

Universidade da Maia – ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Relações entre confiança materna, satisfação com o suporte social e experiência de parto, antes e durante a pandemia COVID-19

Alicia Carina Carvalho Rodrigues

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Escolar e da Educação

Orientação
Professora Doutora Vera Coelho

Coorientação
Professor Doutor Francisco Machado

Outubro de 2021 

Dedicatória

À minha avó, que partiu antes de me ver terminar esta fase, mas que sei que ficaria orgulhosa de mim.

Agradecimentos

Aos meus pais, que permitiram que continuasse os meus estudos e me apoiaram quando duvidei de mim mesma.

Aos meus amigos, que se disponibilizaram para me ajudar, ler e verificar se a construção da ficha de recolha de dados tinha algum erro ortográfico; e às brincadeiras que criaram de volta desse momento, que me motivaram a continuar.

À Paula e à Débora, por toda a ajuda, paciência e desabafos partilhados ao longo deste processo.

Às minhas melhores amigas, Jana e Sara, que foram essenciais para manter a minha sanidade mental e não desistir; um obrigado especial às duas por todas os planos hipotéticos, lágrimas, abraços e gargalhadas infinitas.

Ao Professor Dr. Francisco Machado pela participação e ajuda ao longo do ano letivo.

E, em especial, à Professora Dr.^a Vera Coelho, pelo ombro amigo, paciência infinita e por acreditar em mim ao longo de todos os momentos e fases da realização desta dissertação.

A toda a gente que me permitiu chegar aqui e realizar esta dissertação, o mais profundo e infinito agradecimento.

Resumo

A presente investigação explora relações entre confiança materna, satisfação com o suporte social e experiência de parto de mães com crianças até aos 2 anos, antes e durante a pandemia COVID-19. Participaram 850 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos e com uma média de um/a filho/a ($M = 1.28$, $DP = .53$). Das participantes, 386 tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19, e 464 após o início da pandemia. Os dados foram recolhidos entre janeiro e março de 2021, recorrendo a questionários sociodemográficos, a um questionário sobre a experiência de gravidez, trabalho de parto e parto, ao Questionário de Confiança Parental (QCP; Nazaré, et al., 2013), ao Questionário de Satisfação com a Experiência do Parto (QESP; Costa, et al., 2004) e à Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS; Pais Ribeiro, 1999). Os resultados indicam que as mães relatam níveis elevados de confiança materna, de satisfação com a experiência do parto e com o suporte social, antes e após o início da pandemia COVID-19. Verificaram-se correlações positivas, e estatisticamente significativas, entre todas as dimensões de satisfação com o suporte social e a confiança materna total; todas as dimensões de satisfação com o suporte social e a experiência de parto positiva. Verificou-se, também, uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social nas relações de intimidade, nas atividades sociais e suporte social total e experiência de parto negativa. À exceção do suporte social, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na perceção das mães face às variáveis em estudo, considerando se os seus partos aconteceram antes ou após o início da pandemia. Estes resultados revelam a importância que o suporte social representa para a confiança mãe, destacando igualmente a importância de experiências de parto positivas para a confiança materna e do suporte social.

Palavras-chave: Confiança materna, Experiência de Parto, Suporte Social, Pós-Parto, Pandemia, COVID-19

Abstract

The present investigation sought to explore the relationship between maternal confidence in the child first two years of life, satisfaction with social support and satisfaction with the birth experience before and during the COVID-19 pandemic. In this study, 850 women who were mothers between March 2019 and March 2021, aged between 20 and 46 years and with an average of one child ($M=1.28$, $SD=.53$). Of the 850 births reported in this study, 386 took place before COVID-19 and 464 took place after the onset of the pandemic. Data were collected between January and March 2021, using sociodemographic questionnaires, a questionnaire on the experience of pregnancy, labor and childbirth, the Paternal Confidence Questionnaire (QCP; Nazaré, et al., 2013), the Questionnaire the Satisfaction with the Childbirth Experience (QESP; Costa, et al., 2004) and the Satisfaction with Social Support Scale (ESSS; Pais Ribeiro, 1999). The results indicate that mothers report high levels of maternal confidence, satisfaction with the birth experience and social support, before and after the onset of the COVID-19 pandemic. Positive and statistically significant correlations were found between all dimensions of satisfaction with social support and total maternal confidence; all dimensions of satisfaction with social support and the positive childbirth experience. There was also a negative and statistically significant association between satisfaction with social support in intimate relationships, in social activities and total social support and negative childbirth experience. Except for social support, there were no statistically significant differences in the perception of mothers regarding the variables under study, considering whether their births took place before or after the onset of the pandemic. These results reveal the importance of social support for mother confidence, also highlighting the importance of positive childbirth experiences for maternal confidence and social support.

Keywords: Maternal confidence, Childbirth experience, Social support, Postpartum, Pandemic, COVID-19

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico	3
1. Experiência de Parto	4
2. Confiança Materna.....	7
2.1. Confiança Materna e Transição para a Maternidade	9
2.2. Confiança materna, saúde mental da mãe e do/a bebé e desenvolvimento nos primeiros anos de vida	10
3. Suporte Social	12
3.1. Suporte social formal e informal e experiência de maternidade.....	13
4. Pandemia COVID-19 em Portugal	15
Capítulo II - Estudo Empírico	18
1. Objetivos e Questões e Hipóteses de investigação	18
1.1. Questões de Investigação	18
1.2. Objetivos Gerais e Específicos	19
1.3. Hipóteses de investigação	19
2. Método	21
2.1. Participantes	21
2.2. Instrumentos.....	23
3. Procedimentos de recolha e análise de dados	28
Capítulo III - Apresentação dos Resultados e Discussão.....	30
1. Caracterização da Confiança Parental, Satisfação com o Suporte Social e Experiência de Parto	30

2. Relações entre Confiança Parental, Satisfação com o Suporte Social e Experiência de Parto	34
3. Diferenças nos níveis de confiança materna, na satisfação com o suporte social e na percepção sobre as experiências de parto das mães, antes e após o início da pandemia COVID-19.....	37
4. Discussão.....	41
4.1. Limitações e Sugestões de Estudos Futuros	48
4.2. Considerações Finais	49
Referências Bibliográficas	51
Anexos	64

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas das mães participantes, para o grupo total, para as mães que tiveram o parto antes da pandemia, e para as mães cujos partos decorreram após o início da pandemia	20
Tabela 2. Descritivas de caracterização dos partos	22
Tabela 3. Análise descritiva das variáveis do estudo para o total das participantes ($n=850$), para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 ($n=386$) e para as participantes que tiveram os seus partos durante a pandemia ($n=464$)	31
Tabela 4. Análise descritiva das questões relativas à experiência de gravidez, trabalho de parto e parto), para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 ($n=386$) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia ($n=464$)	33
Tabela 5. Correlação de Pearson entre a Confiança Materna e a Satisfação com o Suporte Social para o total das participantes ($n=850$)	35
Tabela 6. Correlação de Pearson entre a Confiança Materna e a Experiência de Parto para o total das participantes ($n=850$)	35
Tabela 7. Correlação de Pearson entre a Experiência de Parto e a Satisfação com o Suporte Social para o total das participantes ($n=850$)	37

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Médias dos níveis de Confiança Materna para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 ($n = 386$) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia ($n = 464$)	38
Gráfico 2. Médias da Satisfação com o Suporte Social para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 ($n=386$) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia ($n=464$)	39
Gráfico 3. Médias da Satisfação com a Experiência de Parto para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 ($n =386$) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia ($n =464$)	40

Índice de Anexos

Anexo I. Questionário Sociodemográfico da Mãe	65
Anexo II. Questionário Sociodemográfico do/a Bebê	68
Anexo III. Questionário sobre a Experiência de Gravidez, Trabalho de Parto e Parto	70

Lista de abreviaturas

ESSS - Escala de Satisfação com Suporte Social

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

QCP - Questionário de Confiança Parental

QESP - Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

Introdução

O contexto familiar é, geralmente, o primeiro contexto de socialização e desenvolvimento do bebê. De acordo com Bronfenbrenner (1979), a díade primária mãe-bebê constitui um contexto particularmente importante de processos proximais, relevante para o desenvolvimento global dos indivíduos. Bronfenbrenner (1979) defende que as interações entre o bebê e as pessoas dos ambientes são a base do desenvolvimento humano e que, para estas ocorrerem, é necessário que haja uma participação ativa, recíproca e duradoura entre os indivíduos envolvidos.

A confiança materna parece ter um impacto importante na relação e interações entre mãe e bebê e, como consequência, no desenvolvimento socioemocional, cognitivo, linguístico, físico-motor e comportamental do bebê (Szyf, 2009; Roger et al., 2020; Tregellas & Legget, 2020). No entanto, o estabelecimento desta relação pode ser dificultada por fatores como: uma experiência de parto percebida como traumática (Smorti et al., 2020), sintomas depressivos, níveis elevados de ansiedade e stress parental (Arante et al., 2020; Jones & Printz, 2005; Lilja et al., 2011; Liu, et al. 2012; Matthies et al., 2017; Nazaré et al., 2013; Zietlow et al., 2014). No sentido oposto, o suporte social surge, aqui, como um fator de proteção contra níveis baixos de confiança materna e de uma experiência de parto negativa (Fathi et al., 2018). Ressalta-se a importância acrescida do suporte social em momentos de crise e/ou transição de papéis, como acontece após o nascimento de um/a bebê; diversos estudos sugerem que o suporte social formal e informal recebidos durante o pós-parto são particularmente importantes para prevenção contra sintomas depressivos, níveis elevados de ansiedade e stress parental (Fathi et al., 2018; Oppermann et al., 2021).

Apesar da importância do suporte social durante este período, as medidas de segurança e contingência do COVID-19 incluíram medidas de distanciamento social,

confinamento obrigatório e, no caso das instituições de saúde em particular, proibição da entrada e permanência de acompanhantes durante as consultas de vigilância da gravidez, do trabalho de parto, parto e pós-parto e o desaconselhamento de contacto pele a pele com o/a bebé quando a parturiente testasse positivo para COVID-19 (Direção Geral da Saúde, Março 19). Estas medidas parecem estar a ter um impacto negativo na saúde mental das mães, aumentando a prevalência de stress pós-traumático, sintomas depressivos durante o pós-parto, ansiedade e insónias em comparação com mulheres cujas gravidezes e partos aconteceram antes do início da pandemia (Demissie & Bitew, 2021; Hessami et al., 2020; Ostacoli et al., 2020; Yan et al., 2020). Assim, este trabalho surge com o objetivo de explorar relações entre confiança materna, satisfação com o suporte social e experiência de parto de mães com crianças até aos 2 anos, antes e durante a pandemia COVID-19.

Este trabalho científico encontra-se dividido em três capítulos. No capítulo um é realizada uma revisão da literatura sobre as variáveis incluídas neste estudo. No segundo capítulo é apresentado o estudo empírico, incluindo os objetivos de investigação e o método. No terceiro capítulo são apresentados os resultados e discutidos com base na literatura, sendo igualmente identificadas algumas limitações inerentes ao estudo e reflexões sobre estudos futuros.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

Os primeiros anos de vida de uma criança são essenciais para esta atingir um desenvolvimento cognitivo, social, emocional e físico ótimos. Em particular, o ambiente ao qual o/a bebé está exposto/a e os cuidados que este/a recebe durante os primeiros meses de vida, parecem ter uma influência significativa a longo prazo ao nível neuronal, neuroendócrino, socioemocional, cognitivo, linguístico, físico-motor e comportamental dos indivíduos (Szyf, 2009; Roger et al., 2020; Tregellas & Legget, 2020). Assim, para potenciar um desenvolvimento positivo, é necessário garantir um ambiente estimulante, responsivo e seguro, ou seja, que se caracterize por uma relação cuidador/a-bebé onde ocorram interações sociais positivas e atentas, sendo a atenção dos/as cuidadores/as às necessidades da criança, quer ao nível da sua saúde, da sua alimentação e aos cuidados que lhe são prestados aspetos fundamentais nos primeiros anos de vida (Shonkoff et al., 2012).

Durante os primeiros meses após a chegada de um bebé a uma família, os pais vão tendo diversas oportunidades para conhecer o/a seu/sua bebé e aprendendo quais as suas necessidades. A prestação de cuidados ao/à bebé constituem momentos de interação importantes para o desenvolvimento de uma relação entre os pais e o/a seu/sua bebé (Smorti et al, 2020). Para muitas mães, estes primeiros meses com o bebé coincidem também com o período pós-parto. O período de pós-parto caracteriza-se por um momento de transição de papéis, que acarreta uma série de mudanças e desafios físicos, psicossociais e relacionais e que exige um reajuste e readaptação das rotinas familiares (Carvalho et al., 2017; O'Hara & McCabe, 2013).

Deste modo, uma experiência de parto negativa está entre o conjunto de fatores que podem contribuir para aumentar a dificuldade no estabelecimento de uma relação próxima entre a mãe e o/a bebé e, inclusive, a saúde e o desenvolvimento do/a mesmo/a,

durante os primeiros anos de vida da criança. (Smorti et al., 2020). Para além deste, a literatura tem igualmente destacado a influência negativa da presença de sintomas de depressão maternas e de níveis elevados de ansiedade e stress parental (Arante et al., 2020; Jones & Printz, 2005; Lilja et al., 2011; Liu, et al. 2012; Matthies et al., 2017; Nazaré et al., 2013; Zietlow et al., 2014). Tani e Castagna (2016) descreverem o impacto negativo que a perceção que a mãe tem sobre a sua capacidade para cuidar do bebé quando apresenta sintomas de depressão no pós-parto; os autores relatam que existe uma maior probabilidade de as mães se sentirem mais ansiosas por poderem fazer algo que vá, potencialmente, magoar física ou psicologicamente os/as seus/suas filhos/as quando experienciam estes sintomas. Os autores destacam, assim, o potencial impacto negativo dos sintomas depressivos durante o pós-parto na perceção das mães sobre as suas capacidades para cuidarem dos seus bebés, o que pode diminuir a sua confiança materna e, conseqüentemente, exacerbar os sintomas depressivos sentidos pelas mesmas (Tani & Castagna, 2016). Ainda neste sentido, uma meta-análise realizada por Rogers e colaboradores (2020), verifica que, quer a depressão pós-parto quer os níveis elevados de ansiedade por parte da mãe, podem estar associados a um comprometimento do desenvolvimento socioemocional, cognitivo, linguístico, motor e comportamental de seus bebés com conseqüências ao longo do ciclo vital destes. Outros estudos realizados sobre as conseqüências da depressão pós-parto, indicam que esta pode prejudicar, a longo prazo, a saúde mental da mãe e impactar não só a relação a relação com o/a seu/sua bebé, como também com o/a seu/sua parceiro/a (Becker et al.,2016; Faisal-Cury et al., 2021).

