - Castelo Branco	1	,1	,1	69,9
Olhão	1	,1	,1	70,0
Ourém	2	,3	,3	70,3
Ovar	1	,1	,1	70,5
Paços de Ferreira	1	,1	,1	70,6
Palmela	1	,1	,1	70,7
Parede	1	,1	,1	70,9
Paredes	3	,4	,4	71,3
Paris	1	,1	,1	71,4
Penafiel	2	,3	,3	71,7



Peniche	1	,1	,1	71,9
Polonia	1	,1	,1	72,0
Ponta Delgada	18	2,6	2,6	74,6
Ponta do Sol	1	,1	,1	74,7
Pontinha	1	,1	,1	74,9
Portalegre	2	,3	,3	75,1
Portimão	4	,6	,6	75,7
Porto	65	9,2	9,2	84,9
Porto Moniz	1	,1	,1	85,1
Porto Ramalde	1	,1	,1	85,2
Póvoa de Varzim	1	,1	,1	85,4
Redondo / Évora	1	,1	,1	85,5
Reguengos de Monsaraz	1	,1	,1	85,7
Resende	1	,1	,1	85,8
Santa Maria da Feira	4	,6	,6	86,4
Santa Maria da Feira	1	,1	,1	86,5
Santarém	14	2,0	2,0	88,5
Santo Tirso	1	,1	,1	88,6
Sao Joao da Madeira	1	,1	,1	88,8
Seia	2	,3	,3	89,1
Seixal	9	1,3	1,3	90,3
Sertã	1	,1	,1	90,5
Sesimbra	3	,4	,4	90,9
Setúbal	13	1,8	1,8	92,8
sever do Vouga	1	,1	,1	92,9
Sines	1	,1	,1	93,0
Sintra	17	2,4	2,4	95,5
Torres Vedras	3	,4	,4	95,9
Trás os Montes	1	,1	,1	96,0
Viana do Castelo	5	,7	,7	96,7
vila do conde	1	,1	,1	96,9
Vila Franca de Xira	2	,3	,3	97,2
Vila nova de Milfontes	1	,1	,1	97,3
vila nova de santo André	1	,1	,1	97,4
vila pouca de aguiar	1	,1	,1	97,6
Vila Real	4	,6	,6	98,2
Viseu	12	1,7	1,7	99,9
Vizela	1	,1	,1	100,0
Total	704	100,0	100,0	