1. Experiência de Parto

Atualmente, o parto é reconhecido como um fenómeno complexo, que implica mudanças físicas, hormonais e emocionais interdependentes entre si, que variam de mulher para mulher (Charles, 2018a). Este pode acontecer via vaginal ou via cesariana.

Em caso de parto vaginal, normalmente o trabalho de parto inicia-se após uma subida espontânea dos níveis de estrogênio, que provocam contrações uterinas e um aumento da flexibilidade do cérvix (Papalia & Feldman, 2013). O trabalho de parto está dividido em três momentos, descritos na literatura: (1) o período latente ou primeiro estágio – quando a mulher começa a sentir contrações dolorosas e tem uma dilatação de, pelo menos, quatro centímetros; (2) o segundo estágio – que acontece desde o momento em que existe dilatação máxima, de dez centímetros, até que o bebê nasce; e (3) o terceiro estágio – a expulsão da placenta (Papalia & Feldman, 2013; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Charles, 2018a). Em caso de cesariana, o parto acontece cirurgicamente, não passando, naturalmente, por estas fases.

O parto é considerado um acontecimento marcante na vida de todas as mulheres que passaram por uma gravidez (acontecimento igualmente considerado significativo), podendo ser experienciado de forma positiva ou negativa (Costa et al., 2004). A relação entre a percepção da experiência de parto e a ocorrência de consequências na saúde psicológica das mulheres tem sido estudada nos últimos anos. Uma percepção positiva desta experiência parece contribuir para o bem-estar e saúde geral da mulher e facilitar a vinculação e desenvolvimento de uma relação positiva entre mãe e filho/a (Larkin et al., 2009; Smorti et al., 2020). Em oposição, aquando da presença de diversos fatores, como complicações obstétricas, perda de controlo sobre a situação, medo, dor e falta de suporte, esta experiência pode ser mesmo vivenciada como um evento traumático (Ostacoli et al., 2020). Além disto, uma percepção negativa da experiência de parto parece estar relacionada com algumas implicações, mais concretamente, níveis mais baixos de confiança materna, depressão no pós-parto e/ou stress pós-traumático (De Schepper et al., 2016).

A satisfação com a experiência de parto depende tanto de variáveis físicas, como de variáveis psicológicas, nomeadamente, a presença de sintomas psicopatológicos durante o terceiro trimestre de gravidez, a qualidade do apoio e suporte dados no momento de trabalho de parto e de parto, o tipo de parto e anestésias, analgésicos utilizados e/ou técnicas para atenuação das dores (Costa et al., 2003a; Mattinson et al., 2018; Romero-Gonzalez et al., 2019; Türkmen et al., 2020). Por exemplo, alguns estudos indicam que parturientes que realizaram um parto vaginal espontâneo e não instrumentalizado tendem a demonstrar maior satisfação do que aquelas que foram submetidas a um parto vaginal instrumentalizado ou a uma cesariana (Costa et al., 2003b; Mattinson et al., 2018; Nystedt, & Hildingsson, 2018; Zamani et al., 2019). Por outro lado, outros estudos referem que, quando a grávida se sente envolvida nas decisões médicas, ocorre uma maior satisfação relativamente à sua experiência de parto, independentemente do tipo de parto que teve (Bossano, et al. 2017; De Schepper et al., 2016; Kempe & Vikström-Bolin, 2020; Olza et al., 2018). Assim, não só o momento do parto mas toda a sua preparação e a forma como as mulheres experienciam toda a gravidez, parecem contribuir para a perceção e avaliação das mães sobre o momento do nascimento dos/as seus/suas filhos/as. Existe evidência de que as mulheres que recebem cuidados de uma enfermeira parteira e/ou de uma doula e que tiveram o apoio do/a companheiro/a durante o trabalho de parto e do parto obtiverem níveis mais elevados de satisfação com a sua experiência de parto (Tani & Castagna, 2016; Mattinson et al., 2018; Olza et al., 2018; Zamani et al., 2019). Além disso, os cuidados de uma enfermeira parteira e/ou uma doula parecem contribuir para sentimentos de segurança, controlo, suporte, participação e envolvimento nas decisões médicas e conforto, por parte das parturientes, durante a sua experiência de parto (Türkmen et al., 2020).

Por outro lado, alguns fatores parecem estar associados a uma experiência de parto mais negativa e potencialmente traumática, entre eles: níveis elevados de ansiedade, dor severa durante o parto, maior intervenção médica, sentimentos de impotência e expectativas negativas, nomeadamente, expectativas relativas a níveis elevados de dor ou de tempo prolongado em trabalho de parto, ou complicações durante o trabalho de parto e/ou parto (Soet, 2002; Mukamurigo et al., 2017; Sigurdardottir et al., 2017). Da mesma forma, Türkmen e colaboradores (2021) documentam que mulheres que sentiram níveis mais elevados de ansiedade no decorrer da gravidez, similarmente, descrevem uma experiência de parto mais traumática. Assim, uma experiência de parto percebida como traumática, a discrepância acentuada entre as expectativas de parto e a realidade, bem como o stress percebido e/ou falta de suporte social parecem ser fatores que predispõem a parturiente a uma maior incidência de depressão pós-parto (Ostacoli et al., 2020; Tani & Castagna, 2016; Türkmen et al., 2020; Eckerdal et al. 2018).

2. Confiança Materna

A confiança materna pode ser definida como a percepção das mães sobre a sua competência e capacidade de reconhecer e responder adequadamente às necessidades dos/as seus/suas filhos/as (Badr, 2005; Nazaré et al., 2013; Vance & Brandon, 2017; Zahr, 1993). As mães que sentem mais competentes na prestação de cuidados aos/às seus/suas filhos/as tendem a sentir a realização destas tarefas como mais gratificante, e a evidenciar níveis mais elevados de envolvimento e satisfação nas mesmas. Em oposição, a falta deste sentimento de competência face ao seu papel como mãe, pode afetar negativamente a sua experiência de parentalidade (Arante et al., 2020; Carvalho et al, 2017; Fathi, et al., 2018). Assim, a confiança materna parece ser um aspeto importante para garantir ao bebé um ambiente familiar estimulante, responsivo e seguro, no qual as suas necessidades afetivas e fisiológicas são asseguradas (Shonkoff et al., 2012).

O sentimento de competência face à maternidade pode ser afetado por vários fatores; por exemplo, o nascimento de um bebé prematuro e/ou níveis elevados de stress, por exemplo, podem representar potenciais fatores de risco para o desenvolvimento deste sentimento de confiança (Fathi et al., 2018; Harries & Brown, 2019; Reck et al., 2012). Por outro lado, uma maior satisfação com o suporte social parece constituir um atenuador das dificuldades sentidas pelas mães na sua adaptação a esta nova fase da sua vida (Rogers et al., 2020). O sentimento de autoeficácia da mãe e o temperamento do bebé, podem, igualmente, ter influência na confiança materna (Fathi et al., 2018; Harries & Brown, 2019; Reck et al., 2012). Além destas variáveis, alguns estudos encontraram uma correlação positiva entre a confiança materna e algumas variáveis sociodemográficas, nomeadamente, o número de filhos e a idade da(s) criança(s), apontando para níveis de confiança materna mais elevados em mães multíparas, ou seja, mães com mais do que um/a filho/a, e/ou mães de crianças mais velhas (Aydemir & Onan, 2020; Fathi et al., 2018; Kristensen et al., 2018; Mori et al., 2017; Rodrigues et al., 2018). Assim, foi-se verificando que mães multíparas, pareciam apresentar, regra geral, níveis mais elevados de confiança materna relativamente aos/às seus/suas filhos/as mais novos/as. Alguns estudos perceberam que as mulheres tendiam a sentirem-se menos confiantes aquando do nascimento do/a seu/sua primeiro/a filho/a e tendencialmente mais confiantes aquando do nascimento dos/as seguintes filhos/as (JayaSalengia et al., 2019; Kristensen et al., 2018; Slomian et al., 2017). Ainda neste sentido, tentou-se perceber se existia alguma relação entre a experiência de cuidar de bebés/criança e os níveis de confiança materna. Esta hipótese foi confirmada várias vezes na literatura e alguns estudos sugeriram que a confiança materna pode ser trabalhada e desenvolvida através da aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para o desempenho da parentalidade (Çinar & Öztürk, 2014; Fathi et al., 2018; Rodrigues et al., 2018). Fathi e colaboradores

(2018), sugerem, ainda, que as mães com um grau acadêmico superior apresentam níveis mais elevados de confiança materna. Rodrigues e colaboradores (2018) encontraram, no entanto, uma correlação negativa entre a situação profissional da mãe; isto é, mães que se encontram desempregadas parecem apresentar níveis mais elevados de confiança materna. Os autores acreditam que este resultado é uma consequência do tempo que as mães tiveram para acompanhar o desenvolvimento e a vida do/a seu/sua filho/a; ou seja, uma vez que estavam desempregadas, estas mães tiveram mais tempo e mais oportunidades para conhecerem e acompanharem com os/as seus/suas filhos/as, o que, conseqüentemente, permitiu o desenvolvimento de níveis mais altos de confiança materna.

2.1. Confiança Materna e Transição para a Maternidade

Tornar-se mãe representa uma transição complexa que acarreta uma série de mudanças e desafios físicos, psicossociais e relacionais (Carvalho et al., 2017; O'Hara & McCabe, 2013). Estas transições ocorrem sempre que a “posição de um sujeito, dentro do seu ambiente, se altera como uma consequência de uma mudança na sua posição, do ambiente que o rodeia, ou ambos” (Bronfenbrenner, 1987, p. 46). Durante os primeiros meses após o nascimento do bebê, as mães começam a conhecer os/as seus/suas bebês e a reconhecer as suas necessidades, aumentando, desta forma, o seu sentimento de autoeficácia, confiança materna e satisfação com o seu novo papel, aspetos fundamentais para uma adaptação à maternidade e para uma relação mãe-filho/a saudáveis (Badr, 2005; Fathi et al., 2018; Nazaré et al. 2013; Matthies et al., 2017; Rodrigues et al., 2018; Vance & Brandon, 2017).

Aydemir e Onan (2020) reportaram que as rotinas diárias que as mães criam com os/as seus/as filhos/as nos seus primeiros meses de vida, tendem a fortalecer o sentimento de autoeficácia e aumentar a confiança materna, o que, conseqüentemente, traz

repercussões positivas na adaptação da mãe à maternidade e na resolução de problemas associados a esse papel. As dificuldades na transição ou na adaptação à maternidade parecem surgir quando as mulheres não se sentem confiantes, competentes e/ou eficazes no seu papel de mães (Carvalho et al., 2017; Liu et al. 2012; Rodrigues et al., 2018). Estas dificuldades parecem afetar negativamente não só a experiência de maternidade, como a capacidades de as mães cuidarem de si mesmas e dos seus bebés (Arante et al., 2020; Carvalho et al, 2017; Fathi, et al., 2018; Nazaré et al., 2013; Rodrigues et al., 2018).

Neste sentido, o sentimento de autoeficácia dos/as cuidadores surge na literatura como um fator de proteção contra o stress parental (Oppermann et al., 2021) e parece estar intimamente ligado ao conceito de confiança materna (Fathi et al., 2018; Vance & Brandon, 2017). Segundo Fathi e colaboradores (2018), as mães com níveis mais elevados de autoeficácia tendem a adaptar-se mais facilmente ao pós-parto e à maternidade, o que, conseqüentemente, tende a aumentar os níveis de confiança materna. Ainda no mesmo sentido, um estudo realizado por Høifødt e colaboradores (2020), encontrou associações significativas entre a satisfação com a experiência de pós-parto e o quanto os/as cuidadores/as tinham aprendido sobre os sinais e necessidades do/a seu/sua bebé; ou seja, quanto mais confiantes os/as cuidadores/as se sentiam relativamente às necessidades dos seus bebés, mais satisfeitos e menos stressados estavam relativamente à sua experiência de parentalidade/maternidade, o que, por sua vez, potencializa o desenvolvimento de relações saudáveis entre pais/mães e os/as seus/suas bebés.

2.2. Confiança materna, saúde mental da mãe e do/a bebé e desenvolvimento nos primeiros anos de vida

Mães com níveis mais elevados de confiança materna, apresentam-se, tendencialmente, mais sensíveis e responsivas às necessidades dos/das seus/suas filhos/as, o que, por sua vez, reduz o risco de desenvolvimento de comportamentos

antissociais, dificuldades de adaptação, entre outras problemáticas (Jones & Printz, 2005; Lilja et al., 2011; Matthies, 2017; Sroufre, 2005). Valores elevados de confiança materna parecem agir como fatores de proteção e/ou atenuadores contra a depressão, stress, dificuldades relacionais e problemas relacionados com o desenvolvimento da criança (Aydemir & Onan, 2020; Jones & Printz, 2005; Liu et al. 2012).

Em oposição, a literatura aponta para a existência de uma correlação negativa entre sintomas moderados/severos de depressão no pós-parto e níveis de confiança materna (Arante et al., 2020; Kristensen et al., 2018; Rodrigues et al., 2018), o que significa que níveis mais baixos de confiança materna surgem frequentemente associados à presença de mais sintomas depressivos e stress parental. Assim, embora alguns estudos indiquem que a confiança materna pareça aumentar ao fim de algumas semanas após o nascimento do bebé, este aumento não parece surgir quando a mãe sofre com sintomas de depressão pós-parto moderados ou severos, ou com elevados níveis de ansiedade (Logsdon et al., 2009; Leahy-Warren et al., 2012; Reck et al., 2012; Zietlow et al., 2014; Matthies et al., 2017; Kristensen et al., 2018). Ainda neste sentido, Aydemir e Onan (2020) descrevem que mães primíparas tendem a sentir-se menos competentes no seu papel de mães e que isso, por sua vez, está negativamente relacionado com um aumento do risco de desenvolvimento de depressão no pós-parto. Uma das possíveis consequências da presença de sintomas depressivos durante o período do pós-parto, é o impacto negativo na relação mãe-filho/a e na saúde e desenvolvimento da criança, nomeadamente: dificuldades na comunicação, nas relações sociais da criança e no seu desenvolvimento motor (Abdollahi et al., 2017; Jones & Printz, 2005; Lilja et al., 2011; Liu, et al. 2012; Roger set al., 2020; Zietlow et al., 2014). Kingston e colaboradores (2018), encontraram associações significativas entre problemas comportamentais da criança, nomeadamente, hiperatividade, agressões físicas e diversos sintomas de ansiedade, e depressão das mães

no primeiro ano de pós-parto. Da mesma forma, níveis elevados de ansiedade por parte da mãe parecem estar negativamente correlacionados com a confiança materna e ao sentimento de eficácia face à maternidade (Matthies et al., 2017; Reck et al., 2012). Neste sentido, Rogers e colaboradores (2020) sugerem que a prevenção destas problemáticas pode passar pela providência de suporte social às mães durante a transição para a maternidade.

3. Suporte Social

O suporte social pode ser definido como todo o conjunto, tanto de ações como de apoio existentes, disponibilizados e percebidos pelo grupo mais próximo e significativo de pessoas e/ou instituições e que tem por objetivo ajudar o indivíduo a gerir dificuldades, alcançar objetivos e amenizar o stress sentido em situações adversas e/ou de transição (Cassel, 1974; Kessler et al., 1985; Ornelas, 2008). O suporte social varia na sua estrutura, composição, quantidade e qualidade, e pode assumir a forma de assistência/proteção ou de trocas de recursos que incluem suporte emocional, prático, financeiro, conselhos, orientações, apreciação e socialização (Shumaker & Brownell, 1984; Ornelas, 2008). Este pode, ainda, ser formal ou informal. A vertente formal abrange organizações sociais formais - como é o caso de hospitais ou apoios governamentais - e profissionais - psicólogos, médicos, assistentes sociais, etc; a vertente informal, por sua vez, inclui indivíduos - familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, etc. - e grupos sociais que apoiam outros indivíduos (Ornelas, 2008).

Em 1974, Caplan realçou o papel que os diversos indivíduos - familiares, amigos, vizinhos, prestadores de serviços comunitários, entre outros - podem ter no apoio à adaptação a fases de transição a nível individual. Alguns estudos acrescentam, ainda, que o suporte social pode, potencialmente, ajudar o indivíduo a mobilizar os seus recursos psicológicos que, por sua vez, lhe vão permitir gerir problemas emocionais, monetários,

a partilha de atividades, a prestação de ajuda material e ainda na resolução de situações específicas (Caplan, 1974; Kelly et al., 2017).

Particularmente durante a transição para a parentalidade, Zamani e colaboradores (2019) descrevem que as mães que receberam suporte dos/as seus/suas parceiros/as durante o parto relataram níveis mais elevados de satisfação com a sua experiência de parto. Da mesma forma, Gebuza e colaboradores (2016) relatam que, durante o pós-parto, as mães que receberam maior suporte social por parte do/a parceiro/a e da família, tenderam a sentir uma maior satisfação com a sua qualidade de vida. Estes resultados são consistentes com um estudo realizado por Radey em 2018, que sugerem uma correlação positiva entre o suporte social e o bem-estar psicossocial das mães. No mesmo sentido, Slomian e colaboradores (2017) descreve que o suporte social instrumental pode constituir um fator determinante para a saúde mental e física das mulheres durante o pós-parto e os primeiros anos de cuidados ao/à bebé. Por outro lado, estudos têm, igualmente, revelado que mulheres menos satisfeitas com o suporte social informal tendem a desenvolver mais sintomas depressivos durante o pós-parto/primeiros meses de vida do/a bebé, em comparação com mulheres satisfeitas com o suporte social recebido (JayaSalengia et al., 2019; Webster, et al., 2011; Tani & Castagna, 2016; Roger et al., 2020). Assim, de acordo com os estudos referidos, os sistemas de suporte social podem funcionar como um amortecedor de stress, tornando-se, portanto, um facilitador na confrontação e adaptação em determinadas situações, como é o caso da adaptação à maternidade (Cobb, 1976; JayaSalengia et al., 2019; Kelly et al., 2017; Radey, 2018; Slomian et al., 2017).

3.1. Suporte social formal e informal e experiência de maternidade

Além dos benefícios para a saúde e bem-estar geral das mães, Radey (2018) correlacionam ainda o suporte informal a níveis mais baixos de stress parental e mais

elevados de envolvimento entre pais e filhos/as, o que corrobora estudos anteriores; ou seja, pais que recebem suporte social informal tendem a sentir menos stress na realização de tarefas relacionadas com a parentalidade, assim como tendem a participar mais ativamente na vida dos/as seus/suas filhos/as (Çinar & Öztürk, 2014). Além disto, crianças cujos pais recebem suporte social informal, parecem ainda apresentar menos problemas comportamentais e melhores resultados académicos ao longo do seu desenvolvimento (Radey, 2018).

Slomian e colaboradores (2017) descrevem que uma das dificuldades que as mães primíparas sentem após o nascimento dos/as seus/suas filhos/as, assenta na falta de informação relacionada com assuntos médicos, administrativos, apoios governamentais, entre outros; e isto, por sua vez, parece influenciar negativamente os níveis de confiança materna. Relativamente a estes, alguns estudos perceberam que as mães que receberam suporte social formal através de aulas pré ou pós-natais, obtiveram melhores resultados de confiança materna do que aquelas que não receberam estas aulas (Çinar & Öztürk, 2014; Slomian et al., 2017). Além disto, os cuidados pré-natais, as visitas de enfermeiras e/ou doulas após o nascimento do bebé ou a participação em aulas de grupo relacionadas com a maternidade parecem aumentar os níveis de confiança materna, principalmente em mães primíparas (Slomian et al., 2017; Türkmen et al., 2020). Para além disto, este tipo de apoio parece contribuir para níveis mais baixos de ansiedade e um aumento do sentimento de competência face à maternidade (Çinar & Öztürk, 2014; Roger et al., 2020). Leahy-Warren (2005) descreve, também, que o apoio – formal ou informal – em formato de informação e avaliação influencia positivamente a confiança materna em mães primíparas. Outros estudos reforçaram que o suporte social pode ajudar a aumentar a confiança materna através da partilha de conhecimentos e na facilitação ao acesso

informações relevantes que vão permitir à mulher adaptar-se mais facilmente ao papel de mãe (Pridham et al, 2001; Secco et al., 2002; Tarrka, 2003).

4. Pandemia COVID-19 em Portugal

A 11 de março de 2021, foi anunciada pela Organização Mundial de Saúde que o mundo enfrentava uma pandemia devido ao surgimento de uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, denominada de COVID-19. Esta doença pode provocar problemas respiratórios ligeiros a moderados e, normalmente, as pessoas recuperam sem necessitarem de qualquer tratamento especial; no entanto, algumas pessoas, de qualquer idade e condição física, podem ficar gravemente doentes e requererem ajuda médica (World Health Organization, Outubro 6).

Em todo o mundo, incluindo em Portugal durante a pandemia, as instituições de saúde viram-se obrigadas a adotar medidas de prevenção e contingência dos contágios por COVID-19. Em Portugal, estas instituições receberam orientações da Direção Geral da Saúde para remarcar consultas externas e exames, adiar tratamentos ou cirurgias não prioritárias e que se recorresse à teleconsulta sempre que fosse possível (Direção Geral da Saúde, Março 19).

Particularmente em relação às medidas adotadas em relação ao acompanhamento de mulheres grávidas em Portugal, apesar das consultas de vigilância não terem sido alteradas, as medidas incluíram a testagem das parturientes e acompanhantes e/ou a proibição da entrada e permanência de acompanhantes durante as consultas de vigilância da gravidez, do trabalho de parto, parto e pós-parto e o desaconselhamento de contacto pele a pele com o/a bebé quando a parturiente testasse positivo para COVID-19 (Direção Geral da Saúde, Março 30), restringindo, assim, as fontes de suporte social informal das parturientes/mães durante o momento do parto.

Neste sentido, procurou-se perceber qual o impacto das medidas de contingência do COVID-19 nas parturientes e mães em período de pós-parto. Um estudo realizado por Mayopoulos e colaboradores (2021) indicou que mulheres infetadas com COVID-19 têm duas vezes mais probabilidade de sofrer uma experiência de parto significativamente mais stressante do que mulheres não infetadas. Mesmo quando não se encontram infetadas, as mulheres cuja gravidez e parto aconteceram após o surto de COVID-19 parecem ter uma maior prevalência de stress pós-traumático, sintomas depressivos durante o pós-parto, ansiedade e insónias em comparação com mulheres cujas gravidezes e partos aconteceram antes do início da pandemia (Demissie & Bitew, 2021; Hessami et al., 2020; Ostacoli et al., 2020; Yan et al., 2020). Ainda no mesmo sentido, outros estudos indicam que os níveis de ansiedade na gravidez e no pós-parto são significativamente superiores após o surgimento do surto de COVID-19 (Stepowicz et al., 2020; Yan et al., 2020; Vescovi et al., 2021).

Apesar disto, o suporte social recebido pelos profissionais de saúde durante o parto, continua a surgir como um fator de proteção contra sintomas depressivos no pós-parto e de stress pós-traumático após a experiência de parto (Ostacoli et al., 2020). Stepowicz e colaboradores (2020) acrescenta que, no seu estudo, as mães solteiras tenderam a demonstrar mais sinais de ansiedade e stress do que mães que se encontravam numa relação. Um outro fator importante a ter em consideração, foram as taxas de prevalência de ansiedade e depressão em mães múltíparas, após o início da pandemia; os autores acreditam que estes valores estão associados a uma maior dificuldade destas mães em gerirem as suas rotinas após o nascimento de um novo membro da família sem o suporte social, por exemplo da família alargada e amigos, que tinham antes da pandemia. Uma meta-análise suporta ainda esta hipótese e descreve que a falta de suporte social

causada pelas medidas de segurança e contingência do COVID-19 podem sobrecarregar a saúde mental dos pais, ao causarem interrupções nas suas rotinas (Vescovi et al., 2021).

Capítulo II - Estudo Empírico

Este capítulo apresenta o estudo empírico e as suas respetivas fases. Inicialmente serão apresentadas as questões de investigação que orientarem o estudo, bem como as hipóteses e os objetivos gerais e específicos do mesmo. Apresenta-se ainda o método do estudo, incluindo informação sobre os/as participantes, instrumentos de avaliação utilizados, procedimentos de recolha e análise de dados.

1. Objetivos e Questões e Hipóteses de investigação

1.1. *Questões de Investigação*

Este estudo foi realizado com o intuito de perceber se existe uma relação entre a confiança materna, o suporte social e a experiência de parto, percebidos e relatados por mães que tiveram um parto/filho(s) nos últimos dois anos. Assim, incluem-se mães cuja gravidez e parto decorreram antes da pandemia COVID-19, e mães cuja gravidez e parto decorreram após a pandemia. Assim, e considerando a literatura sobre as variáveis em estudo, foram elaboradas as seguintes questões:

1. Como se caracteriza o nível de confiança materna, satisfação com o suporte social e as experiências de parto das mulheres portuguesas que passaram por experiências de parto nos últimos dois anos? Existe alguma relação entre a confiança materna nos cuidados ao bebé nos primeiros dois anos de vida e forma como as mães percecionaram a experiência de parto?
2. Existe alguma relação entre a confiança materna e a satisfação com o suporte social percebido pelas mães?
3. Será que mães que viveram as suas gravidezes e partos antes e após o início da pandemia COVID-19 relatam níveis diferentes de confiança materna, de satisfação com o suporte social, bem como avaliações diferentes (mais ou menos positivas) das suas experiências de parto?

1.2. Objetivos Gerais e Específicos

Tendo em consideração as questões elaboradas à partida, o objetivo geral deste estudo passa por explorar a relação que existe entre a confiança materna, a experiência de parto e o suporte social.

Definiram-se, ainda, os seguintes objetivos específicos: (1) descrever o nível de confiança materna, satisfação com o suporte social e as experiências de parto das mulheres portuguesas que passaram por experiências de parto nos últimos dois anos; (2) examinar a relação entre a confiança materna nos primeiros anos de vida do/a bebé e a satisfação com o suporte social da mãe; (3) examinar a relação entre a confiança materna nos primeiros anos de vida do bebé e as experiências de parto e (4) explorar a relação entre a experiência de parto e a satisfação com o suporte social da mãe. Dadas as possíveis diferenças na experiência de parto e no suporte social prestado às grávidas após o surgimento da COVID-19, foi elaborado um 5º objetivo específico: explorar diferenças na confiança materna, na satisfação com o suporte social da mãe, e nas respetivas experiências de parto considerando se o parto ocorreu antes ou após a pandemia COVID-19, isto é, se o parto ocorreu antes ou após 11 de março de 2020 (data do início do primeiro confinamento em Portugal e da implementação de medidas de contingência, nomeadamente, a proibição de acompanhamento durante o internamento hospitalar e o desaconselhamento de contacto pele a pele com o/a bebé).

1.3. Hipóteses de investigação

Em consonância com a revisão da literatura, previamente efetuada, e com os objetivos do estudo, são consideradas as seguintes hipóteses¹:

¹ Dada a natureza descritiva do primeiro objetivo deste estudo, não foi elaborada uma hipótese de investigação para o mesmo.

Hipótese 1: Uma maior satisfação com o suporte social está associada a níveis mais altos de confiança materna nos primeiros anos de vida do/a bebé.

De acordo com um estudo efetuado por Çinar e Öztürk (2014), o suporte social prestado às mães contribuiu para um aumento do sentimento de competência face à maternidade e, conseqüentemente, da confiança materna.

Hipótese 2: Quanto maior a satisfação com a experiência de parto, maiores serão os níveis de confiança materna.

Hipótese 3: Quanto maior a satisfação com o suporte social, maior será a sua satisfação com a experiência de parto.

Estas hipóteses vão de encontro ao segundo e terceiro objetivos específicos deste estudo. A revisão da literatura parece indicar, de forma indireta, a existência desta correlação. Alguns estudos demonstram que o suporte social, tanto formal (e.g., por exemplo por parte da equipa médica na preparação do parto e acompanhamento da gravidez) como informal (e.g., por parte do/a companheiro/a e da família alargada), durante a gravidez e parto contribuem para uma maior satisfação das mulheres face a este momento (Türkmen et al., 2020; Smorti et al., 2020). Por sua vez, a perceção de maior suporte social e de uma experiência de parto positiva parecem contribuir para níveis mais altos de confiança materna durante os primeiros meses de vida do/a bebé (Çinar & Öztürk, 2014; Türkmen et al., 2020).

Hipótese 4: A confiança materna, a experiência de parto e a satisfação com o suporte social após o surgimento da COVID-19 é percecionada como mais negativa, em comparação com a experiência de parto antes da pandemia.

Os estudos realizados até à data parecem indicar que as mulheres cujos partos foram realizados após a pandemia, apresentam níveis mais altos de stress e ansiedade durante o trabalho de parto e parto (Mayopoulos et al., 2021). A falta de suporte por parte

do/a parceiro/a, devido às medidas de prevenção e contingência no âmbito do plano de contenção da pandemia COVID-19, é relatada na literatura como um fator de risco para uma experiência de parto mais negativa (Ostacoli et al., 2020).

2. Método

2.1. Participantes

A amostra considerada para a realização deste estudo incluí todas as mulheres que tenham sido mães e passado por uma experiência de parto, entre março de 2019 e março de 2021. Estes critérios foram apresentados como critérios de inclusão no estudo, pelo que o seu não cumprimento implicou a exclusão do estudo.

Deste modo, as participantes deste estudo são 850 mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos e com uma média de um/a filho/a ($M = 1.28$, $DP = .53$). Relativamente à idade, apurou-se uma média de idade de 32 anos ($M = 31.87$; $DP = 6.91$). De todas as participantes, apenas 8 (0.9%) não eram de nacionalidade portuguesa, mas encontravam-se a viver em Portugal. As participantes encontram-se, maioritariamente, casadas (48.9%, $n=416$) ou em união de facto (40%, $n=340$). Relativamente à escolaridade, as participantes apresentam, na sua maioria, frequência no ensino superior (75.5%, $n=642$). A nível profissional, a maioria das participantes encontrava-se a trabalhar por conta de outrem (77.4%, $n=658$).

Tabela 1

Características sociodemográficas das mães participantes, para o grupo total, para as mães que tiveram o parto antes da pandemia, e para as mães cujos partos decorreram após o início da pandemia

Características Sociodemográficas	Grupo Total		Pré COVID-19		Pós COVID-19	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Habilitações Académicas						
9º Ano de Escolaridade	13	1.5%	6	1.6%	7	1.5%
12º Ano de Escolaridade	129	15.2%	66	17.1%	63	13.6%

Ensino Profissional Nível III	60	7.1%	28	7.3%	32	6.9%
Bacharelato	13	1.5%	4	1%	9	1.9%
Licenciatura	376	44.2%	159	41.2%	217	46.8%
Mestrado	249	29.3%	121	31.3%	128	27.6%
Doutoramento	4	0.5%	1	0.3%	3	0.6%
Outro	6	0.7%	1	0.3%	5	1.1%
Situação Profissional						
Desempregada	88	10.4%	43	11.5%	45	9.4%
Trabalhadora de Outrem	658	77.4%	274	73.5%	384	80.5%
Trabalhadora Independente	101	11.9%	54	14.5%	47	9.9%
Estagiária	3	0.4%	2	0.5%	1	0.2%
Estado Civil						
Solteira	90	10.6%	39	10.1%	51	11%
União de Facto	340	40%	149	38.6%	191	41.2%
Casada	416	48.9%	196	50.8%	220	47.4%
Divorciada	4	0.5%	2	0.5%	2	0.4%
Número de Filhos						
1	646	76%	306	79.3%	340	73.2%
2	173	20.4%	68	17.6%	105	22.6%
3	30	3.5%	11	2.8%	19	4.1%
5	1	0.1%	1	0.3%	0	0%
Planeamento						
Gravidez planeada	675	79.4%	311	80.6%	364	78.4%
Gravidez não planeada	175	20.6%	75	21.6%	100	21.6%
Primiparidade						
1ª Gravidez	587	69.1%	281	72.8%	306	65.9%
2ª Gravidez ou posterior	263	30.9%	105	27.2%	138	34.1%

Relativamente aos bebés a que este estudo se reporta (filhos/as mais novos/a das participantes no estudo), 475 eram do sexo feminino (55.9%) e 375 do sexo masculino (44.1%); a idade variou entre os 0 e os 24 meses, apurando-se uma média de 11 meses ($M = 11.01$, $DP = 6.57$).

No que concerne ao período de gestação destas crianças, este variou entre as 29 e 42 semanas ($M = 38.93$, $DP = 1.53$); regista-se um total de 58 (6.8%) bebés que nasceram prematuros. Cerca de metade dos partos desta amostra aconteceram após o início do surto de COVID-19 em Portugal (54.6%, $n = 464$).

No que concerne ao local de parto, a maioria ocorreu num Hospital Público (67.2%, $n = 568$). Dos partos relatados neste estudo, 559 foram realizados via vaginal (65.8%) e os restantes realizaram-se sob a forma de cesariana (34.2%, $n = 291$). Apenas 219 das participantes (25.8%) relatou ter elaborado um plano de parto e destas, 147 reportam que este plano foi cumprido/respeitado (67.1%). Das participantes que efetuaram plano de parto ($n = 219$), 92 (24.7%) tiveram a sua experiência de parto antes do início da pandemia e 127 (26,6%) depois.

Tabela 2

Descritivas de caracterização dos partos

Características Sociodemográficas dos Partos	Grupo Total		Pré COVID-19		Pós COVID-19	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Local de Parto						
Domicílio	5	0.6%	3	0.8%	2	0.4%
Hospital Privado	271	31.9%	96	25.7%	175	36.7%
Hospital Público	571	67.2%	274	73.5%	297	62.3%
Outro	3	0.4%	0	0%	3	0.6%
Tipo de Parto						
Vaginal	559	65.8%	245	65.7%	314	65.8%
Cesariana	291	34.2%	128	34.3%	163	34.2%
Plano de Parto						
Foi elaborado	219	25.8%	92	24.7%	127	26.6%
Não foi elaborado	631	74.2%	281	75.3%	350	73.4%
Cumprimento do Plano de Parto						
Foi cumprido	147	67.1%	60	16.1%	87	18.2%
Não foi cumprido	72	32.9%	32	8.6%	40	8.4%

2.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo incluem: (a) questionário de dados sociodemográficos da mãe e do/a filho/a mais novo/a, (b) questionário sobre a Experiência de Gravidez, Trabalho de Parto e Parto, (c) versão reduzida do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; Costa, et al., 2004), (d) Escala de

Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Pais Ribeiro, 1999) e (f) Questionário de Confiança Parental (QCP, Nazaré, et al., 2013).

2.2.1. Questionários Sociodemográficos. Os Questionários Sociodemográficos foram construídos no âmbito do presente estudo (consultar Anexo I e II) tiveram como objetivo de recolher informações relativas à caracterização da amostra e estão divididos em duas partes: a ficha de dados sociodemográficos da mãe e a ficha sociodemográfica do/a filho/a mais novo/a. O primeiro incluiu perguntas relativas a características sociodemográficas da mãe, nomeadamente, idade, nacionalidade, habilitações literárias, situação profissional atual, estado civil, número de elementos do agregado familiar, número de filhos, idade dos filhos e se se encontra sob licença de maternidade. O segundo, destinou-se à recolha de dados sociodemográficos do/a filho/a mais novo/a, relevantes para análise neste estudo, nomeadamente, sexo, data de nascimento, idade, número de semanas de gestação e algumas questões sobre o estado de saúde do/a mesmo/a.

2.2.2. Questionário sobre a Experiência de Gravidez, Trabalho de Parto e Parto. Este questionário construído no âmbito do presente estudo (consultar Anexo III) e incluiu questões relativas à experiência da mãe durante a gravidez do/a seu/sua filho/a mais novo/a, nomeadamente, se foi a sua primeira gravidez, se foi uma gravidez planeada, questões abertas sobre os sentimentos e reações no momento em que descobriu que estava grávida, se surgiu algum tipo de problema de saúde durante a gestação, local do parto, tipo de parto, questões relativas ao plano de parto, e algumas questões relativas ao sentimento de suporte social com resposta do tipo Likert que varia entre 1 (“concordo totalmente”) e 5 (“discordo totalmente”).

2.2.3. Questionário de Confiança Parental (QCP; Nazaré, et al., 2013). O QCP é um instrumento de autorrelato, que tem como objetivo avaliar a confiança das mães relativamente às suas capacidades para reconhecerem as necessidades e cuidarem de um/a

bebé. A versão portuguesa do instrumento é constituída por 13 itens, cotados numa escala do tipo Likert que varia entre 1 (“nunca”) e 5 (“sempre”). Está dividido em três subescalas: (1) Conhecimento acerca do/a bebé, (2) Prestação de cuidados ao/à bebé e (3) Avaliação da Experiência de Parentalidade. A primeira refere-se ao nível de conhecimento que a pessoa percebe ter acerca do/a seu/sua bebé (“Eu sabia quando meu/minha bebé queria que eu brincasse com ele/ela”; “Quando o/a meu/minha bebé estava rabugento, sabia o motivo”); a segunda engloba itens relacionados com a percepção de competência relativamente a tarefas específicas de prestação de cuidados (“Eu era capaz de dar banho ao/à meu/minha bebé adequadamente”; “Eu era capaz de pegar apropriadamente no/na meu/minha bebé”); a terceira, faz uma avaliação do grau de satisfação e de confiança experienciado pela pessoa no desempenho desse papel (“Eu tinha boas competências necessárias para ser uma boa mãe”; “Sentia-me satisfeita com o meu papel de mãe”). Um estudo realizado por Nazaré e colaboradores (2013) obteve valores de alfa de Cronbach da escala total situados num intervalo de .80 e .90, o que indica uma boa consistência interna e níveis de fidelidade muito bons. Para além deste, outros estudos prévios documentam as qualidades da medida (Badr, 2005; Zahr, 1993). A pontuação total deste instrumento é conseguida através da soma de todos os itens, após ter sido invertida a cotação do item 10. Pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de confiança parental. No presente estudo, as subescalas deste teste obtiveram valores de alfa de Cronbach de .757, para a subescala de Conhecimento acerca do/a bebé; .670 para a subescala de Prestação de cuidados ao/à bebé; e .491 para a subescala de Avaliação da Experiência de Parentalidade e de .806 para a escala total, revelando uma consistência interna adequada.

2.2.4. Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; Costa, et al., 2004). O QESP é um questionário de autorrelato, constituído por um total de 104

itens referentes à experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e o período de pós-parto imediato. Está organizado em oito subescalas: (1) Condições e Cuidados Prestados, (2) Experiência Positiva, (3) Experiência Negativa, (4) Relaxamento, (5) Suporte, (6) Suporte do Companheiro, (7) Preocupações e (8) Pós-Parto. No estudo para construção e validação deste instrumento para a população portuguesa, Costa e colaboradores (2004) obtiveram um valor de Cronbach de .90 para a escala total, que retrata um muito bom indicador de consistência interna.

Neste estudo foram usadas apenas três subescalas deste questionário: Experiência Positiva, Experiência Negativa e Suporte do Companheiro. A subescala de Experiência Positiva tem um total de 22 itens relativos à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto (“Sentiu que tinha a situação sob controlo durante o parto”; “Sentiu-se confiante durante o parto”). A subescala de Experiência Negativa tem um total de 12 itens relativos ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto (“Sentiu medo durante o trabalho de parto”; “Recorda o Parto como doloroso”). Por fim, a subescala de Suporte do Companheiro é constituída por 8 itens relativos ao apoio do/a companheiro/a (“Contou com o apoio do parceiro durante o trabalho de parto”; “A ajuda do companheiro foi útil durante o parto”). Os itens relativos à experiência, satisfação e dor são do tipo Likert numa escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”); os itens relativos à confirmação de expectativas variam entre 1 (“muito pior”) e 4 (“muito melhor”); as questões relativas à intensidade da dor variam numa escala de 0 (“nenhuma”) a 10 (“a pior jamais inimaginável”). A pontuação de cada uma das subescalas deste questionário obtém-se através da soma de cada um dos itens constituintes. Uma pontuação mais elevada corresponde a uma perceção mais positiva da mulher na dimensão avaliada pela subescala, exceto na subescala de Experiência Negativa, onde valores mais altos revelam

uma percepção da experiência de parto mais negativa. Neste estudo, as subescalas referidas acima, revelaram valores aceitáveis de consistência interna, com um alfa de Cronbach (α) de .915, para a subescala de Experiência Positiva; .637 para a subescala de Experiência Negativa; e .751 para a subescala de Suporte do/a Parceiro/a, revelando uma consistência interna aceitável.

2.2.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS, Ribeiro, 2011). A ESSS é uma escala de autorrelato, constituída por 15 itens, que tem como objetivo avaliar a satisfação com o suporte social percebido. Está dividido em quatro subescalas: (1) Satisfação com os Amigos – com quatro itens (“Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria”; “Estou satisfeita com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos”) –, (2) Intimidade – constituída por quatro itens (“Estou satisfeita com os amigos que tenho”; “Quando preciso de desabafar com alguém encontra facilmente amigos com quem o fazer”) –, (3) Satisfação com a Família - com três itens (“Estou satisfeita com a forma como eu me relaciono com a minha família”; “Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família”) – e (4) Atividades Sociais – constituída por quatro itens (“Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”; “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”). Os itens da ESSS são cotados numa escala do tipo Likert que varia entre 1 (“concordo totalmente”) e 5 (“discordo totalmente”). Os itens 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14 e 15 da escala devem ser invertidos e só depois se deverá efetuar a soma das pontuações. Cada uma das subescalas pode ser aplicada e cotada individualmente, através da soma dos seus constituintes. A pontuação da escala total é obtida através da soma das pontuações de todas as subescalas, podendo variar entre 15 e 75. Pontuações mais elevadas equivalem a uma percepção de maior suporte social. Durante a construção e validação da escala, Ribeiro (2011) obteve um valor de Cronbach de .85 para a escala total, revelando uma boa consistência interna. No presente estudo, os valores de alfa de

Cronbach para as subescalas referidas acima são de: .849 para a subescala Satisfação com Amigos; .729 para a subescala de Intimidade; .845 para a subescala de Satisfação com a Família; .772 para a subescala de Atividades Sociais; e de .892 para a escala total do instrumento, revelando, assim, uma consistência interna muito boa.

3. Procedimentos de recolha e análise de dados

Relativamente ao recrutamento dos participantes, numa primeira fase, foi realizada a divulgação do estudo na da rede de contactos pessoais da mestrandia (e.g. amigos e familiares, colegas de trabalho), através da rede social “Instagram”; adicionalmente o estudo foi divulgado junto de grupos de mãe e/ou médicos/as obstetras, também nas redes sociais; desta divulgação, regista-se o elevado impacto de, dois deles, uma médica de obstetrícia e uma mãe de duas crianças, ambas com um número elevado de seguidores, que divulgaram voluntariamente, o estudo junto dos seus/suas seguidores nas suas páginas pessoais. A mensagem e as partilhas feitas incluíam um texto introdutório sobre os objetivos do estudo e os princípios éticos do mesmo.

Para a recolha de dados, foi elaborado um protocolo de recolha de dados, incluindo todos os instrumentos num questionário *online* através do Microsoft Forms. A recolha de dados decorreu entre janeiro e maio de 2021. O questionário iniciava-se com informações sobre a finalidade do estudo, os princípios éticos, nomeadamente, sobre a confidencialidade e o anonimato das respostas, e uma descrição de como os dados recolhidos iriam ser utilizados. Antes de iniciarem o preenchimento do questionário sociodemográfico os sujeitos foram questionados sobre se a sua participação era voluntária, sendo assim solicitado o consentimento livre e informado para participação do estudo, de acordo com os princípios éticos na investigação. As participantes foram ainda informadas de que poderiam desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de consequência adjacente. Informou-se, ainda, que o protocolo demoraria cerca de 15

minutos a ser respondido. Se surgisse alguma dúvida sobre a investigação ou aquando do preenchimento dos questionários, as participantes foram informadas de que poderiam contactar a investigadora principal, através do e-mail indicado no início do questionário. A possibilidade de acederem aos resultados globais da investigação foi também explicitada.

Para a análise de dados utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*. Em primeiro lugar, foram eliminados todos os participantes que não consentiram participar no estudo, que eram do sexo masculino, respostas repetidas e/ou cujos dados não permitissem a análise dos dados/confirmação dos critérios de inclusão no estudo (e.g., ausência da indicação da data do parto). De seguida, efetuou-se uma análise descritiva dos dados de forma a identificar possíveis erros na inserção de dados, tendo a base de dados sido verificada minuciosamente antes de se iniciar processo de análise, efetiva, dos dados obtidos. As variáveis em análise no estudo foram calculadas de acordo com as indicações dos autores dos instrumentos utilizados, e foi verificada a consistência interna destas variáveis. Posto isto, procedeu-se à exploração descritiva da informação de forma a obter-se a média e o desvio-padrão das características da amostra e das variáveis ordinais e métricas em análise neste estudo. Verificou-se, ainda, a frequência das variáveis nominais/dicotómicas incluídas no estudo. Posteriormente, recorreu-se à estatística inferencial. Realizaram-se análises de correlação de Pearson para examinar as relações entre as variáveis em estudo, dando resposta aos objetivos relacionados com as possíveis associações entre a confiança materna, a satisfação com o suporte social da mãe e a sua experiência de parto. Por fim, e no sentido de dar resposta ao objetivo de comparar aos valores de Confiança Materna, Satisfação com a Experiência de Parto e a Satisfação com o Suporte Social antes e após o início da pandemia COVID-19, recorreu-se ao teste *t* de Student.

Capítulo III - Apresentação dos Resultados e Discussão

Neste capítulo, são apresentados os resultados da investigação, bem como a sua discussão. Primeiramente é apresentada uma análise descritiva das variáveis em estudo. De seguida são apresentados os resultados relativos à análise de correlações entre a confiança materna, a experiência de parto e o suporte social percebido pelas mães. Apresentam-se, igualmente, os resultados relativos às diferenças de médias entre as variáveis em análise reportadas pelas participantes que viveram as suas gravidezes e experiências de parto entre o período anterior e posterior a 11 de março de 2020 (antes e após o início da pandemia COVID-19). Por fim, é realizada uma discussão global destes resultados, sendo destacadas as suas implicações para a prática e para a investigação futura.

1. Caracterização da Confiança Parental, Satisfação com o Suporte Social e Experiência de Parto

Os resultados da análise descritiva do Questionário de Confiança Parental (Tabela 3) para o total de participantes ($n = 850$), demonstraram que, de modo geral, as participantes relatam um nível médio de Confiança Materna Total relativamente alto ($M = 4.123$, $DP = 0.336$, numa escala de 5 pontos). Todas as subescalas deste questionário obtiveram valores médio-altos; a subescala Cuidados ao/à bebé obteve uma média de 4.709 ($DP = 0.441$) e a de Conhecimentos acerca do/a bebé obteve uma média de 4.130 ($DP = 0.490$). A subescala Avaliação da Experiência de Parentalidade obteve valores médios de 3.529 ($DP=0.437$), sendo a dimensão com uma média mais baixa.

Quando analisando os resultados descritivos para os dois grupos em estudos – mães que vivenciaram os seus partos antes da pandemia, e mães que vivenciaram os seus partos após a pandemia COVID-19 – verifica-se que após o início da pandemia, apesar das médias de todas as subescalas sofrerem um pequeno decréscimo, as mães de ambos

os grupos apresentam valores globalmente médio-altos de confiança materna em todas as dimensões analisadas. Assim, verifica-se que as mães, de modo geral, sentiram-se bastante confiantes relativamente aos conhecimentos que tinham sobre como reconhecer as necessidades do/a seu/sua bebé.

Relativamente aos valores da Escala Total de Satisfação com o Suporte Social (Tabela 3) o total das participantes ($N = 850$) mostram-se, regra geral, satisfeitas com o suporte social ($M = 51.960$, $DP = 11.863$, num máximo de 75 valores). As subescalas Satisfação com os Amigos ($M = 17.021$, $DP = 4.929$), Intimidade ($M = 14.734$, $DP = 3.784$) e Satisfação com a Família ($M = 11.890$, $DP = 2.983$) apresentam, também, valores elevados de satisfação; a subescala Atividades Sociais ($M = 8.400$, $DP = 3.340$) é a que apresenta valores mais baixos de satisfação com o suporte social.

Por último, a análise ao Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto sugere que as participantes deste estudo tiveram, regra geral, uma Experiência de Parto Positiva ($M = 63.065$, $DP = 14.660$, num total de 97 valores). A Experiência de Parto Negativa apresentou valores médios de 40.493 ($DP = 10.947$, num total de 74 valores). Por último, destaca-se a subescala Suporte do/a Parceiro/a, que apresentou uma média de 29.126 ($DP = 10.947$, num total de 40 valores).

Adicionalmente as participantes responderam a um questionário sobre a sua experiência de gravidez, trabalho de parto e parto, cujos resultados podem ser consultados nas Tabelas 1, 2 e 4. A análise descritiva destes dados permite-nos perceber que as mães cuja gravidez, trabalho de parto e parto ocorreram antes do início da pandemia tendem a sentir-se, de modo geral, mais satisfeitas quando em comparação com as mães cuja gravidez, trabalho de parto e parto ocorreram após o surgimento do COVID-19.

Tabela 3

Análise descritiva das variáveis do estudo para o total das participantes (N=850), para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 (n=386) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia (n=464)

	Total		Pré COVID-19		Pós COVID-19	
	M (DP)	Mín.-Máx.	M (DP)	Mín.-Máx.	M (DP)	Mín.-Máx.
Confiança Materna						
Conhecimentos acerca do/a bebé	4.130 (0.490)	1 - 5	4.136 (0.486)	2.170 - 5	4.125 (0.494)	1 - 5
Cuidados ao/à bebé	4.709 (0.441)	2.670 - 5	4.738 (0.419)	3 - 5	4.685 (0.458)	2.670 - 5
Avaliação da Experiência de Parentalidade	3.529 (0.437)	2 - 5	3.548 (0.432)	2 - 4.750	3.514 (0.441)	2 - 5
Confiança Materna Total	4.123 (0.336)	2.720 - 5	4.141 (0.338)	3.080 - 4.810	4.108 (0.334)	2.720 - 5
Satisfação com o Suporte Social						
Satisfação com Amigos	17.021 (4.929)	5 - 25	18.200 (4.835)	5 - 25	16.036 (4.793)	5 - 25
Intimidade	14.734 (3.784)	4 - 20	14.725 (3.812)	4 - 20	14.741 (3.766)	4 - 20
Satisfação com Família	11.890 (2.983)	3 - 15	12.617 (2.538)	3 - 15	11.281 (3.188)	3 - 15
Atividades Sociais	8.400 (3.340)	3 - 15	9.299 (3.264)	3 - 15	7.657 (3.220)	3 - 15
Satisfação com o Suporte Social Total	51.960 (11.863)	16 - 75	54.634. (11.929)	16 - 75	49.718 (11.345)	17 - 25
Experiência de Parto						
Experiência Positiva	63.065 (14.660)	24 - 97	62.974 (14.475)	24 - 97	63.140 (14.827)	29 - 95
Experiência Negativa	40.493 (10.947)	12 - 74	40.529 (10.278)	16 - 70	40.463 (11.485)	12 - 74
Suporte do/a Parceiro/a	29.126 (5.042)	10 - 40	28.759 (4.293)	14 - 40	29.431 (5.576)	10 - 40

Tabela 4

Análise descritiva das questões relativas à experiência de gravidez, trabalho de parto e parto), para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 (n=386) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia (n=464)

ITEM	% Concordo totalmente		% Concordo na maior parte		% Não concordo nem discordo		% Discordo na maior parte		% Discordo totalmente		% Não se aplica	
	Pré COVID-19	Pós COVID-19	Pré COVID-19	Pós COVID-19	Pré COVID-19	Pós COVID-19	Pré COVID-19	Pós COVID-19	Pré COVID-19	Pós COVID-19	Pré COVID-19	Pós COVID-19
1. Durante a gravidez senti-me acompanhada e apoiada pelo/a meu/minha parceiro/a.	75.2%	74.2%	18.1%	18.5%	1.4%	1.2%	1.8%	3.2%	2.1%	1.5%	1.4%	1.5%
2. O/a meu/minha parceiro/a acompanhou-me durante a maior parte das consultas exames durante a gravidez.	71.8%	32.8%	17.1%	19.4%	1.8%	1.9%	4.9%	12.5%	3.1%	21.1%	1.3%	12.3%
3. O/a meu/minha parceiro/a acompanhou-me durante o curso de preparação para o parto.	39.6%	29.3%	16.3%	11.2%	2.3%	2.6%	7.0%	3.9%	7.8%	12.1%	26.9%	40.9%
4. O/a meu/minha parceiro/a acompanhou-me durante as consultas pré-natais.	64.0%	33.0%	17.4%	16.4%	2.1%	1.7%	3.9%	9.7%	7.3%	21.8%	5.4%	17.5%
5. Durante a gravidez senti-me acompanhada e apoiada pelo/a meu/minha médico/a.	58.5%	57.3%	26.4%	29.3%	6.7%	6.7%	4.9%	4.1%	2.3%	1.5%	1.0%	1.1%
6. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação, consegui facilmente contactar o/a meu/minha médico/a.	53.9%	58.2%	26.2%	24.4%	6.5%	4.1%	5.2%	6.3%	5.2%	5.0%	3.1%	2.2%
7. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação recorria às redes sociais.	6.7%	11.0%	25.4%	29.1%	17.9%	16.8%	22.8%	19.4%	22.8%	21.1%	4.4%	2.6%
8. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação recorria a sites especializados em gravidez.	15.8%	20.9%	41.7%	45.3%	16.3%	12.5%	14.0%	10.1%	8.3%	9.1%	3.9%	2.2%
9. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação recorria a livros ou revistas especializadas.	13.5%	19.2%	36.0%	39.2%	14.5%	12.5%	13.7%	7.5%	16.3%	15.7%	6.0%	5.8%

Ressalta-se a discrepância acentuada verificada nos itens 2, 3 e 4, relativos ao acompanhamento do/a parceiro/a em momentos prévios ao nascimento do/a bebê entre as mães cuja gravidez aconteceu antes do início da pandemia e as mães cuja gravidez aconteceu após o surto de COVID-19. Verifica-se ainda, que as mães cuja gravidez, trabalho de parto e parto aconteceram após o início da pandemia recorreram mais frequentemente às redes sociais, sites especializados em gravidez e/ou revistas e livros especializados quando tinham alguma dúvida ou precisavam de alguma informação, em comparação às mães cuja gravidez, trabalho de parto e parto aconteceram antes do início da pandemia.

2. Relações entre Confiança Parental, Satisfação com o Suporte Social e Experiência de Parto

Atendendo às questões de investigações e hipóteses formuladas, procedeu-se à análise das correlações entre as variáveis em estudo para o total das participantes (Tabela 5). Os resultados permitem verificar a existência de várias associações positivas e estatisticamente significativas. Mais especificamente, verifica-se uma correlação positiva e significativa, embora de intensidade fraca, entre a Confiança Materna Total e a Satisfação com o Suporte Social ($r = .194$, $p < .001$), a Satisfação com Amigos, a Intimidade, a Satisfação com Família e as Atividades Sociais, contribuindo para a confirmação da primeira hipótese sugerida neste estudo, que remete para a associação entre níveis mais elevados de satisfação com o suporte social e níveis mais elevados de confiança materna. Relativamente às dimensões específicas da confiança materna, verifica-se, igualmente, uma associação positiva e significativa entre a dimensão Conhecimentos acerca do/a bebê e todas as dimensões relativas ao suporte social, e entre a dimensão de confiança parental relativa aos Cuidados ao/à bebê e todas as dimensões relativas ao suporte social (Tabela 5). Estas associações sugerem que, por norma, quanto

mais elevado for o nível de satisfação com o suporte social nos diferentes contextos de vida das participantes, maior o seu nível de confiança face à maternidade, contribuindo igualmente para corroborar a hipótese elencada neste estudo. A dimensão da confiança parental relativa à Avaliação da Experiência da Parentalidade tem uma correlação positiva e estatisticamente significativa apenas com a Satisfação com a Família ($r = .076$, $p = .029$) e com as Atividades Sociais ($r = .079$, $p = .022$), sugerindo que as participantes deste estudo apresentam níveis mais elevados de satisfação com a experiência da parentalidade consoante níveis mais elevados de satisfação com a sua família e com as atividades sociais em que participam, mas não com as dimensões de suporte social relativas à Satisfação com Amigos e com a Intimidade.

Tabela 5

Correlação de Pearson entre a Confiança Materna e a Satisfação com o Suporte Social para o total das participantes (n=850)

	Satisfação com Amigos	Intimidade	Satisfação com Família	Atividades Sociais	Satisfação com o Suporte Social
Conhecimentos acerca do/a bebé	.187**	.170**	.178**	.155**	.223**
Cuidados ao/à bebé	.106**	.139**	.172**	.080*	.158**
Avaliação da Experiência de Parentalidade	.002	-.008	.076*	.079*	.036
Confiança Materna Total	.138**	.140**	.195**	.145**	.194**

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

No que concerne às relações entre a confiança materna e a experiência de parto, a análise dos resultados (Tabela 6) permite-nos perceber uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Experiência Positiva do parto e a Confiança Materna Total ($r = .088$, $p = .010$), e a dimensão específica de confiança materna relativa aos Cuidados ao/à bebé ($r = .100$, $p = .004$). Estes resultados contribuem para confirmar parcialmente a segunda hipótese deste estudo, que sugere que níveis mais elevados de satisfação com a experiência de parto estão associados a uma maior confiança materna.

Note-se que das dimensões de confiança materna e de suporte social exploradas neste estudo, apenas as acima referidas revelaram estar associadas (Tabela 5).

Tabela 6

Correlação de Pearson entre a Confiança Materna e a Experiência de Parto para o total das participantes (n=850)

	Experiência Positiva	Experiência Negativa	Suporte do/a Parceiro/a
Conhecimento acerca do/a bebê	.056	.053	.031
Cuidados ao/à bebê	.100**	-.009	.034
Avaliação da Experiência de Parentalidade	.040	.031	.029
Confiança Materna Total	.088*	.035	.042

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

Relativamente aos resultados da análise correlacional entre a Experiência de Parto e a Satisfação com o Suporte Social (Tabela 7), é possível identificar três correlações negativas e estatisticamente significativas: uma entre a variável de Experiência Negativa (de parto) e a variável (satisfação com suporte social na) Intimidade ($r = -.118, p < .001$); outra entre a variável de Experiência Negativa (de parto) e a variável Atividades Sociais ($r = -.079, p = .022$); e a terceira, entre a variável de Experiência Negativa (de parto) e a variável Satisfação com o Suporte Social (total) ($r = -.092, p = .008$). Estes valores indicam que, quanto menor for a satisfação com o suporte social nas suas relações de intimidade e/ou com as atividades sociais em que a participante está envolvida, e/ou com o suporte social em geral, maior a avaliação negativa da experiência de parto. Verificou-se ainda a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Experiência Positiva de parto e a Satisfação com Amigos ($r = .102, p = .003$); a Intimidade ($r = .224, p = .000$); a Satisfação com a Família ($r = .103, p = .003$); com as Atividades Sociais ($r = .113, p = .001$); e com a Satisfação com o Suporte Social ($r = .169, p = .000$). De igual forma, o Suporte do/a Parceiro/a encontram-se positiva e significativamente associados à Satisfação com os Amigos ($r = .111, p < .001$); a Intimidade ($r = .116, p = .001$); com as

Atividades Sociais ($r = .090, p = .009$); e com a Satisfação com o Suporte Social ($r = .110, p = .002$). Estes resultados contribuem para confirmar a terceira hipótese deste estudo, de que uma maior satisfação com a o suporte social está associada a níveis mais elevados de satisfação com a experiência de parto.

Tabela 7

Correlação de Pearson entre a Experiência de Parto e a Satisfação com o Suporte Social para o total das participantes (n=850)

	Satisfação com Amigos	Intimidade	Satisfação com Família	Atividades Sociais	Satisfação com o Suporte Social
Experiência Positiva	.102**	.224**	.103**	.113**	.169**
Experiência Negativa	-.040	-.118**	-.056	-.079*	-.092**
Suporte do/a Parceiro/a	.111**	.116**	.061	.090**	.110**

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

3. Diferenças nos níveis de confiança materna, na satisfação com o suporte social e na percepção sobre as experiências de parto das mães, antes e após o início da pandemia COVID-19

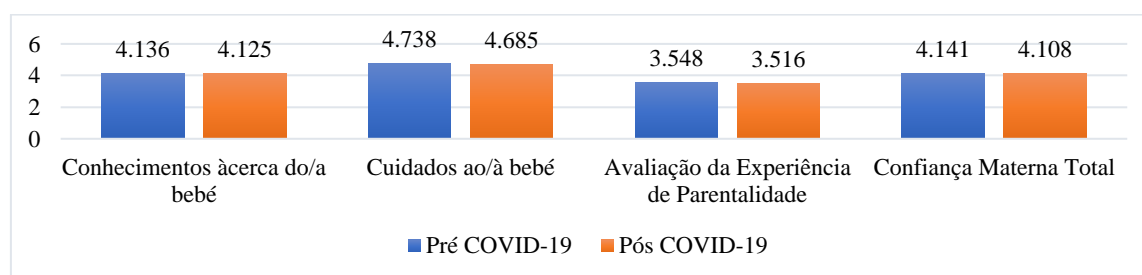
De forma a responder à última questão de investigação e hipótese formulada, procedeu-se à comparação de médias entre as variáveis analisadas neste estudo.

Através da análise do Gráfico 1 é possível verificar que os níveis médios de confiança materna (em todas as dimensões) das mães que vivenciaram o seu parto após a pandemia COVID-19 são ligeiramente inferiores aos níveis médios de confiança materna (em todas as dimensões) das mães que vivenciaram o seu parto antes da pandemia COVID-19. No entanto os resultados dos teste t de Student revelam que estas diferenças não são significativas do ponto de vista estatístico para nenhuma das variáveis (Conhecimentos acerca do/a bebé, $t(848) = -0.324, p = .746$; Avaliação da Experiência de Parentalidade, $t(848) = -1.145, p = .252$; e a Confiança Materna Total, $t(848) = -1.419, p = .156$). A diferença entre os dois grupos ao nível da confiança materna na dimensão

relativa aos Cuidados ao/à bebé é marginalmente significativa, $t(848) = -1.747, p=.081$. Isto significa que, neste estudo, exceto na dimensão Cuidados prestados ao/à bebé da confiança materna, não se registam diferenças nos níveis médios de confiança materna entre as mães que tiveram os seus partos antes e após a pandemia. Estes resultados parecem não ir de encontro à hipótese elencada que pressupunha que os níveis de confiança materna seriam mais baixos após o início da pandemia, quando comparados com os valores prévios à pandemia.

Gráfico 1

Médias dos níveis de Confiança Materna para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 (n = 386) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia (n = 464)

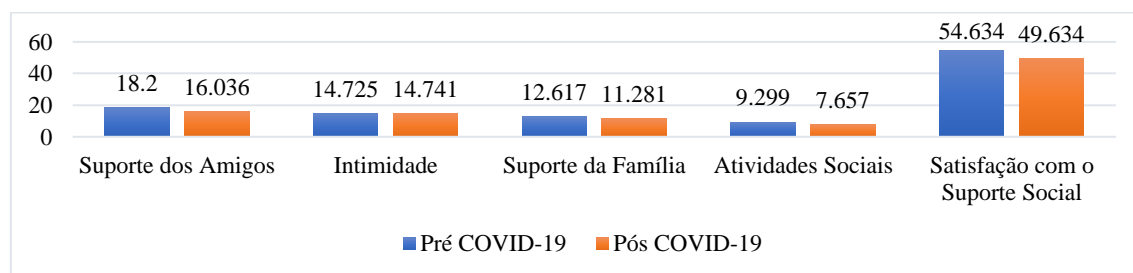


Relativamente ao Gráfico 2, é possível verificar que os níveis médios de quatro das cinco dimensões do suporte social avaliadas neste estudo, das mães que vivenciaram o seu parto após a pandemia COVID-19 são ligeiramente inferiores aos níveis médios das mães que vivenciaram o seu parto antes do surgimento do COVID-19. As diferenças apresentadas nas variáveis Suporte dos Amigos ($t(824) = -6.436, p < .001$), Suporte da Família ($t(834) = -6.609, p < .001$), Atividades Sociais ($t(840) = -7.319, p < .001$) e Satisfação com o Suporte Social Total ($t(807) = -5.996, p < .001$) são estatisticamente significativas. Isto significa que, regra geral, o grupo de mães que tiveram os/as seus/suas bebés após o início da pandemia, apresenta uma maior insatisfação com o suporte social nas dimensões Suporte dos amigos, Suporte da Família e Atividades Sociais, quando comparado com o grupo de mães que tiveram os/as seus/suas bebés antes da pandemia.

Estes resultados vão de encontro à quarta hipótese colocada neste estudo, de que a satisfação com o suporte social após o início da pandemia é inferior quando comparada aos valores de pré pandemia. Relativamente à satisfação com o suporte social nas relações de Intimidade, foi a única dimensão do suporte social na qual não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do grupo de mães que teve o seu parto antes da pandemia, e a avaliação do grupo de mães que teve o seu parto após a pandemia COVID-19, ($t(843) = 0.064, p = .949$).

Gráfico 2

Médias da Satisfação com o Suporte Social para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 (n=386) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia (n=464)



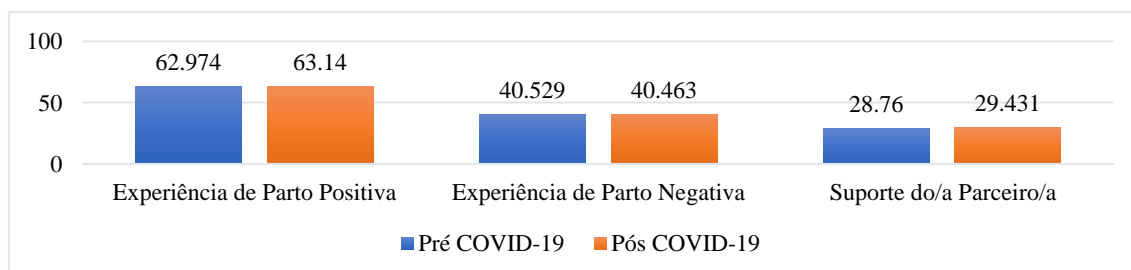
Na análise ao Gráfico 3, é possível verificar que os níveis médios da variável Experiência de Parto das mães que vivenciaram o seu parto após a pandemia COVID-19 são ligeiramente mais elevados do quando comparados com as mães que vivenciaram o seu parto prévio à pandemia COVID-19. Experiência de Parto Positiva e valores médios mais baixos na variável Experiência de Parto Negativa no grupo de mães que tiveram os seus partos após a pandemia COVID-19, comparativamente ao grupo de mães que tiveram os seus partos antes do início da pandemia. No entanto, quando analisados os resultados do teste t de Student, verifica-se que esta diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativas ($t(848) = 0.164, p = .870$ para a variável Experiência de Parto Positiva; e $t(848) = -0.086, p = .931$, para a variável Experiência de Parto Negativa). Estes valores significam que, para as participantes deste estudo, não parece haver uma

diferença considerável entre a satisfação das mães com cuja experiência de parto aconteceu antes e das mães cuja experiência de parto aconteceu após o início da pandemia de COVID-19. Por outro lado, a diferença de média entre os dois grupos de mães na variável Suporte do/a Parceiro/a é marginalmente significativa ($t(848) = 1.938, p = .053$), o que indica uma tendência para uma maior satisfação com o apoio providenciado pelo/a parceiro/a no momento do trabalho de parto e de parto, para o grupo de mães que tiveram os seus partos após o início da pandemia.

Estes resultados confirmam parcialmente a quarta hipótese colocada neste estudo; ou seja, estes resultados ajudam a contribuir para a parte da hipótese relativa à Satisfação com Suporte Social, que pressupunha que os níveis de Satisfação com o Suporte Social seriam mais baixos após o início da pandemia, quando comparados com os valores prévios à pandemia. Apesar disto, os resultados referentes à Confiança Materna e à Satisfação com a Experiência de Parto não parecem ir de encontro à hipótese elencada, que pressupunha que os níveis de Confiança Materna e de Satisfação com a Experiência de Parto seriam mais baixos após o início da pandemia, quando comparados com os valores prévios à pandemia.

Gráfico 3

Médias da Satisfação com a Experiência de Parto para as participantes que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 (n=386) e para as participantes que tiveram os seus partos após o início da pandemia (n=464)



4. Discussão

Nesta secção, será realizada uma reflexão acerca dos resultados obtidos nas análises descritivas e na análise das associações entre as variáveis da investigação (Confiança Materna, Suporte Social e Experiência de Parto), assim como nas análises de comparações das médias entre os partos que acontecerem antes e após o início da pandemia. Procurar-se-á, sempre que possível enquadrar os resultados com a revisão da literatura efetuada bem como tecer algumas considerações para o futuro, quer em termos da prática da psicologia educacional, quer em termos da investigação na área da educação e desenvolvimento.

Globalmente, este estudo teve como objetivos gerais, explorar a relação que entre a confiança materna, a experiência de parto e o suporte social, bem como explorar diferenças entre as perceções de confiança materna, experiência de parto e suporte social entre mães que tiveram os seus partos antes da pandemia COVID-19 e após o início da pandemia. A análise descritiva permitiu-nos perceber que as mães que constituíram a amostra para este estudo mostraram-se, de forma geral, bastante confiantes relativamente à realização de tarefas relacionadas com a maternidade, nomeadamente, a reconhecerem as necessidades dos/as seus/suas bebés e que cuidados a adotar em cada situação, bem como com a experiência de maternidade. Estes valores mantiveram-se num nível médio-alto, mesmo quando analisadas as perceções apenas das mães que participaram neste estudo e que tiveram os seus partos após o início da pandemia. Um estudo realizado por Kristensen e colaboradores (2018), que teve por objetivo perceber a evolução da confiança materna dos 2 aos 6 meses após o parto, sugeriu que, tanto a confiança materna, como o stress face às tarefas relacionadas com a maternidade tendiam a melhorar com o passar do tempo. O mesmo estudo encontrou diferenças nos níveis de confiança materna em mães primíparas e sem qualquer tipo de experiência com tarefas relacionadas com a

maternidade e mães múltiplas, que já teriam mais conhecimentos e experiência sobre como cuidar dos/as seus/sua bebês. Considerando que a presente investigação recolheu dados retrospectivos sobre as percepções de confiança materna após o parto, num momento único (cujo distância ao momento efetivo do parto foi muito variável), os elevados níveis de confiança materna encontrados neste estudo podem relacionados com a tendência que Kristensen e colaboradores (2018) relatam para o aumento ao longo do tempo. Neste estudo em particular, o relato retrospectivo das mães pode ter sido influenciado pelo sentimento atual (do momento de resposta ao questionário).

Estudo recentes referem ainda que a confiança materna pode ser desenvolvida e fortalecida através do estabelecimento de rotinas e de acompanhamento do/a bebê (Aydemir & Onan, 2020). Assim, coloca-se ainda a hipótese de que o confinamento obrigatório pode, igualmente, ter contribuído para os níveis médios elevados de confiança materna reportados após o início da pandemia. Para além do estudo de Aydemir e Onan (2020), existem outros a suportar a hipótese de que a confiança materna tende a aumentar consoante vai aumentando a informação, as experiências e a capacidade de realização de tarefas relacionadas com a maternidade (Fathi et al., 2018; Kristensen et al., 2018). Desta forma, e com o objetivo de aumentar esta informação, experiências e capacidade de realização, poderá ser pertinente a inclusão de um psicólogo educacional nos cursos de preparação para a maternidade; esta inclusão, poderá, potencialmente, melhorar não apenas os níveis de confiança materna, como a satisfação com o suporte social formal destas mães.

Em investigações futuras, poderá ser importante estudar a confiança materna tanto nos primeiros meses de pós-parto, como fazer a distinção entre mães primíparas e múltiplas. Apesar de vários estudos relatarem que fatores como a ansiedade e a depressão ter influência na confiança materna (Matthies et al., 2017; Reck et al., 2021),

esses fatores não foram considerados no presente estudo. Considerando que tanto os valores de ansiedade, como os de depressão possam ter sofrido um aumento após o início da pandemia (Demissie & Bitew, 2021; Hessami et al., 2020; Yan et al., 2020), e sabendo que estes fatores podem ter influência na confiança materna, poderá ser relevante estudar de que forma estas variáveis afetaram as mães após o início da pandemia e de que implicações tiveram relativamente à confiança materna.

A presente investigação permitiu, também, perceber que existiram, de modo geral, valores muito satisfatórios com o suporte do/a parceiro/a. No entanto, foi ao nível do suporte social que foram encontradas discrepâncias significativas entre os relatos das participantes que experienciaram os seus partos antes e após a pandemia. Note-se que as mães que tiveram os seus partos antes da pandemia relataram níveis significativamente superiores na satisfação com o suporte social dos amigos, da família e nas atividades sociais, quando comparados com os relatos das mães que tiveram os seus partos durante a pandemia. Tal como esperado de acordo com a revisão da literatura e em consonância com a parca literatura sobre o impacto da pandemia COVID-19 nas experiências de parentalidade, estes valores podem ser explicados pelas medidas decretadas durante o confinamento por COVID-19 e pelas proibições adjacentes ao plano de contingência decretado pelo Governo Português.

Num estudo recente, Slomian e colaboradores (2017) descrevem que, no período de pós-parto, as mães tendem a considerar o conceito de “normalidade” muito importante para a sua adaptação à maternidade, assim como a possibilidade de falarem e partilharem experiências com outras mães. Embora as redes sociais e a internet possam ser utilizadas como fontes de suporte emocional, informação, aconselhamento e afirmação (Baker & Yang, 2018), estas parecem não ter sido suficientes para colmatarem a sensação de isolamento e solidão sentidas pelas participantes durante o pós-parto, o que parece estar

refletido nos níveis de satisfação com o suporte social com os amigos, família e nas atividades sociais. Mais uma vez, destaca-se o potencial papel que a psicologia pode ter ao nível da intervenção. Poderão ser desenvolvidas diversas medidas preventivas no sentido de potencializar ou aumentar o suporte social durante o período de pós-parto; estas medidas podem promover o suporte social informal (e.g. trabalhando com a mãe e parceiro/a, durante a gravidez, quais as potenciais fontes de suporte após o nascimento do/a bebé) e o suporte social formal (e.g. através de visitas domiciliárias ou videochamadas de acompanhamento por parte de profissionais de saúde, psicólogos inclusive).

O primeiro objetivo desta investigação procurou examinar a relação entre a confiança materna e a satisfação com o suporte social, percebidos pela mãe. Os resultados obtidos neste estudo sugerem que a confiança materna total, e a confiança materna nas dimensões específicas sobre os conhecimentos e os cuidados ao bebé estão significativamente associadas a todas as dimensões do suporte social incluídas neste estudos, indicando que quando a satisfação com o suporte social recebido nos diferentes campos da sua vida (relações de amizade, intimidade, familiares, de atividades sociais e no suporte social total) aumentam, igualmente os níveis de confiança materna, i.e., aumenta a confiança das mães em a identificar as necessidades dos/as seus/suas bebés, bem como a confiança na sua capacidade para prestar os cuidados em cada situação. Estes resultados vão de encontro a estudos anteriores (Negro et al., 2013; Slomian et al., 2017; Roger et al., 2020), que verificaram que as mães que receberam mais suporte social formal e informal tiveram menos dificuldades na adaptação à maternidade e sentiram-se, de modo geral, mais competentes e confiantes na realização das tarefas relacionadas com os cuidados aos seus/suas bebés. Note-se, no entanto, que o estudo realizado no âmbito

da presente dissertação, bem como as análises de dados realizadas não permitem identificar relações de causalidade entre as variáveis.

O segundo objetivo deste estudo passava por examinar a relação entre confiança materna e a experiência de parto. Note-se que relativamente à análise descritiva das subescalas de experiência de parto, verificara-se, em geral, a tendência para o relato de experiências de parto positivas, sendo a percepção negativa das mães sobre a experiência de parto reduzida. Os resultados sugerem ainda que uma experiência de parto positiva está associada a maiores níveis de confiança materna totais, assim como de confiança nos cuidados ao bebé; isto significa quanto mais positiva é a percepção das mães da sua da experiência de parto, maior o nível, relatado, de confiança em a identificar as necessidades e a cuidar dos/as seus/suas bebés. Estudos anteriores sugerem que uma experiência de parto considerada mais negativa e/ou traumática, está associada níveis mais elevados de depressão no pós-parto e que estes valores, por sua vez, estão associados a níveis mais baixos de confiança materna (De Schepper et al., 2016). Embora no presente estudo não se tenham verificados associações entre a experiência negativa de parto e a confiança materna, a correlação positiva entre experiência positiva de parto e confiança materna, confirmam parcialmente a segunda hipótese deste estudo. Futuramente, poderá ser importante estudar mais aprofundadamente a relação entre a experiência de parto e a confiança materna, bem como a causalidade destas relações.

Nesta investigação, explorou-se ainda a relação entre a experiência de parto e a satisfação com o suporte social da mãe. Verificou-se uma correlação negativa e significativa entre a satisfação com suporte social nas relações de intimidade, nas atividades sociais e no suporte social total e uma experiência de parto negativa; isto significa que quanto menor for a satisfação com o suporte social nas suas relações de intimidade e/ou com as atividades sociais em que a participante está envolvida, e/ou com

o suporte social em geral, maior a avaliação negativa da experiência de parto. Verificaram-se, ainda, correlações positivas e estatisticamente significativas entre a experiência de parto positiva e todas as dimensões de suporte social (amigos, intimidade, família, atividades sociais e total). Estes resultados vão de encontro a literatura (Mattinson et al., 2018; Türkmen et al., 2020), embora ainda sejam necessários alguns estudos relativamente a relação entre a satisfação com a experiência de parto e a satisfação com o suporte social. Destaca-se, também, as correlações positivas e significativas entre o suporte do parceiro e a satisfação com o suporte social nas dimensões de amigos, intimidade, atividades sociais e total. Note-se que a literatura destaca que o/a parceiro/a, constitui uma das fontes de suporte e segurança durante a experiência de parto (Negro et al., 2013).

O último objetivo deste estudo passou por explorar a confiança materna, na satisfação com suporte social da mãe, e as experiências de parto, entre dois grupos de mães: as que vivenciaram os seus partos antes da pandemia, e as que vivenciaram os seus partos durante a pandemia. Até ao momento, não existem muitos estudos que sobre o impacto do COVID-19 na satisfação com o suporte social durante o pós-parto, sendo ainda necessários mais estudos neste âmbito. Num estudo recente, Terada e colaboradores (2021) encontraram uma associação entre a falta de suporte social após o início da pandemia e sintomas de depressão no pós-parto, no entanto, não encontraram associações entre o suporte social e o impacto subjetivo do COVID-19; isto significa que o impacto do suporte social em sintomas depressivos durante o pós-parto não dependia do impacto sentido pelas mães pelo COVID-19. Para além da situação pandémica e das consequentes medidas de contingência, também se deve considerar os medos relacionados com contágios por COVID-19, que podem ter levado as mães a não pedirem tanta ajuda quanto necessitassem ou a não participarem em atividades de lazer, mesmo quando estavam

autorizadas. No mesmo sentido, Vescovi e colaboradores (2021) descrevem que parece existir uma correlação entre a falta de suporte social provocada pelas medidas de segurança e contingência de COVID-19 e níveis elevados de ansiedade e depressão em mulheres grávidas, mães e pais. A ansiedade e a depressão no pós-parto, por sua vez, aparecem associadas a diversas problemáticas durante o desenvolvimento infantil (Roger et al., 2020; Tregellas & Legget, 2020). A literatura sugere, ainda, que o suporte social formal (e.g. assistência médica, de enfermeiros/as parteiros/as e/ou doulas) e informal (e.g. suporte emocional do/a parceiro/a e/ou familiares) providenciado às parturientes durante o trabalho de parto e parto parece aumentar a probabilidade da vivência de uma experiência de parto mais positiva e diminuir, conseqüentemente, a probabilidade de se desenvolverem sintomas graves de depressão no pós-parto (Tani & Castagna, 2016; Mattinson et al., 2018; Olza et al., 2018; Zamani et al., 2019). Com a implementação das normas de segurança e contingência de COVID-19, o suporte providenciado pelas equipas hospitalares tornou-se extremamente importante para as parturientes. Assim, destaca-se, novamente, o papel que o psicólogo pode adotar na inclusão de equipas multidisciplinares de acompanhamento durante a gravidez e pós-parto, mesmo após o levantamento das medidas de contingência aplicadas durante a pandemia.

No estudo conduzido na presente dissertação de mestrado, não foram constatadas diferenças significativas relativamente à confiança materna e à satisfação com a experiência de parto dos grupos analisados. Apesar disso, o aumento da média verificado na variável experiência de parto positiva e decréscimo na variável experiência de parto negativa podem ser explicados por um sentimento de segurança e de privacidade nos primeiros dias de pós-parto, consequência das medidas de contingência e prevenção de contágios por COVID-19; estes valores podem, também, ser explicados pelos valores

elevados de satisfação com o suporte providenciado pelo/a parceiro/a durante o parto e pós-parto relatados nesta investigação.

4.1. Limitações e Sugestões de Estudos Futuros

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas para a interpretação dos resultados. A primeira, é que grande parte dos dados da amostra advieram maioritariamente de dois contactos realizados via Instagram, podendo, por isso haver um enviesamento da amostra que é constituída, na sua maioria, por mães que participavam e acompanhavam diversos blogs e contas de Instagram relacionadas com a temática em estudo. Note-se, também, o elevado número de participantes com um nível educacional alto, o que não é representativo da população portuguesa. Assim, sugere-se que, futuramente, sejam feitas investigações com uma amostra mais alargada e representativa da população, incluindo mães de diferentes níveis socioeconómicos. Em segundo, deve ser tido em consideração que alguns dos partos mencionados no estudo aconteceram há mais de 12 meses, podendo significar que as mães já se poderão ter esquecido de alguns pormenores ou acontecimentos durante as suas experiências de parto; poderá ser pertinente avaliar a experiência de parto e a confiança materna nos primeiros meses de pós-parto no sentido de obter um relato mais fidedigno. O relato retrospectivo que foi solicitado às mães neste estudo pode ter contribuído para avaliações mais positivas nas variáveis estudadas pelo que seria importante, em estudos futuros, acompanhar, por exemplo, a forma como ao longo do tempo as mães vão sentindo mudanças ao nível da confiança materna. Ainda neste sentido, durante a revisão da literatura, percebeu-se que existem poucos estudos que têm por objetivo perceber de que forma é que a experiência de parto pode, ou não, influenciar a confiança materna. Por consequência, sugere-se que, em futuras investigações, sejam realizados mais estudos que estudem relações entre estas variáveis, analisando, por exemplo, diferença entre mães primíparas e múltíparas. Em

terceiro, e uma vez que esta investigação procurou explorar conceitos socialmente sensíveis e altamente pessoais e íntimos, nomeadamente, a confiança materna e a experiência de parto, durante a análise dos resultados, deverá ser tida em consideração o efeito da desabilidade social, particularmente considerando que toda a recolha de dados foi feita através de questionários de autorrelato e apenas uma perspetiva foi considerada neste estudo.

Atualmente, cerca de um em cada cinco crianças e jovens sofrem de perturbações mentais, que se concretizam em problemas comportamentais, socioemocionais, de aprendizagem, entre outros. Além do impacto direto no desempenho escolar destas crianças e jovens, estas perturbações traduzem-se em consequências sociais significativas nos diversos setores que constituem uma sociedade (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). Assim, poderá ser pertinente estudar de que forma é que a confiança materna, a experiência de parto e a satisfação com o suporte social podem ter no desenvolvimento infantil.

4.2. Considerações Finais

Esta investigação propôs-se a explorar a relação entre a confiança materna, a satisfação com a experiência de parto e a satisfação com suporte social, antes e após o surgimento do COVID-19. Os dados obtidos neste estudo permitem-nos perceber a importância do suporte social durante o período de pós-parto, nomeadamente, para a experiência de parto e na confiança materna.

É possível verificar a importância que o suporte social tem em qualquer fase da vida e do desenvolvimento de um indivíduo; em momentos de crise e/ou transição de papéis, o suporte social, tanto formal como informal, adotam um papel ainda mais essencial para uma adaptação e manutenção da saúde mental dos indivíduos. Os resultados da parca literatura referente às consequências da privação dos contactos sociais

e, conseqüentemente, de fontes de suporte social durante a pandemia, tem vindo a contribuir para essa hipótese. Os resultados deste estudo, contribuem, também neste sentido, de que a satisfação com o suporte social está relacionada com uma experiência de parto mais positiva e com níveis mais elevados de confiança materna.

Por sua vez, uma experiência de parto positiva está relacionada com níveis mais elevado de confiança materna; uma vez que a confiança materna está, direta e indiretamente, associada a um desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor, neurolinguístico, entre outros, desejável, o estudo do impacto desta variável poderá, no futuro, providenciar possíveis soluções de prevenção a alguns destes problemas.

Por exemplo, sabendo que a confiança materna está associada a fatores como a depressão no pós-parto e que os sintomas depressivos nesta fase podem ser potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de uma relação mãe-bebé próxima e, conseqüentemente, impactar o desenvolvimento da criança, poderá ser estudado e implementado um programa de intervenção com estas mães, com o objetivo de identificar e intervencionar em situações de risco de desenvolvimento de sintomas depressivos; também poderá ser criado um programa de intervenção com o objetivo de desenvolver competências parentais antes do parto, de forma a diminuir a probabilidade de se desenvolverem situações de risco. Confirma-se, portanto, a importância que o/a psicólogo/a educacional podem ter com a sua inclusão em equipas de acompanhamento multidisciplinar durante a gravidez e pós-parto.

Referências Bibliográficas

- Abdollahi, F., Rezai Abhari, F., & Zarghami, M. (2017). Post-partum depression effect on child health and development. *Acta Medica Iranica*, 55(2), 109–114.
- Arante, F. O., Tabb, K. M., Wang, Y., & Faisal-Cury, A. (2020). The relationship between postpartum depression and lower maternal confidence in mothers with a history of depression during pregnancy. *The Psychiatric Quarterly*, 91(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09673-w>
- Aydemir, S. & Onan, N. (2020). The relationship between maternal self-confidence and postpartum depression in primipara mothers: A follow-up study. *Community Mental Health Journal*, 56, 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00588-6>
- Badr, L. K. (2005). Further psychometric testing and use of maternal confidence questionnaire. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 163-174. <https://doi.org/10.1080/01460860500227572>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 17, 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L., & Handa, V. L. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(3). 342.e1–342.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.027>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral Publications.
- Carvalho, J. M., Ribeiro Fonseca Gaspar, M. F., & Ramos Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(3), 285–294. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482. <https://doi.org/10.2190/wf7x-y110-bfkh-9qu2>
- Çinar, İ. Ö., & Öztürk, A. (2014). The effect of planned baby care education given to primiparous mothers on maternal attachment and self-confidence levels. *Health care for women international*, 35(3), 320–333. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.842240>
- Charles, C. (2018a). Labour and normal birth. Em V. Chapman & C. Charles (Eds.), *The midwife's labour and birth handbook*. (4^o ed., pp. 1- 48). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119235064.ch1>
- Charles, C. (2018b). Caesarean section. Em V. Chapman & C. Charles (Eds.), *The midwife's labour and birth handbook*. (4^o ed., pp. 211- 226). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119235064.ch11>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2003a). Parto: Expectativas, experiência, dor e satisfação. *Psicologia: Saúde e Doença*, 4, 47-67.

- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2003b). Tipo de parto: expectativas, experiência e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 26(6), 265-306.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia, saúde e doenças*, 5(2), 159-187.
- Cramer, D., Henderson, S. & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6):761-775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*. 2016 Jan;32:87-92. doi: 10.1016/j.midw.2015.08.010. Epub 2015 Sep 8. PMID: 26410818.
- Demissie, D. B., & Bitew, Z. W. (2021). Mental health effect of COVID-19 pandemic among women who are pregnant and/or lactating: A systematic review and meta-analysis. *SAGE open medicine*, 9, 20503121211026195. <https://doi.org/10.1177/20503121211026195>
- Direção Geral de Saúde. (2020, Março 19). *Orientações para os hospitais*. <https://covid19.min-saude.pt/covid-19-orientacoes-para-os-hospitais/>
- Direção Geral de Saúde. (2020, Março 30). *Orientação sobre gravidez e parto*. https://covid19.min-saude.pt/dgs-publica-orientacao-sobre-gravidez-e-parto/?fbclid=IwAR3V5WA_aiF9mUm_Q-98pvtK1cKgu3DJiQsWY0qD5hiVpuNZrr-hK4bBxCg
- Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikstrom, A. K., Hogberg, U., & Shalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum

depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301-311.

Faisal-Cury, A., Tabb, K., & Matijasevich, A. (2021). Partner relationship quality predicts later postpartum depression independently of the chronicity of depressive symptoms. *Revista brasileira de psiquiatria*, 43(1), 12–21. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0764>

Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. *Women & health*, 58(2), 188–203. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1292340>

Harries, V., & Brown, A. (2019). The association between use of infant parenting books that promote strict routines, and maternal depression, self-efficacy, and parenting confidence. *Early Child Development and Care*, 189(8), 1339-1350. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1378650>

Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M., & Cozzolino, M. (2020). COVID-19 pandemic and maternal mental health: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>

Høifødt, R. S., Nordahl, D., Landsem, I. P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H. C., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K., & Wang, C. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC psychiatry*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>

- JayaSalengia, B., Rajeswari, S., & Nalini, S. (2019). The Relationship between Maternal Confidence, Infant Temperament, and Postpartum Depression. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(6), 437–443. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_208_18
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Kempe, P., & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 246, 156–159. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kingston, D., Kehler, H., Austin, M. P., Mughal, M. K., Wajid, A., Vermeyden, L., Benzie, K., Brown, S., Stuart, S., & Giallo, R. (2018). Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PloS one*, 13(4), e0195365. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365>
- Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M., & Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months

- postpartum. A cohort study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 17, 43–49.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.003>
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Leahy Warren P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 479–488.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 245–253.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x>
- Liu, C. C., Chen, Y. C., Yeh, Y. P., & Hsieh, Y. S. (2012). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 908–918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x>
- Logsdon, M. C., Wisner, K., & Hanusa, B. H. (2009). Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression? *Journal of Women's Health*, 18, 85–90. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0635>

- Matthies, L. M., Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Plewniok, K., Feller, S., Sohn, C., Wallwiener, M., & Reck, C. (2017). Maternal self-confidence during the first four months postpartum and its association with anxiety and early infant regulatory problems. *Infant Behavior & Development, 49*, 228–237. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.011>
- Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth: Issues in Perinatal Care, 45*(3), 322–327. <https://doi.org/10.1111/birt.12352>
- Mayopoulos, G. A., Ein-Dor, T., Li, K. G., Chan, S. J., Dekel, S. (2021). COVID-19 positivity associated with traumatic stress response to childbirth and no visitors and infant separation in the hospital. *Scientific Reports, 11*, 13535. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92985-4>
- Mori, E., Tsuchiya, M., Maehara, K., Iwata, H., Sakajo, A., & Tamakoshi, K. (2017). Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: a comparison of Japanese mothers by age and parity. *International Journal of Nursing Practise, 23*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/ijn.12508>
- Mukamurigo, J. U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., & Dencker, A. (2017). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth, 17*, 181. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1363-z>
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). Questionário de confiança parental: Análise fatorial confirmatória numa amostra comunitária de casais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 23-37.

- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal, 17*(4), 616–623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
- Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of childbirth – a cross-sectional survey. *Women and Birth, 31*(2), 103-109.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology, 9*, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open, 8*(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Oppermann, E., Cohen, F., Wolf, K., Burghardt, L., & Anders, Y. (2021). Changes in parents' home learning activities with their children during the COVID-19 lockdown - The role of parental stress, parents' self-efficacy and social support. *Frontiers in psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682540>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). A intervenção das/os psicólogas/os no contexto educativo: Contributo da OPP. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervena_aao_dos_psicologos_no_contexto_educativo_short_version_.pdf
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Fim de Século.
- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchialla, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., Malandrone, F., Carletto, S., & Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors

- associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5>
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12^a ed.). AMGH Editora.
- Pridham, K., Lin, C., & Brown, R. (2001). Mothers' evaluation of their care giving for premature and full-term infants through the first year: Contributing factors. *Research in Nursing and Health*, 24(4), 157–169. <https://doi.org/10.1002/nur.1019>
- Radey M. (2018). Informal Support among Low-income Mothers Post Welfare Reform: A Systematic Review. *Journal of child and family studies*, 27(12), 3782–3805. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1223-0>
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior & Development*, 35(2), 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.12.005>
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Placebo Editora
- Rodrigues, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). Attachment representations and maternal confidence: The mediating role of postnatal depressive symptoms and negative thoughts. *Journal of Child and Family Studies*, 27(11), 3585–3597. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1182-5>
- Romero-Gonzalez, B., Caparros-Gonzalez, R. A., Gonzalez-Perez, R., Coca-Arco, S., & Peralta-Ramirez, M. I. (2019). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms prior to instrumental deliveries. *Midwifery*, 77, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.015>

- Secco, M. L., Ateah, C., Woodgate, R., & Moffatt, M. (2002). Perceived and performed infant care competence of younger and older adolescent mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25(2), 97–112. <https://doi.org/10.1080/01460860290042521>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H., & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450–459. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>
- Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., Acconcia, A., Glowacz, F., Reginster, J. Y., Oumourgh, M., & Bruyère, O. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1>
- Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Sroufe L. A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

- Stepowicz, A., Wencka, B., Bienkiewicz, J., Horzelski, W., & Grzesiak, M. (2020). Stress and anxiety levels in pregnancy and post-partum women during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249450>
- Tani, F., & Castagna, V. (2016). Maternal social post-partum, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *30*(6), 689-692. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980>
- Tarkka, M. T. (2003). Issues and innovations in nursing practice: Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02524.x>
- Terada, S., Kinjo, K., & Fukuda, Y. (2021). The relationship between postpartum depression and social support during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, *47*(10), 3524–3531. <https://doi.org/10.1111/jog.14929>
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Caesarean section. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/caesarean-section-pdf-35109507009733>
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Türkmen, H., Yalniz-Dilcen, H., & Akin, B. (2020). The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, post-traumatic stress disorder, and

- breastfeeding. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 15(12), 779–788. <https://doi.org/10.1089/bfm.2>
- Türkmen, H., Yalniz-Dılçen, H., & Özçoban, F. A. (2021). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: a prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 422–434.
- Vance, A. J., & Brandon, D. H. (2017). Delineating among parenting confidence, parenting self-efficacy, and competence. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 18–37. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000179>
- Vescovi, G., Riter, H. D. S., Azevedo, E. C., Pedrotti, B. G., & Frizzo, G. B. (2021). Parenting, mental health, and Covid-19: a rapid systematic review. *Psicologia: teoria e prática*, 23(1), 01-28. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913554>
- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., Facett, L., Grand Dip Health Councelling, & Primary Health Care Mental Health. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27, 745-749.
- World Health Organization. (2021, Outubro 6). *Coronavirus disease (COVID-19)*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Yan H, Ding Y and Guo W (2020) Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Froniers in Psychoogy*, 11:617001. <https://doi:10.3389/fpsyg.2020.617001>
- Zahr L. K. (1993). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing & Health*, 16(5), 335–342. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160504>

Zamani, P., Ziaie, T., Lakeh, N. M., Leili, E. K. (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery*, 75, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>

Anexos

Anexo I

Questionário Sociodemográfico da Mãe

A influência da Experiência de Parto na Confiança Materna

Este estudo está a ser realizado no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação a ser apresentada no ISMAI – Instituto Universitário da Maia. Tem por objetivo conhecer as perceções das mães sobre as suas experiências de gravidez e de parto, bem como perceber a forma como se sentiram nos primeiros meses após o nascimento dos seus bebés.

Sexo F M

Idade ____

Habilitações Literárias

- Menos de 4 anos de escolaridade
- 1º ciclo do ensino básico ou 4º ano
- 2º ciclo do ensino básico ou 6º ano
- 3º do ensino básico (9º ano completo)
- Ensino secundário (12º ano completo)
- Curso Profissional de Nível III
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro (especifique) _____

Profissão: _____

Situação Profissional

- Desempregado(a)

Empregado(a) por conta de outrem

Empregado(a) por conta própria

Estagiário(a)

Reformado(a)

Ainda se encontra sob Licença de Maternidade? *Sim* *Não*

A Licença de Maternidade foi/está a ser partilhada com o/a parceiro/a? *Sim* *Não*

Se sim:

- **Quanto tempo esteve/estará sob Licença de Maternidade?** _____ (meses)
- **Quanto tempo o/a parceiro/a esteve/estará sob Licença de parental?** _____ (meses)

Estado Civil

Solteiro(a)

União de Facto

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Nº Elementos do Agregado Familiar ____

Elementos do agregado familiar: ____

Nº de Filhos ____

Idade dos Filhos ____

Anexo II

Questionário Sociodemográfico do/a Bebê

Por favor, responda tendo em consideração o/a filho/a mais novo/a.

Sexo F M

Data de Nascimento _____

Idade (em meses) _____

O seu bebé nasceu prematuro *Sim* *Não* **Número de semanas de gestação** _____

Teve preocupações acerca do estado de saúde do/a bebé durante ou após o parto? *Sim* *Não*

Aquando do nascimento, foi identificado algum problema de saúde ao seu bebé *Sim*

Não Se sim, qual: _____

Anexo III

Questionário sobre a Experiência de Gravidez, Trabalho de Parto e Parto

Esta secção do questionário centra-se na sua experiência de gravidez e parto. Assim, as questões colocadas reportam-se a esse período e têm como objetivo conhecer a sua percepção sobre a sua experiência de gravidez e parto. Por favor, responda tendo em consideração a sua experiência de gravidez, trabalho de parto e de parto do seu/sua filho/a mais novo/a.

Esta foi a sua primeira gravidez? Sim Não

Esta gravidez foi planeada? Sim Não

Como se sentiu quando descobriu que estava grávida? _____

Como é que o/a parceiro/a reagiu/se sentiu quando soube que estava grávida? _

Durante a sua gravidez, surgiu algum problema de saúde, tais como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, colestase da gravidez, alterações do crescimento fetal e/ou do líquido amniótico? Sim Não

Onde é que decorreu o Parto? Casa Hospital Público Hospital Privado

O parto decorreu durante o Período Covid-19 (após 13 de março)? Sim Não

O seu Parto foi... Parto Vaginal Cesariana

Elaborou um Plano de Parto? Sim Não

Se sim:

a) quem tomou a iniciativa de elaborar este plano? _____

b) o Plano de Parto foi cumprido/respeitado? Sim Não

c) Sentiu que isso influenciou a sua experiência de trabalho de parto e parto. Sim Não

Reportando-se ao período da sua última gravidez, por favor assinale, em que medida concorda ou discorda com cada uma das afirmações que se seguem.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente	Concordo totalmente	Não se aplica
1. Durante a gravidez senti-me acompanhada e apoiada pelo/a meu/minha parceiro/a.							
2. O/a meu/minha parceiro/a acompanhou-me durante a maior parte das consultas exames durante a gravidez,							
3. O/a meu/minha parceiro/a acompanhou-me durante o curso de preparação para o parto.							
4. O/a meu/minha parceiro/a acompanhou-me durante as consultas pré-natais.							
5. Durante a gravidez senti-me acompanhada e apoiada pelo/a meu/minha médico/a.							
6. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação, consegui facilmente contactar o/a meu/minha médico/a.							
7. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação recorria às redes sociais.							
8. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação recorria a sites especializados em gravidez.							
9. Quando tive alguma dúvida ou necessitava de alguma informação recorria a livros ou revistas especializadas.							